

# **Manuel de psychologie clinique de la périnatalité**

## Chez le même éditeur

### *Dans la même collection*

- Les violences sexuelles à l'adolescence. Comprendre, accueillir, prévenir**, par P. Roman. 2012, 232 p.
- Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps**, par C. Doucet. 2011, 2<sup>e</sup> édition, 208 p.
- Le psychologue en service de psychiatrie. Pratique clinique**, par C. Doucet. 2011, 232 p.
- Les professionnels face à l'enfance en danger. Lorsque la méconnaissance fait mal**, par P. G. Coslin, B. Tison. 2011, 232 p.
- Ateliers d'écriture thérapeutiques**, par N. Chidiac. 2010, 208 p.
- Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie**, 5<sup>e</sup> édition, par M. Bouvard, J. Cottraux. 2010, 368 p.
- Drames en milieu scolaire**, par J.-L. Pilet. 2009, 240 p.
- La mémoire de l'enfant**, par A. M. Soprano, J. Narbona. 2009, 216 p.
- L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux**, par G. Fischman. 2009, 312 p.
- Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent**, par M. Bouvard. 2008. Volume 1 : 192 pages. Volume 2 : 200 p.
- Rythmes de vie et rythmes scolaires**, par F. Testu. 2008, 192 p.
- La relaxation thérapeutique chez l'enfant**, collectif. 2008, 216 p.
- Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale**, par R. Roussillon. 2007, 720 p.

### *Dans la collection Médecine et psychothérapie*

- Les dépressions périnatales**, par J. Dayan. 2008, 240 p.

### *Dans la collection Les Âges de la vie*

- Psychopathologie en service de pédiatrie. Pédopsychiatrie de liaison**, par Ph. Duverger, A.-S. Juan Chocard, J. Malka, A. Ninus. 2011, 656 p.
- L'attachement : approche théorique**, par N. et A. Guédeney. 2010, 3<sup>e</sup> édition, 256 p.
- L'attachement : approche clinique**, par N. et A. Guédeney. 2010, 256 p.

### *Dans la collection Abrégés de périnatalité*

- Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né**, par J.-M. Hascoët, P. Vert. 2010, 264 p.

# Manuel de psychologie clinique de la périnatalité

*Coordonné par*  
Sylvain Missonnier

Micheline Blazy

Nathalie Boige

Sylvain Missonnier

Nathalie Presme

Odile Tagawa

*Préface de René Roussillon*  
*Volte-face de Bernard Golse*



ELSEVIER  
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés  
ISBN : 978-2-294-70541-0

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex  
[www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

# Liste des auteurs

**Micheline Blazy** est gynécologue-obstétricienne, praticien hospitalier à l'hôpital du Vésinet, dans le service de soins en périnatalité qu'elle a dirigé pendant près de vingt ans. Ce service hospitalier, très particulier, et même unique en France jusqu'en 2010, accueille vingt patientes enceintes, vingt venant d'accoucher, en hospitalisation conjointe avec leurs nouveau-nés (vingt-trois berceaux) pour un séjour d'environ deux mois. Ces hospitalisées sont adressées par les maternités de la région parisienne, voire de province. Les accouchements ne se font pas sur place mais dans la maternité d'origine. Les raisons d'hospitalisation : toute pathologie somatique, obstétricale ou psychiatrique atteignant la mère et pouvant retentir sur la relation mère/bébé, ainsi que la pathologie fœtale ou néo-natale. La précarité sociale est souvent présente et constitue un facteur aggravant. L'équipe est interdisciplinaire (médecins généralistes, obstétricien, pédiatre, psychiatre, psychologues, assistantes sociales, sages-femmes, infirmières, auxiliaires de puériculture) afin de soigner la mère, le fœtus/bébé, et la relation parents/enfant.

**Nathalie Boige** est gastro-pédiatre, ancien chef de clinique assistant, hôpital Robert Debré, Paris, docteur ès sciences, spécialité biochimie, hormones et neuropeptides digestifs. Elle exerce une activité de consultation de gastro-entérologie pédiatrique libérale et d'explorations fonctionnelles digestives à l'hôpital privé d'Antony et à l'Hôpital américain de Neuilly. Elle s'est orientée vers la psychosomatique et la psychanalyse, les liens entre pédiatrie et psychanalyse dans la com-

préhension et le soin, et la collaboration pédiatre-psychanalyste. Elle participe à des activités d'enseignement dans ce domaine.

**Sylvain Missonnier** est professeur de psychologie clinique de la périnatalité de l'Université Paris Descartes Sorbonne Paris Cité, directeur du laboratoire PCPP (EA4056), psychanalyste membre de la SPP et co-président de la WAIMH francophone. Il est membre fondateur des réseaux du Séminaire inter-universitaire international de recherche en psychopathologie psychanalytique périnatale (SIIRPP) et du Séminaire inter-universitaire international de clinique du handicap (SII-CLHA), [www.rap5.org](http://www.rap5.org). Il est également membre fondateur de la revue mensuelle *Le Carnet/PSY* et directeur de la collection « La vie de l'enfant » chez Érès. Il est le coordinateur de cet ouvrage.

**Nathalie Presme** est pédopsychiatre, praticien hospitalier, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (service du Dr J. Sarfaty), Centre hospitalier intercommunal de Créteil. Elle est pédopsychiatre de liaison à la maternité de l'hôpital intercommunal de Créteil (service du Pr B. Haddad).

**Odile Tagawa** est sage-femme et formatrice pour les sages-femmes libérales et les travailleuses familiales, cofondatrice du Collectif Sages-femmes de Provence. Après plus de vingt ans de pratique de l'accompagnement autour de la naissance, son travail porte sur une conceptualisation du soutien périnatal « coutumier », afin de rendre compte de la richesse et de la pertinence des expériences auprès des familles.

# Abréviations

<b>ACTH</b>	<i>adrenocorticotrophic hormone</i>	<b>HG</b>	hyperémèse gravidique
<b>AED</b>	accompagnement éducatif à domicile	<b>HRP</b>	hématome rétroplacentaire
<b>AEG</b>	altération de l'état général	<b>HTA</b>	hypertension artérielle
<b>AEMO</b>	aide éducative en milieu ouvert	<b>IMC</b>	infirme moteur cérébral
<b>AP</b>	accouchement prématuré	<b>IMG</b>	interruption médicale de grossesse
<b>APLV</b>	allergie aux protéines du lait de vache	<b>IOE</b>	investigation et orientation éducative
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance	<b>IP</b>	identification projective
<b>ATCD</b>	antécédent	<b>IP</b>	information préoccupante
<b>BDA</b>	bouffée délirante aiguë	<b>IPP</b>	inhibiteur de la pompe à protons
<b>Bpm</b>	battements par minute	<b>ISRS</b>	inhibiteur spécifique de la recapture de sérotonine
<b>BPP</b>	blues du post-partum	<b>IVG</b>	interruption volontaire de grossesse
<b>CAMSP</b>	centre d'action médicale sociale précoce	<b>LCC</b>	longueur crano-caudal
<b>CIA</b>	communication interauriculaire	<b>MAP</b>	menace d'accouchement prématuré
<b>CIV</b>	communication interventriculaire	<b>MFIU</b>	mort fœtale <i>in utero</i>
<b>CIVD</b>	coagulation intravasculaire disséminée	<b>MSIN</b>	mort subite inexplicquée du nourrisson
<b>CL</b>	clarté nucale	<b>NFS</b>	numération formule sanguine
<b>CMP</b>	centre médico-psychologique	<b>NIDCAP</b>	<i>new born individualized developmental care and assessment program</i>
<b>CMPP</b>	centre médico-psychopédagogique	<b>NVG</b>	nausées et vomissements gravidiques
<b>CMV</b>	cytomégalovirus	<b>OPP</b>	ordonnance de placement provisoire
<b>CPDPN</b>	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	<b>PAD</b>	pression artérielle diastolique
<b>CRAP</b>	coefficient de risque d'accouchement prématuré	<b>PAPP-A</b>	protéine placentaire de type A
<b>CRF</b>	<i>corticotropin releasing factor</i>	<b>PAS</b>	pression artérielle systolique
<b>CRP</b>	C-réactive protéine	<b>PE</b>	pré-éclampsie
<b>CU</b>	contraction utérine	<b>PMA</b>	procréation médicalement assistée
<b>DA</b>	diagnostic anténatal	<b>PMI</b>	Protection maternelle infantile
<b>DPN</b>	dépression post-natale	<b>PNP</b>	préparation à la naissance et à la parentalité
<b>DPN</b>	diagnostic prénatal	<b>PPB</b>	post-partum blues
<b>DPP</b>	dépression du post-partum	<b>PV</b>	prélèvement vaginal
<b>ECBU</b>	examen cyto bactériologique des urines	<b>RCF</b>	rythme cardiaque fœtal
<b>EDS</b>	Espace départemental des solidarités	<b>RCIU</b>	retard de croissance intra-utérin
<b>EPDS</b>	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	<b>RGO</b>	reflux gastro-œsophagien
<b>EPP</b>	entretien prénatal précoce	<b>ROV</b>	relation d'objet virtuel
<b>ESPT</b>	état de stress post-traumatique	<b>RPM</b>	rupture prématurée des membranes
<b>ESPTPA</b>	état de stress post-traumatique post-accouchement	<b>SA</b>	semaine d'aménorrhée
<b>FCS</b>	fausse couche spontanée	<b>SAF</b>	syndrome d'alcoolisation fœtale
<b>FCT</b>	fausse couche tardive	<b>SESSAD</b>	service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
<b>FIV</b>	fécondation <i>in vitro</i>	<b>SFA</b>	souffrance fœtale aiguë
<b>HAD</b>	hospitalisation à domicile	<b>SFC</b>	souffrance fœtale chronique
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé	<b>SIO</b>	sphincter inférieur de l'œsophage
<b>hCG</b>	hormone gonadotrophine chorionique humaine	<b>SNC</b>	système nerveux central
<b>HELLP</b>	<i>hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count</i>	<b>SNP</b>	système nerveux périphérique
		<b>SSE</b>	service social de l'enfance

## Abréviations

**STT** syndrome transfuseur–transfusé  
**TCC** thérapies cognitivo-comportementales  
**TISF** technicienne de l'intervention sociale  
et familiale

**TSH** hormone thyroïdo-stimulante d'origine  
hypophysaire  
**VAD** visite à domicile  
**VCT** vitesse à court terme  
**UMB** unité mère–bébé

# Préface

Ce manuel est le premier d'une série que j'espère longue, consacrée aux formes des pratiques en psychologie clinique. Un prochain ouvrage, dans la même collection, présentera une théorie générale des pratiques cliniques et essaiera de dégager LA théorie des pratiques cliniques. Mais avant même qu'il ne paraisse il a semblé opportun que ce livre consacré aux pratiques cliniques en périnatalité puisse voir le jour et donne un premier exemple, au sens fort du terme, d'un avant-coup, voire d'un avant-goût de cette théorie générale. La périnatalité commence avant même la naissance officielle, et je veux y voir un signe symbolique d'une clinique et d'une pratique de l'avant-coup. C'est donc un manuel de psychologie clinique de la périnatalité qui voit le jour. Un de plus ! peut-on être enclin à penser. Enfin un ! serai-je plutôt tenté de dire, enfin un manuel de psychologie clinique dont l'orientation psychanalytique est clairement affirmée et tenue de bout en bout, dans l'interdisciplinarité, mais sans mélange.

Sylvain Missonnier rappelle dans l'introduction de ce manuel que le terme « psychologie clinique » vient naturellement sous la plume de Freud dès ses premiers travaux. Je rappelle la citation de Freud que Sylvain Missonnier relève dans une lettre à W. Fliess de 1899 : « Maintenant, la connexion avec la psychologie telle qu'elle se présentait dans les *Études sur l'hystérie* sort du chaos, j'aperçois les relations avec le conflit, la vie, tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique. »

Depuis Freud le terme de psychologie clinique a été utilisé par des psychologues d'une manière souvent très éloignée de celle que Freud avait en tête au moment d'écrire ces lignes, ou même de celles qui pouvaient se développer dans le même esprit, voire le prolongement, de la logique qu'il commençait à développer. C'est pourquoi à l'heure actuelle on ne peut plus utiliser simplement le terme « psychologie clinique » sans plus d'explication sans encourir certaines ambiguïtés. Deux options s'offrent alors, soit expliquer précisément en quel sens le terme sera utilisé, c'est l'option prise par les auteurs de ce manuel qui s'inscrivent dans la filiation psychanalytique inaugurale de la psychologie clinique française, soit c'est l'autre option, mais au bout du compte elles devraient revenir au même, préciser : « psychologie clinique psychanalytique ». Je dois dire que cette dernière option a mes faveurs dans la mesure où la référence à la « clinique et à la pensée psychanalytique » est ainsi d'emblée affirmée.

Depuis Freud les pratiques relevant de la « psychologie clinique psychanalytique » se sont beaucoup développées et dans diverses directions. Les cliniciens ont engagé leur pratique sur des terrains qui n'étaient à l'époque guère entrevus par Freud et ils ont cherché à développer des pratiques cliniques psychanalytiques dérivées du mode d'écoute et de l'état d'esprit psychanalytique. Paradoxalement pour rester « psychanalytique » ces pratiques ont dû prendre en compte les particularités des terrains sur lesquels elles cherchaient à

s'exercer, elles ont dû s'ajuster à leurs conditions d'exercice. Une pratique qui tenterait de s'appliquer telle quelle à partir du modèle de la cure de psychanalyse standard ne serait guère qu'une psychanalyse « plaquée », elle ne pourrait conduire qu'à une forme de faux ou de forçage. Il fait partie de l'essence même de la démarche psychanalytique que de tenter de s'ajuster « sur mesure » à son objet et en fonction des particularités des sujets pour qui on veut l'utiliser.

Aussi bien les cliniciens soucieux de pratiquer la psychologie clinique psychanalytique sont-ils soumis à une série de contraintes, à partir desquelles ils vont devoir « bricoler » le dispositif le plus à même de respecter à la fois les critères d'une position clinique psychanalytique et ceux des terrains sur lesquels ils en exercent l'une des formes. Les principales contraintes rencontrées sont celles du terrain et de leur spécificité, de la méthode et de sa forme, et enfin du caractère interdisciplinaire des soins.

## **La contrainte du terrain clinique**

On ne pratique pas en effet la clinique psychanalytique de la même manière selon les terrains et leurs particularités, et ceci parce que les conditions de la pratique ne sont pas les mêmes, et les formes de la demande ou du besoin psychique non plus.

Les formes et conditions de sa mise en pratique de la méthode clinique, c'est-à-dire celles de l'écoute clinique, ne sont pas les mêmes selon qu'elle est mise en œuvre dans un cabinet privé, une clinique psychiatrique, une maternité, le bout de trottoir sur lequel un SDF est rencontré ou toute autre situation où le clinicien peut être conduit à intervenir. Les conditions de l'écoute clinique ne sont pas les mêmes, car les formes de la demande ou du besoin ne sont pas les mêmes, les conditions de la rencontre clinique non plus. En cabinet privé c'est le sujet qui adresse sa demande et la plupart du temps sans intermédiaire, excepté pour les enfants. Dans les diverses institutions de soin celle-ci est souvent médiatisée par un travailleur social, un éducateur, un médecin ou un infirmier qui repèrent un mal-être et trouvent judicieux qu'une aide clinique soit apportée à des formes de souffrance qui n'arrivent pas toujours à s'exprimer dans une demande et peuvent se manifester dans des formes diverses de symptômes qui interpellent ceux qui sont au contact prolongé avec les « usagers » comme on les appelle souvent maintenant.

Les dispositifs de la rencontre clinique sont eux aussi dépendants des lieux et terrains de pratique de leurs habitudes, de leurs modes de fonctionnement institutionnel. On ne travaille pas, on ne peut pas travailler, de la même manière en milieu médical au sein d'un hôpital général ou d'une maternité ou en milieu psychiatrique ou encore dans une maison de l'adolescence ou une consultation d'un quartier « chaud ». Le dispositif se doit de prendre en compte les données intrinsèques du lieu et les conditions d'une rencontre clinique dans ce lieu là : pendant la consultation de périnatalité, dans la chambre et au chevet des patients hospitalisés, à côté d'une consultation de génétique, au moment d'une visite de PMI, lors d'atelier organisé dans un service de psychiatrie, à l'occasion d'une consultation de bébé sourd, lors d'un transfert d'un nouveau-né en danger, etc.

Entendons-nous bien, il n'est pas question de considérer la grossesse ou la naissance, la maladie somatique, la détresse sociale, l'échec scolaire comme des formes de pathologies psychologiques ou uniquement psychopatholo-

giques. Trop d'erreurs ont été commises par le passé au nom d'une pseudo causalité psychogénétique et peuvent être encore commises de nos jours à penser que l'intervention d'un psychologue clinicien supposait ou signifiait une forme de pathologie psychologique, voire supposait une causalité psychopathologique. De la même manière qu'une attaque virale peut connaître une surinfection, de la même manière les particularités de la vie psychique d'un sujet peuvent venir colorer d'une nuance particulière le rapport que le sujet entretient avec ce à quoi la vie le confronte. Il s'agit plus simplement donc de considérer que la rencontre avec des difficultés au moment d'une grossesse, d'une maladie somatique, d'un échec scolaire ou d'une détresse sociale, peut impliquer ou mobiliser aussi une composante psychologique qui « vient se mêler à la conversation ». Nous ne nous plaçons pas dans la pratique clinique au niveau de la cause, souvent indécidable face à la complexité des processus somatopsychiques humains, mais de l'effet. Et ceci en fonction d'une règle de la vie psychique que la psychologie clinique psychanalytique a contribué à démontrer : un sujet humain ne peut intégrer ce à quoi il est confronté sans l'avoir mis en sens, et le travail ainsi impliqué peut être mis en panne par la difficulté rencontrée à l'occasion d'événements aussi importants que ceux que nous avons évoqués. À propos d'un incident de vie ou d'une difficulté rencontrée en lien avec un contexte ou une situation donnés se développent des processus psychiques conscients et inconscients qui peuvent venir compliquer le tableau et le travail de mise en sens inévitable. Mais bien sûr il arrive aussi que des formes de psychopathologies soient centrales dans le tableau clinique et que la difficulté rencontrée dans la mise en sens ou les particularités de cette mise en sens relèvent de manière cruciale d'une rencontre avec le clinicien.

Souvent donc le clinicien aura à inventer un dispositif spécifiquement conçu pour le terrain dans lequel il exerce et en fonction de la manière dont la souffrance psychique s'exerce sur ce terrain là.

## **L'écoute clinique et le transfert**

Mais c'est au sein de ce terrain et des conditions de pratique qu'il implique que va se poser la question d'un positionnement clinique et donc de la méthode clinique.

La méthode clinique, Sylvain Missonnier le rappelle très judicieusement dans son introduction, est issue de la méthode fondamentale de la psychanalyse fondée sur l'écoute de l'associativité psychique. Mais l'associativité du fonctionnement psychique est toujours adressée en pratique à un autre sujet et elle implique alors à la fois des formes de régulation (censures, inhibitions, régulateurs conscients et inconscients, etc.) et les impératifs de mise en forme qui imposent son organisation en « constructions narratives ». L'associativité adressée se présente donc la plupart du temps sous la forme d'une organisation narrative.

D'une manière générale, dans les pratiques cliniques courantes, l'associativité est « focale » et l'organisation de son « focus » est donnée par le respect du contexte du terrain. On ne parle pas, on « n'associe » pas sur n'importe quoi lors d'une consultation périnatale ou lors d'une consultation médicale, le thème choisi pour la narrativité, le thème « focal » se rapporte au sens de la rencontre, à son contexte et à la demande ou à l'appel qui s'y expriment. Et il est important pour le clinicien d'entendre cette dimension de ce que le sujet lui adresse.

Mais à travers l'associativité focale, à travers son organisation narrative (le sujet raconte une scène, une chronologie, un point de souffrance, des inquiétudes, une révolte, un dommage, etc.) le clinicien écoute aussi une « autre scène » relevant d'un autre temps, d'une autre dimension, inconsciente celle-ci, il écoute ce qui se « transfère » dans et à travers la narrativité consciemment adressée. Il écoute ce qui de l'histoire du sujet vient « se mêler à la conversation » et vient infiltrer de sa forme propre ce qui s'adresse à lui, il vient écouter ce qui se met en acte à travers l'associativité focale. Il écoute ainsi comment le sujet « vit » la situation à laquelle il est actuellement confronté en cherchant à repérer ce qui, dans son histoire passée, vient colorer aussi de sa nuance particulière le vécu du présent. C'est là l'essence du processus très général que Freud a nommé le « transfert » et dont il précise en 1914 qu'il consiste en un « déplacement de la situation historique sur la situation actuelle ». Si le transfert est mis au premier plan de l'écoute clinique cela ne veut pas dire qu'il est réservé à la situation clinique mais que l'essence de la disposition d'esprit qui préside à l'écoute clinique tient, elle, dans l'écoute de la manière dont il infiltre le couple associativité / narrativité dans la rencontre clinique. Le transfert est tout le temps présent dans les situations à forte implication subjective, mais c'est la spécificité de l'écoute clinique que de lui reconnaître une place dans la rencontre. Ce qui nous conduit à l'évocation de la troisième contrainte des pratiques cliniques dans les institutions de soin, celle qui est liée au caractère interdisciplinaire des soins.

## L'équipe de référence clinique

« La psychologie clinique périnatale est indissociable de son *interdisciplinarité* : la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie, la pédiatrie, la médecine générale, les lieux d'accueil et de soins du bébé et les services sociaux en constituent les multiples relais d'un réseau dont la conquête commune de la cohérence est la signature identitaire. » écrit Sylvain Missonnier dans sa définition du champ de la psychologie clinique périnatale. Cette dimension est particulièrement sensible en périnatalité et le fait que ce manuel est écrit à plusieurs et en fonction de cette interdisciplinarité en témoigne largement. Si le psychologue clinicien est souvent le seul de son espèce dans les situations de soin hospitalière ou institutionnelle, il a rarement plusieurs psychologues dans un même service, il n'est pas, en effet, le seul à avoir une fonction « clinique » dans le service et n'est pas le seul à être concerné par la question d'une psychologie clinique psychanalytique. Nous venons de le souligner, le transfert ne concerne pas que la rencontre avec le psychologue clinicien, il concerne ce qui infiltre la narrativité du sujet en proie à une situation qui mobilise en lui un effort de mise en sens. Aussi bien il se rencontre et produit des effets dans les diverses formes de rencontres qui peuvent intervenir dans un processus de soin. Il se colore sans doute de formes spécifiques selon les spécialistes rencontrés en fonction, comme nous l'avons indiqué plus haut, du contexte de la rencontre et du sens qu'il prend pour le sujet. Il ne s'exprime pas de la même manière s'il s'agit d'une consultation à caractère franchement médical et pas de la même manière avec un médecin ou un infirmier ou encore une puéricultrice ou si les aspects sociaux ou éducatifs sont au centre. Si le transfert a un pied dans « la situation historique » il a aussi un pied dans « la situation actuelle », et sa forme d'expression prend en compte cette dernière.

Une première règle serait que la demande, l'appel ou tout ce qui concerne l'expression d'une forme de souffrance doivent d'abord être écoutés et entendus là où ils s'expriment. Ce n'est pas parce qu'une composante psychologique s'exprime auprès d'une gynécologue ou d'une infirmière, voire d'une assistante sociale, qu'elle doit être immédiatement et sans autre forme de procès référée au psychologue clinicien. Si elle s'exprime à tel soignant et compte tenu de son identité professionnelle propre il doit y avoir une raison et elle doit être entendue et prise en compte, dans la mesure du possible, à ce niveau. C'est bien ce qui légitime que ce Manuel, bien que de psychologie clinique, soit composé à plusieurs voix. Ce qui se transfère dans cette « rencontre soignante » là, « veut » dire quelque chose à ce soignant là et en fonction de son identité professionnelle, et cette adresse fait partie intégrante du processus transférentiel.

Soyons précis à ce sujet car cela a pu prêter à confusion à une certaine époque où, dans la mesure où on repérait un processus transférentiel dans les diverses pratiques soignantes, la tendance était de transformer les soignants en autant de « psychologues cliniciens psychothérapeutes » au détriment des données fondamentales des diverses identités soignantes. Chaque praticien doit « inventer » sa manière propre d'intégrer ce que son écoute clinique lui apprend de ce qui vient à se jouer ou à se rejouer dans la rencontre avec tel ou tel sujet. Cela ne peut se faire en changeant d'identité de pratique car c'est bien au sein de la pratique considérée que l'ajustement peut et doit avoir lieu. Il y a une manière d'être infirmière ou sage-femme avec une écoute clinique qui ne fasse pas d'elle une « psychologue psychothérapeute clinique », il y a une manière spécifique à la pratique de l'infirmière, de la sage-femme, du médecin, de l'assistante sociale ou de l'éducateur ou de tout autre soignant impliqué. Et sans doute une formation spécifique à la prise en compte de l'écoute clinique dans chacune de ces pratiques.

Mais, en outre, ce soignant là fait partie d'une équipe et c'est aussi en tant que membre d'une équipe soignante qu'il est ainsi interpellé. Il arrive en effet un certain nombre de fois que la demande ou l'appel soient d'abord adressés à quelqu'un qui apparaît comme « plus familier » et moins inquiétant qu'un autre. On peut dire à une puéricultrice des choses que l'on n'ose pas dire d'emblée à l'infirmière et dire à l'infirmière des choses que l'on n'ose pas dire au médecin, ou tout autre cas de figure en incluant les particularités et difficultés des demandes à caractère psychologique souvent moins « apprivoisées » et plus inquiétantes. On peut aussi demander ainsi implicitement à la puéricultrice, à l'infirmière, à l'assistante sociale ou au médecin d'être son « porte-parole » ou son « porte-voix », voire son « porte-demande ». Il est aussi intéressant que le sujet soit entendu par différentes « sensibilités » qui relèvent autant de paramètres personnels que de paramètres professionnels. Il n'y a jamais qu'une seule manière d'entendre cliniquement un sujet et la pluralité d'écoute est aussi un garant possible contre la menace majeure qui guette toujours l'écoute : l'idéologie fut-elle « soignante ».

Dans une autre conjoncture transférentielle fréquente ce qui est dit à l'un contredit ou est nettement décalé par rapport à ce qui est dit à l'autre, et divers aspects des transferts sont ainsi « déposés » chez différents soignants. Il s'agit alors de formes de transfert clivés ou fragmentés ou encore diffractés. L'unité d'intelligibilité est alors l'équipe toute entière, chacun ne détenant qu'un pan de la configuration transférentielle d'ensemble.

Un tel fonctionnement, « offert » aux sujets par la structure même du dispositif global de soin, implique un travail d'équipe et une certaine homogénéité des bases de références, c'est sûrement aussi une des fonctions de ce manuel que d'en poser les fondements.

Pour terminer cette préface il faut dire quelque chose du rapport du clinicien au savoir issu de la pratique clinique psychanalytique. Quand on écoute « cliniquement » un sujet singulier on écoute d'abord et avant tout quelque chose de sa singularité et il existe un prescriptif de la disposition d'esprit du clinicien selon lequel la théorie, toute théorie préalable doit être « suspendue ». C'est-à-dire qu'un sujet humain ne s'écoute pas cliniquement « à partir de la théorie » mais à partir de ce qu'il donne à entendre, à voir et à sentir, et la sensibilité clinique est ici l'outil et le repère le plus fondamental du clinicien. Ceci étant, pour suspendre efficacement les « théories préalables » encore faut-il en avoir. Être capable de suspendre en pratique les théories préalables mobilise néanmoins un état de « théorie flottante » qui suppose un certain nombre de savoirs et une certaine élaboration théorique préalable ou parallèle. C'est là un paradoxe fondamental des rapports théorie/pratique, on ne suspend bien que ce qu'on possède.

Aussi bien un *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité* suppose que l'état des connaissances et des savoirs en périnatalité soit suffisamment présenté, et il faut saluer l'énorme travail effectué pour faire le point sur les questions en psychologie clinique de périnatalité que l'équipe de rédacteur a effectué.

Je sais que ce travail est le fruit d'une collaboration de longue haleine, d'abord collaboration de fait, de terrain et de pratique au quotidien, mais aussi collaboration d'écriture, de ce qu'il faut de collaboration et de temps passé ensemble pour parvenir à une homogénéisation suffisante de l'écriture qui ne menace pas pour autant la diversité des styles et des approches. Tel qu'il se présente ce travail est un modèle d'un genre nouveau qui appelle prolongations. Puisse ce manuel servir d'exemple et de mobile pour que d'autres équipes dans d'autres secteurs du soin s'attèlent à leur tour à la tâche, urgente en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, de formalisation des pratiques cliniques et que les acquis d'années de travail puissent ainsi être transmis aux autres praticiens, voire qu'un dialogue fructueux s'instaure ainsi.

Et que toute l'équipe animée par Sylvain Missonnier et constituée de Micheline Blazy, Nathalie Boige, Nathalie Presme et Odile Tagawa soit remerciée du travail accompli et, par anticipation, des vocations qu'il saura susciter.

**René Roussillon**

Professeur de psychologie clinique  
et psychopathologie, université Lyon 2

## 1.1. Le champ interdisciplinaire périnatal

S. Missonnier

### L'espace-temps du champ périnatal

L'humain déploie individuellement et collectivement sa créativité et sa vulnérabilité biopsychiques dans l'espace et dans le temps. *L'espace-temps au cœur de ce manuel est celui de la périnatalité.* Avant, pendant et après la naissance, la femme (re)devenant mère, l'homme (re)devenant père conçoivent, attendent puis accueillent un enfant. Cette métamorphose individuelle, conjugale, familiale et collective constitue un axe majeur anthropologique de la filiation familiale verticale et de l'affiliation sociale horizontale.

Les territoires humains de cette mutation sont la personne, le couple, éventuellement la fratrie, la famille nucléaire et élargie, l'ethnie et la société.

La chronologie de cette transformation est celle de la grossesse et de l'après-naissance, une durée plus étendue que celle de la première définition de la périnatalité. De fait, elle a été définie au départ par des pédiatres néonatalogistes comme une période de vie du fœtus/nouveau-né de 16 semaines qui s'étend de sa vingt-huitième semaine de vie intra-utérine au septième jour de sa vie postnatale.

Dans le cadre, qui est le nôtre, de la psychologie clinique, la périnatalité est nettement plus large. Elle débute avec la gestation et s'étend, selon les référentiels, jusqu'aux ancestraux quarante jours *post-partum*, aux trois premiers mois, ou encore, à la fin de la première année. Nous nous centrerons ici sur la zone qui va *de la gestation à la fin de la*

*première année du bébé* tout en acquiesçant la pertinence d'une ponctuation aux quarante jours et à la fin du congé maternité.

Contrairement à la périnatalogie des pionniers de la néonatalogie, l'espace-temps de la périnatalité dont il va être question ne se centre pas seulement sur l'axe développemental du fœtus/bébé « isolé ». Il concerne électivement une « série complémentaire » (Freud, 1915–1917) de quatre sujets dont la constante interactivité témoigne d'une homéostasie commune : celle du fœtus/bébé, sujet en devenir ; celle des parents, de la famille élargie, de la communauté d'appartenance ; celle des soignants ; celle de la société.

De plus, la psychologie clinique englobe chez le sujet et le groupe la double processualité croisée de la réalité événementielle *externe* (matérielle) et de la réalité psychique *interne*. En périnatalité, l'intrication de ces deux formes de réalité sera constante, en particulier, chez les trois acteurs principaux en présence : embryon/fœtus/bébé, parents et soignants. Et dans une vision résolument intersubjectiviste, la réalité interne et externe de chacun d'entre eux sera *a priori* perçue comme recevant et exerçant constamment une influence mutuelle des deux autres. En d'autres termes, embryon/fœtus/bébé, (re)devenant parents et soignants seront envisagés dans cet espace-temps périnatal comme éléments d'un triptyque *pluriel mais unitaire dans son homéostasie interpersonnelle*.

Enfin, la psychologie clinique se doit de relever le défi de s'opposer au clivage psyché/soma qui parasite le soin médical occidental. En périnatalité, les

processus de maternalité et d'épigenèse du fœtus/bébé sont paradigmatiques d'une intrication somato/psychique. *Mutatis mutandis*, l'intrication somato/psychique de la paternalité est moins évidente mais tout aussi présente. Toute approche soignante qui vient dénier cette dialectique est en risque de iatrogénie. Face aux menaces scientistes d'hypermédicalisation déshumanisante de la parentalité et de la naissance, la réflexivité interdisciplinaire inhérente à la mise en œuvre d'une psychologie clinique périnatale constitue une force d'opposition.

## Les enjeux du champ périnatal

Pour un clinicien du devenir parent et du naître humain, il est légitime d'affirmer que l'état des lieux de la politique de santé d'un pays en matière de périnatalité est un marqueur d'une grande fidélité de son degré de civilisation. Les moyens matériels alloués et les stratégies préventives primaires et secondaires engagées reflètent peu ou prou sa reconnaissance de l'importance de cette période charnière pour les citoyens en devenir et les conditions parentales et soignantes.

Dans ce tableau, les cadres juridiques et éthiques périnatals d'une nation précise représentent des données typiques et surdéterminantes. Les débats, souvent les polémiques, autour de l'adoption, de la gestation pour autrui, de l'homoparentalité, de la procréation médicalement assistée, du statut du fœtus, du diagnostic anténatal... en attestent abondamment.

Comme cet ouvrage en témoigne, ces aspects politiques, juridiques, éthiques et sociologiques, leurs racines et évolutions historiques ne sont jamais absents des questions abordées. Pour autant, la psychologie clinique périnatale se centre avant tout sur le sujet biopsychique dans sa double valence intrapsychique et interpersonnelle. Aussi les enjeux, en termes de psychologie clinique de la périnatalité, se poseront essentiellement dans ce manuel en termes de trajectoires humaines (individuelles et collectives) dont le chapitre périnatal occupe une place capitale :

- soit au moment inaugural où l'embryon/fœtus/bébé naît humain ;
- soit au moment où cet ex-embryon/fœtus/bébé (re)devient parent ;

- soit au moment où cet ex-embryon/fœtus/bébé (devenu parent ou non) est soignant en périnatalité.

Dans le premier cas, la périnatalité est fondatrice. Dans le deuxième cas, elle est intimement commémorée. Dans le troisième, elle est professionnellement investie.

Dans tous les cas, la périnatalité est indissociable de l'écart entre origine et originalité. Cet écart fondateur est une variable anthropologique fondamentale dont l'épaisseur représente l'identité humaine biopsychique. Deux réseaux s'y entremêlent inextricablement : un réseau de facteurs *endogènes* (génétiques, biologiques, intrapsychiques...) et un réseau de facteurs *exogènes* (métaboliques, alimentaires, écologiques, interpersonnels...). L'unicité inaliénable de chaque être tient dans la singularité du processus d'actualisation permanente de cet écart : on le nommera épigenèse en biologie, intersubjectivation en psychologie clinique. Telles les deux faces de Janus, épigenèse et intersubjectivation liées constituent la trajectoire humaine.

L'axe majeur générationnel épigénétique et intersubjectif suit, pour le meilleur et pour le pire, cet écart plus ou moins différenciateur entre origines et originalité. Mais, quoi qu'il en soit, les enjeux essentiels des scénarios périnatals pour les parents, les enfants à naître ou nés et les soignants se distribuent entre *comédies* humaines et *tragédies*. Et c'est bien, justement, la proximité, la labilité et la réversibilité entre variations de la « normale » de la comédie de la vie et pathologies morbides de la tragédie qui caractérisent l'objet de la psychologie clinique périnatale. D'ailleurs, une de ses vertus emblématiques est bien de s'adresser tant aux variations de la normale qu'aux pathologies, ce qui tombe ici à pic. C'est en cela que son orientation psychanalytique en filiation directe avec l'héritage freudien, est dans ce contexte si essentielle : il n'y a pas de différence de nature entre les figures de la normalité et du psychopathologique, il n'y a que des différences de degrés. *Éros et Thanatos sont étroitement liés dans la chorégraphie périnatale*. Ils le sont, dans le meilleur des cas, dans une ambivalence d'une amplitude tempérée.

Le paradoxe humain est typiquement à son comble dans l'espace-temps périnatal : hommes et femmes mortels s'inscrivent dans une éternité générationnelle faute d'une éternité individuelle. Les enjeux narcissiques en présence de la

transaction mort/éternité sont tels pour tous que le moindre faux pas risque de faire basculer la comédie d'une éternité par procuration dans la tragédie d'une finitude sans filiation, d'une mort sans promesse d'éternité générationnelle.

Pour toutes ces raisons, les conséquences cliniques de ce postulat de la continuité entre normalités et pathologies et de la potentialité tragique (traumatique) de la crise périnatale sur l'éthique du soin et la conception des stratégies de prévention sont cruciales : elles doivent favoriser des interventions prévenantes à l'abri de la stigmatisation soignante qui surveille et punit les errances de la parentalité en entretenant, sinon en amplifiant, ses dysfonctionnements.

En psychologie clinique périnatale, le soin interdisciplinaire fonde son action sur la reconnaissance du caractère de crise de ce segment périnatal de la vie infantile ou adulte. Cette crise est virtuellement source de créativité (*crises maturatives*) et de vulnérabilité (*ruptures délétères*). Mais, point névralgique, l'une et l'autre ne sont pas perçues comme des entités nosographiques clivées et statiques mais bien *a contrario*, comme deux pôles entre lesquels les milles et un parallèles variables et évolutifs singuliers des embryon/fœtus/bébé, des parents et des soignants vont se distribuer et interagir chemin faisant. La psychologie clinique périnatale est dédiée aux multiples scénarios de *crises* et de *ruptures* du (re)devenir parent, du naître humain et du rester soignant.

## Pourquoi des auteurs de professions différentes ?

Pour témoigner de la complexité de la clinique périnatale et relever le défi d'en édifier une psychologie clinique *interdisciplinaire*, il est nécessaire de faire appel à des ambassadeurs des grandes corporations qui en constituent les déclinaisons collectives institutionnelles, libérales et en réseaux.

Cette évidence n'a pas toujours été de mise et, à une exception notable près, le *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique* de S. Mimoun (1999), les ouvrages génériques francophones de psychologie, psychopathologie, psychiatrie périnatales ont été rédigés par des psychiatres, psychologues et psychanalystes. Ne nous y trompons pas : à convier ici une sage-femme, une obsté-

tricienne et une pédiatre<sup>1</sup> à venir partager la rédaction du manuel avec une psychiatre et un psychologue est une véritable revendication clinique et épistémologique dont le message mérite d'être explicitement formulé :

- les psychiatres et les psychologues n'ont pas le monopole de l'accueil, de la compréhension, du soin des crises et des ruptures biopsychiques périnatales. Ils en sont un maillon militant et fédérateur dans une équipe et un réseau ;
- bien au-delà de la formation académique des professionnels et de l'histoire de la médecine, c'est la synergie entre les compétences des « somaticiens » et celles des « psychistes » pour une approche *holistique* du sujet qui peut prétendre à une efficacité thérapeutique, une légitimité éthique, tout en respectant les vocations professionnelles initiales de chacun et leur maturation. Le tuilage entre ces compétences respectives fonde le territoire commun de la psychologie clinique périnatale. Les spécificités en constituent les déclinaisons spécialisées. Un échographiste annonçant une grave anomalie fœtale à des parents puis s'investissant dans le suivi du couple, *simultanément*, joue sa propre partition (déclinaison spécialisée) mais aussi échange, partage avec l'équipe et le réseau (dont le psychiatre et/ou le psychologue est membre) ;
- le travail de réflexivité critique inhérent à l'exercice partagé de la psychologie clinique est une interface entre chaque spécialité impliquée dans le soin périnatal ; il impose un labeur de liaison intersubjective qui trouvera sur sa route les *répétitions* et *résistances* de chacun. C'est bien pourquoi, les modalités intra- et interdisciplinaire (reprises cliniques, groupe de paroles, exposé d'une situation dans le cadre d'une formation en réseau, groupe Balint, Intervision<sup>2</sup>...), quand elles existent, sont des hauts lieux de cette élaboration du *néгатif* qui plonge ses racines dans la richesse de *l'après-coup*, condition *sine qua non* de la réflexivité (cf. chapitre 12). En institution et en libéral, les psychiatres et les psychologues ont certainement un rôle de premier plan pour impulser et maintenir pérenne cette réflexivité collégiale. Elle restera lettre morte si elle n'est pas un objet transversal commun.

1 Ce manuel, faute de place, est malheureusement privé de l'éclairage de la puéricultrice et de l'assistante sociale.

2 Selon l'heureuse expression de A. Carel, cf. chapitre 12.

Au fond, il y a dans cette revendication la volonté de rendre compte de la suffisamment bonne « efficacité symbolique » (Lévi-Strauss, 1962) interdisciplinaire du soin quotidien sur le terrain. Quand, dans le meilleur des cas elle advient, elle constitue le plaidoyer le plus convaincant contre le clivage entre somaticiens et psychistes. Bien sûr, face à l'inertie de la ligne de démarcation entre soins psychiques et soins somatiques, il serait naïf de croire que cette synergie est aujourd'hui acquise dans les institutions et les réseaux périnataux. Cette direction existe actuellement sur le terrain, elle aussi, avec créativité et vulnérabilité, et ce texte collégial prétend en soutenir les efforts et aussi à en illustrer le plaisir à les fournir. Cette militance interdisciplinaire se fera pour autant sans angélisme phobique de toutes contradictions. C'est bien en effet dans l'*ambivalence* quotidienne d'une conflictualité reconnue et cultivée que l'interdisciplinarité se construit au fil du temps au gré des avancées et des régressions, c'est-à-dire de la fécondité du travail du négatif.

Les nombreuses réunions des cinq auteurs pour élaborer cette psychologie clinique périnatale étaient empreintes de cette conflictualité constructive. Le lecteur en retrouvera de nombreuses traces entre les lignes et dans les résonances croisées explicites et implicites entre les différentes parties. D'ailleurs, les contrastes entre les styles d'écriture de chacun des cinq auteurs, que nous avons volontairement choisis de maintenir, sont aussi porteurs de cette diversité et du travail de négociation de la conflictualité qu'il implique. Ils reflètent le discours interdisciplinaire typiquement à l'œuvre lors d'un staff coutumier dans un service. Souhaitons que l'accent assumé sur ces particularismes permette aux lecteurs de différentes professions de s'identifier aux acteurs des scénarios cliniques évoqués et, sans langue de bois, à la fécondité d'une conflictualité réfléchie collégalement.

## **Un manuel non exhaustif mais cliniquement conçu**

Dans la conception du sommaire de ce manuel, a prévalu une volonté de traiter les grands sujets de psychologie clinique périnatale tels qu'ils apparaissent dans les institutions concernées (mater-

nit, centre de diagnostic anténatal, néonatalogie, pédiatrie, PMI, CAMSP, SESSAD secteur de psychiatrie infantile et adulte, CMPP, unité mère-bébé, service de soins de suite en périnatalité, foyer maternel, services sociaux, lieux d'accueil, associations...), en *libéral* où les médecins généralistes et les sages-femmes jouent un rôle éminent aux côtés des spécialistes et dans un *réseau* périnatal, *a priori*, fédérant l'ensemble des acteurs concernés par la clinique périnatale sous toutes ses formes.

Cette intention d'être générique atteint seulement en partie son but pour deux raisons. D'abord, nous avons tous les cinq privilégié le témoignage d'une clinique véritablement vécue et jamais seulement appréhendée à travers la littérature. Ensuite, en accord avec cette authenticité, nous avons opté pour privilégier la mise en exergue de situations qui nous paraissent en toute subjectivité professionnelle emblématiques plutôt que d'être respectueux d'une exhaustivité théorique.

Cette orientation nous permet d'affirmer avec confiance que les points capitaux cliniques et théoriques de la sage-femme, de l'obstétricien, du pédiatre, du psychiatre et du psychologue exerçant en périnatalité et s'inscrivant dans la défense de la psychologie clinique périnatale sont couverts. Qui souhaite s'immerger dans la réalité matérielle et psychique de ces corporations œuvrant en périnatalité dans cet esprit transversal où (spécialistes de la) psyché et (spécialistes du) soma sont réconciliés, trouvera ici son compte.

Toutefois, pour des motifs quantitatifs, manquent à l'appel plusieurs thématiques dont l'infertilité et la procréation médicalement assistée ainsi que les formes de parentalité non biologiquement advenues (adoption, gestation pour autrui, homoparentalité), le handicap parental... Parions sur de nouvelles éditions pour combler ces lacunes!

## **Quel lectorat pour ce manuel?**

En citant les professionnels intervenant en institutions et en libéral, on obtiendra le début de la liste des lecteurs potentiels de ce manuel : sages-femmes, obstétriciens, médecins spécialistes, médecins généralistes, pédiatres, médecins spécialistes en pédiatrie, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, infirmières, assistantes sociales,

kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychiatres, psychanalystes, psychologues...

Chacun de ces professionnels détient quelques pièces du puzzle de la clinique périnatale et la confrontation des leçons tirées de leurs propres investigations avec les nôtres devrait être stimulante.

Avec les étudiants dans toutes ces filières, on complètera la liste des lecteurs qui devraient particulièrement bénéficier de cet ouvrage. On pense bien sûr par association verbale immédiate avec le titre aux étudiants en psychiatrie et en psychologie mais, tout le présent plaidoyer en faveur d'une psychologie clinique périnatale interface entre tous les acteurs, vise résolument l'élargissement de cette cible naturelle. On l'a bien compris, il ne

s'agit pas d'une « stratégie marketing agressive » mais bien de l'élargissement essentiel d'un espace-temps clinique propice à la révision collégiale et pragmatique de dispositifs cliniques à la mesure des enjeux des mille et un avatars croisés du devenir parent et du naître humain.

Tant avec les professionnels qu'avec les étudiants, ce livre vise l'activation des débats. C'est pourquoi au traditionnel support « papier », nous avons souhaité ajouter un média plus contemporain et interactif : un forum sur Internet<sup>3</sup> où les lecteurs pourront réagir, livrer leurs commentaires et échanger avec les auteurs.

<sup>3</sup> [www.rap5.org](http://www.rap5.org)

## 1.2. La psychologie clinique périnatale

S. Missonnier

### La psychologie clinique

À l'aube de son œuvre, S. Freud a été un des premiers à utiliser l'expression de « psychologie clinique » dans une lettre à W. Fliess (1899) : « Maintenant, la connexion avec la psychologie telle qu'elle se présentait dans les *Études sur l'hystérie* sort du chaos, j'aperçois les relations avec le conflit, la vie, tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique. »

C'est sans ambiguïté dans la filiation de cette psychologie clinique freudienne d'une vie quotidienne de la *conflictualité psychique* du sujet que se situe ce manuel. D'ailleurs, ce positionnement est en grande cohérence avec l'histoire de la psychologie clinique française. De fait, dans l'Hexagone, elle est véritablement née au xx<sup>e</sup> siècle de la rencontre de la psychologie scientifique moderne d'inspiration allemande, américaine et de la psychanalyse.

D. Anzieu (1979) résume bien l'affaire : « La conjonction de la psychologie et de la psychanalyse s'est nouée en France dans un contexte particulier, celui de la lutte des psychologues pour acquérir leur autonomie scientifique et pour développer un exercice professionnel indépen-

dant. La psychanalyse est venue à point pour rendre service à la psychologie sur deux plans, celui d'une caution théorique et celui d'un exemple, sinon d'un modèle, de pratique. En retour, la psychologie a servi de véhicule à la propagation de la psychanalyse dans un pays longtemps indifférent ou réticent à son égard. »

Tout au long de sa jeune existence dynamisée par l'aiguillon de la psychanalyse, la psychologie clinique française a été l'*enfant terrible* de la psychologie moderne, science de la psyché, fille de la philosophie de l'âme et de la médecine.

De prime abord, le qualificatif de « clinique » – étymologiquement, au lit du patient – ne présage pas d'un tel tempérament rebelle. Mais à y regarder de plus près, il traduit à la fois ses origines classiques et la conquête conflictuelle de son originalité pour prétendre à l'indépendance. D'un côté, l'adjectif « clinique » souligne historiquement son ascendance avec le soin médical et, plus tardivement, psychiatrique. De l'autre, il traduit l'aspiration de la psychologie clinique à *s'autonomiser* de la philosophie et de la médecine dont les pionniers sont issus. À l'instar de la psychanalyse, son inspiratrice qui transforme le lit de la sémiologie et du

diagnostic symptomatique médical en divan du transfert et de la métapsychologie, c'est à travers un travail de « séparation/individuation » (Mahler, 1975) que la psychologie clinique trouve son identité : le « chevet » du patient devient métaphoriquement l'espace intersubjectif entre le sujet isolé ou en groupe et le psychologue.

Le qualificatif de « clinique » véhicule alors dans ce contexte des implicites qui méritent d'être précisés. La psychologie est *clinique* car elle :

- met à disposition du sujet un espace/cadre de rencontre potentiellement propice à la mise en sens de la conflictualité consciente et inconsciente inhérente à la vie à partir de la présence attentive d'un autre ;
- parie, dans ces conditions, sur la possible actualisation de ses virtualités réflexives et tente d'en construire un sens partagé des obstacles intrapsychiques et intersubjectifs ;
- se rebelle face aux tentatives récurrentes d'objectivation absolue de la complexité du sujet et de son environnement.

C'est donc bien à travers une mise à l'épreuve concrète technique et éthique d'une *praxis* des mille et une variables de la rencontre individuelle ou groupale que la psychologie légitime son attribut de « clinique ». L'immersion dans le processus interactif de la rencontre et l'exploration de sa conflictualité sont les conditions d'émergence de la psychologie clinique.

De cette façon, elle s'enracinera dans le paradoxe de la *complexité* infinie de « l'homme total en situation »<sup>4</sup>. Sa vulnérabilité et sa finitude sont indissociables de sa créativité et de la longévité de ses œuvres ; son originalité individuelle est indissociable de son origine familiale, groupale et culturelle.

D'ailleurs, comme l'humain, la psychologie clinique conquiert son autonomie à travers l'art de la négociation des conflits aux frontières délimitant l'espace de soi et de l'autre. D'une part, il y a, répétons-le, les conflits/alliances épistémologiques avec ses parents – la philosophie et la médecine. D'autre part, il existe les conflits/alliances avec ses sœurs des sciences humaines et des sciences dures (sciences de la nature) dont les relations fraternelles sont régulièrement mises à l'épreuve et

dynamisées par la redistribution des paradigmes interprétatifs dominants physico-mathématiques, médicaux, anthropologiques (structuraliste par exemple), sociologiques, neurobiologiques...

Dans ce contexte épistémologiquement riche de sa complexité, il est opportun de revisiter brièvement plusieurs définitions *princeps* de la psychologie clinique. Elles s'imposent après coup comme des mises en relief des différentes pièces du puzzle et des vertus et des vertiges des divers assemblages de sa jeune histoire.

Le parcours singulier de D. Lagache est la première illustration typique de cette constellation scientifique à l'origine de la naissance de la psychologie clinique en France. Il a une triple formation : il devient successivement philosophe, médecin-psychiatre et psychanalyste. Dans un ouvrage au titre évocateur qui fait date, *L'unité de la psychologie* (1949a), il définit la psychologie clinique comme une discipline permettant de dépasser le conflit entre les psychologies naturalistes (expérimentales) et les psychologies humanistes<sup>5</sup>. Plus précisément, cette nouvelle discipline permet à partir de « convergences remarquables » de positionner dans un « mutuel appui » la méthode expérimentale de la psychologie moderne et la méthodologie qualitative et intuitive de la psychanalyse<sup>6</sup>, dite « ultra-clinique ». Cet étayage réciproque permet de réunir selon lui la rigueur expérimentale et les valeurs humanistes dans une même « clinique armée » dont les tests constituent un véritable emblème.

Ce qui singularise globalement pour lui cette interface et donne son unité aux différentes méthodes de la psychologie clinique, c'est son objet : « L'être humain en tant qu'il est porteur d'un problème mal résolu [inhérent à] la vie en général : la vie étant une succession de conflits, d'essais et d'erreurs, de désadaptations et de réadaptations : le problème essentiel de la psychologie et de la biologie, c'est l'adaptation, c'est-à-dire le conflit et la résolution de conflit. » (Lagache, 1949b.)

Pour Lagache, le psychologue clinicien, fort de sa transversalité épistémologique se centrera sur la

5 « La psychologie humaniste est centrée non pas sur la conduite observée mais sur l'existence vécue. » (Lagache, 1949a)

6 Mais aussi de la psychologie médicale, de la *Gestalt* et de la phénoménologie.

4 Sartre J.-P. *La Nausée*. 1938.

« conduite » humaine adaptée ou *inadaptée*. Dans ce large champ, « la psychanalyse est une forme de psychologie clinique et de psychothérapie que spécifie notamment l'étude du transfert ».

Cette politique d'ouverture aux frontières et à l'intérieur même de la psychologie clinique s'inscrit rétrospectivement dans l'histoire comme une intention assurément louable. Néanmoins, force est de constater, rétrospectivement, qu'elle ne garantit *a priori* aucune issue favorable. De fait, elle débouche aujourd'hui, tour à tour, sur des confirmations avec de fécondes synergies entre disciplines (par exemple, les débats « neuropsychanalytiques » actuels entre cognitivistes et cliniciens se référant à la psychanalyse) *mais aussi* sur de cuisants démentis avec l'instauration de nouvelles lignes de clivage opiniâtres (par exemple, entre les psychologues cliniciens se référant à la classification diagnostique américaine du DSM IV et ceux qui ont recours à une psychopathologie psychanalytique).

Un commentateur éclairé, R. Samacher (1998), donne après coup une interprétation possible de ce devenir incertain d'une telle conception unitaire de la psychologie clinique : « Au nom de la science psychologique, Lagache scotomise le tranchant que la psychanalyse prête à la psychologie clinique et méconnaît la dimension inconsciente déglagée par la psychanalyse au profit d'une fonction de synthèse qui a pour visée première : l'adaptation. » À l'époque, la polémique entre Lagache proche de l'*ego psychology* américaine et J. Lacan dénonçant cette récupération idéologique au profit de l'adaptation, cristallisera ce différent. De cette première enfance de la psychologie clinique, retenons, *a minima*, le poids déterminant dans son identité et sa trajectoire de ses relations frontalières avec la psychanalyse.

Dans un esprit en continuité avec D. Lagache, H. Piéron (philosophe, médecin, psychologue expérimentaliste dénonçant les données de l'introspection) définit ainsi en 1951 la psychologie clinique dans son célèbre *Vocabulaire de la psychologie* : « Science de la conduite humaine, fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie de cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle des groupes. Concrète dans sa base, et complétant les méthodes expérimentales d'investigation, elle est susceptible de fonder des généralisations variables. »

Certes, cette formulation prête aussi le flanc de la critique d'une psychologie clinique à visée adaptative, antinomique de la psychanalyse, mais elle est aussi riche de ses élargissements au normal et au pathologique (déjà soulignés par Lagache) et, de manière plus originale, à l'*individu* et au groupe.

Une décennie plus tard, J. Favez-Boutonier (philosophe, médecin, psychanalyste) propose une autre vision de la « psychologie générale clinique » à l'égard de laquelle nous ne cachons pas notre grande proximité. En se référant nettement à la phénoménologie, elle y met un accent particulier sur les notions de *subjectivité* et d'*intersubjectivité*. Lectrice attentive de la *Phénoménologie de la perception* de M. Merleau-Ponty (1945), elle considère dans son cours emblématique de *Psychologie clinique* (1959) que dans la rencontre avec un sujet « il faut tenir compte de tout ce qui intervient dans l'existence du sujet en tant que sujet, de tout ce qui est subjectif au sens habituel du mot (tout ce que le sujet pense, tout ce qu'il sent, tout ce qu'il éprouve, toutes les expériences qu'il peut faire dans sa vie), tout cela a sa place dans la connaissance que nous cherchons à en avoir ». Mais pour que cette subjectivité soit partageable, la rencontre clinique est nécessaire : « Ce n'est que dans sa relation avec d'autres sujets que le sujet se saisit comme sujet, ainsi la subjectivité n'a pas de sens en dehors de l'intersubjectivité. »

Dans cet espace de rencontre, l'*historicisation* du sujet constitue un passage obligé : « envisager la psychologie dans une perspective dynamique, c'est considérer la vie humaine comme une histoire... ». Au-delà d'une simple anamnèse qui réduit l'individu passif à une vision médicale, il s'agit d'envisager un travail biographique du temps propre de la subjectivation du sujet.

Favez-Boutonier plaide en faveur d'une « clinique aux mains nues » dans une situation « d'implication réciproque » qui s'oppose à la « clinique armée » de Lagache et prend plus nettement ses distances avec le modèle médical au profit d'une forte affinité avec la psychanalyse.

Plus récemment (1997), le psychologue clinicien et psychanalyste R. Perron, a proposé une définition dans cette même direction d'une psychologie clinique à la fois référée à la psychanalyse et épistémologiquement ouverte. Elle s'impose comme un bon compromis en s'appuyant sur deux notions clés très génériques – la *personne* et

ses *transformations* internes et externes – et un paradigme scientifique pertinent : la théorie générale des systèmes. « La psychologie clinique se donne pour but d'expliquer les processus psychiques de transformation dont la personne est le siège. La personne est un système, une structure régie par des lois d'autorégulation, par le jeu des régulations synchroniques et diachroniques. » Déclinée pour le normal et le pathologique, le sujet seul ou en groupe, la psychologie clinique se donne ici pour objet les processus de *transformation*.

Cette focalisation sur les transformations a le grand mérite d'être compatible avec la processualité humaine. À l'image des couleurs du ciel qui ne sont jamais identiques, le sujet biopsychique humain est en perpétuelle mutation interne et externe à travers ses interactions avec son environnement humain et non humain. Là où un cadre théorico-clinique « photographique » viendrait figer la mobilité systémique humaine, une observation clinique « cinématographique » permet de relever le défi d'établir une historicisation biographique de sa constante mobilité subjective et intersubjective.

*Cette processualité est une caractéristique essentielle de la réalité psychique dans sa partition consciente et inconsciente.* La mise en œuvre d'un cadre qui soit compatible avec l'accueil et le déploiement de cette processualité est donc une condition *sine qua non* de la psychologie clinique ainsi définie.

Le psychologue clinicien et psychanalyste R. Roussillon (2008a, 2009) nous donne l'occasion d'aller plus loin dans cette direction à laquelle nous adhérons. Considérant l'homéostasie associativité/inhibition comme marqueur *princeps* de cette processualité, il la défend comme axe majeur du fonctionnement humain en général et, plus spécifiquement, comme dénominateur commun des divers dispositifs cliniques psychanalytiques. Dans ce contexte, le qualificatif de « clinique » se réfère à « la mise au chevet des processus associatifs » (2008) présents dans des *narratifs verbaux et non verbaux*. *La méthode clinique vise ici l'accueil, le déploiement et la subjectivation par le sujet des différents niveaux conscient et inconscient de cette potentialité associative et de ses obstacles inhibiteurs.* Elle repose sur « la disposition d'esprit du praticien qui place le vertex de la réalité psychique

et des processus de sa transformation symbolisante en son centre à partir d'une méthode basée sur l'associativité des processus psychiques » (2008). La « neutralité » du clinicien coïncide ici avec une tentative de suspension des relations de pouvoir et de censure.

Les « dispositifs praticiens » seront alors conçus comme favorisant tout ou partie du fonctionnement associatif. Ils seront aux extrêmes promoteurs d'une associativité « focalisée » (par exemple sur des tests projectifs ou un entretien semi-directif) ou non (la règle d'association libre dans la cure type). Comme le montre bien R. Roussillon (2009), S. Freud, prenant ses distances avec l'hypnose et la suggestion, a techniquement cheminé d'une association directivement focalisée par lui sur les fragments de rêve, les symptômes du patient... (*Études sur l'hystérie*, 1895b) à une association libre (*L'homme aux rats*, 1907) qui s'impose *in fine* comme « règle fondamentale » (*La psychanalyse*, 1909). Son propre parcours technique d'analyste, remarque Roussillon, suit la même trajectoire que celle de biens des analystes qui débutent la cure avec des associations centrées sur « l'ordre du jour » (Freud, 1895b), pour aller ensuite vers une plus grande liberté associative.

*En se ralliant à l'étendard des pratiques psychanalytiques de la processualité associative verbale et non verbale, nous croyons fermement que la psychologie clinique trouve une colonne vertébrale à la fois structurante et souple.* Celle-ci a alors la double vertu d'être à l'abri des visées d'une *adaptation des conduites* (Lagache, Piéron) et d'ancrer fermement son épistémologie dans la casuistique métapsychologique sans pour autant exclure *a priori* des éléments théorico-cliniques exogènes favorables à la conquête individuelle ou groupale de l'associativité et de l'analyse de ses obstacles inhibiteurs et dissociatifs.

Enfin, elle permet de se dégager des pesanteurs d'une ligne de front belliqueuse et source de bien des clivages entre psychologie clinique « aux mains nues » et psychologie clinique « armée ». Dans la mesure où elle n'alimente pas les confusions (manipulations ?) intégrationnistes et où elle reste éthiquement très vigilante dans la mise en place du soin et de son consentement mutuellement éclairé, la psychologie clinique telle qu'elle

émerge à l'issue de ce survol, peut bénéficier de cette bipolarité interne des positions naturaliste et humaniste à l'image du débat actuel entre la psychologie cognitive et la psychologie clinique psychanalytique.

Elle se rassemble alors autour d'un objet commun (l'associativité/inhibition–dissociation comme « marqueur » privilégié de la réalité psychique), d'une méthodologie partagée (sa subjectivation dans un cadre intersubjectif) et de dispositifs pluriels mais dont les divers cadres possèdent un dénominateur commun (la variable associativité focale/associativité libre).

Il est maintenant temps de se risquer à une formulation de notre conception de la psychologie clinique psychanalytique qui s'appropriera ce que nous croyons être l'héritage heuristique de cette jeune histoire et qui nous servira de fondation pour définir la psychologie clinique périnatale.

*La psychologie clinique se définit par son objet à double face :*

- *l'exploration du quotidien de la réalité psychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet en situation sous ses formes individuelle/groupale, « normales »/« pathologiques » ;*
- *la mise en œuvre pratique de dispositifs de rencontres intersubjectives propices à l'observation contenant de la processualité associative verbale/non verbale, focale/libre et à la mise en sens subjectivante de sa phénoménologie et de ses obstacles conflictuels inhibiteurs et dissociatifs.*

*La méthodologie clinique de cette réalité psychique est inséparable de sa mise en œuvre croisée chez tous les acteurs en présence : c'est la rencontre intersubjective et ses effets réciproques qui rendent possibles l'exploration du virtuel associatif et l'actualisation signifiante de ses contenus.*

Bien sûr, cette définition de la psychologie clinique est en l'état trop abstraite et générique. C'est un squelette qui, pour prendre chair, doit s'enrichir d'une constante réflexion éthique et de multiples déclinaisons détaillées selon des dispositifs multiples (diagnostic, testing, orientation, psychothérapies individuelles et groupales, supervision, expertise...), insérés dans des grands domaines classiques d'intervention du psychologue clinicien : la médecine, la psychiatrie, l'éducation et la formation, le travail, la justice,

l'institutionnel et le libéral... indissociables de leur contexte culturel spécifique.

Pour autant, cette tentative de définition brigue trois qualités décisives :

- mettre clairement en exergue ses « valeurs » épistémologiques cardinales ;
- être intrinsèquement ouverte à l'*interdisciplinarité* afin que les différentes spécialités du soin puissent s'approprier cette définition de la psychologie clinique et l'enrichir de ses singularités et de son expérience critique. Si la psychologie clinique est le monopole corporatiste des seuls psychologues cliniciens, elle trahit le fondement de son *identité métis*, véritablement « sang mêlé » dont le permanent travail de transitionnalité des pratiques et des théories plurielles est constitutif de son histoire ;
- offrir un cadrage suffisant pour engager maintenant sa conjugaison approfondie sur le terrain *interdisciplinaire* de la clinique périnatale de manière introductive dans les pages qui suivent et, ensuite, tout au long de cet ouvrage.

## La psychologie clinique périnatale

---

En résonance avec cette définition de la psychologie clinique, la période de la périnatalité telle que nous l'avons définie à partir de l'observation clinique (cf. p. 1) *revendique être une fenêtre ouverte sur la réalité psychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet en situation de (re)devenir parent et de naître humain.*

Comme nous le verrons en détail dans le chapitre 2, le processus de parentalité périnatal correspond, en effet, à une amplification singulière des transformations biopsychiques et des processus d'*associativité/inhibition–dissociation inhérents*. *Cette métamorphose parentale correspond, aux extrêmes, à une crise à double valence potentielle : traumatique et/ou cathartique.*

Pour le meilleur et pour le pire, la parentalisation met en exergue transitoirement des éléments typiques de la structure et des contenus de la réalité psychique du sujet. M. Bydlowski (1991), une des premières psychanalystes françaises à s'être penchée sur la clinique périnatale

après H. Deutsch, G. Bibring et T. Benedek, a parlé à cet égard de la « transparence psychique » de la femme enceinte.

Mais, élément cliniquement et techniquement central pour notre définition de la psychologie clinique périnatale, *cette « transparence psychique » parentale, n'est a priori que virtuelle.* L'actualisation relative<sup>7</sup> de ses mises en sens n'est qu'une potentialité qui sera justement, de fait, confirmée ou non. La majoration de l'associativité inhérente au vécu périnatal ne correspondra à des opportunités subjectivantes que dans la mesure où les dispositifs internes et externes de l'appareil psychique du sujet, de ses espaces intersubjectifs conjugal, familial, professionnel, et liés au suivi médico-psychosocial périnatal (maternité, néonatalogie, pédiatrie, PMI, lieux d'accueil, libéraux, réseaux périnatals...) seront ou non propices à sa contenance élaborative. La contrainte de cette condition sera décuplée dans le cas de grossesses/naissances médicalement « pathologiques » et/ou de troubles de la parentalité et de dysharmonies précoces parents/foetus/bébé, etc.

*Aussi, la première face de l'objet de la psychologie clinique périnatale est l'exploration du quotidien de la réalité psychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet en situation de (re)devenir parent, naître humain et être soignant sous ses formes « normales »/ « pathologiques », individuelle, conjugale et groupale.*

*L'attention envers les possibilités des parents et des soignants à bénéficier de cadres intimes, privés et institutionnels propices à la métabolisation de cette amplification de la processualité associative verbale et non verbale (en particulier somatique) inhérente aux transformations biopsychiques de la parentalisation et à son accompagnement professionnel, constitue la deuxième face de l'objet de la psychologie clinique périnatale.*

Cette observation clinique *contenante* de l'existant chez tous les acteurs en présence et la stimulation *tout-venant* des potentialités de métabolisation de cette associativité verbale/non verbale correspond aux stratégies de *prévention médico-psychosociale primaire* de la psychologie clinique périnatale. Elle

n'a de sens et d'existence effective que dans l'*interdisciplinarité* collégialement élaborée.

Avec une territorialité commune essentielle avec la prévention primaire, la *prévention secondaire* désigne la mise à disposition de dispositifs de rencontres intersubjectives pour des parents et des soignants habités par des obstacles inhibiteurs-dissociatifs muselant la métabolisation de la processualité associative verbale/non verbale et à la mise en sens subjectivante de sa phénoménologie.

L'inclusion dans la psychologie clinique du « normal » et du « psychopathologique » et, partant, de la prévention primaire et secondaire, est essentielle à sa version périnatale. De fait, comme nous allons le voir, l'histoire de la psychologie clinique périnatale démontre de façon caricaturale combien est insatisfaisante et maltraitante pour les parents et le foetus/bébé une attention sur les seuls cas « bruyants », objets d'une réponse psychiatrique ponctuelle.

L'élargissement de la psychiatrie de liaison et de la psychologie clinique périnatale aux variations de grande amplitude en périnatalité de la « normale » et à une attention soignante *interdisciplinaire* prévenante tout-venant (prévention primaire) a été source d'une humanisation de la naissance et d'une reconnaissance des pathologies masquées, muettes ou visibles (prévention secondaire).

En effet, les signes de souffrance « ordinaires » en périnatalité risquent d'être ignorés ou banalisés et d'évoluer souterrainement : la récurrence, encore sous-estimée en périnatalité, des troubles anxieux, thymiques, psychosomatiques, des dysharmonies relationnelles familiales, des troubles psychosomatiques du nourrisson..., démontre aisément cet aveuglement culturel.

Dénonçant le mirage d'une « normalité » médicale conformiste de la parentalité (c'est-à-dire défensivement idéalisée et source d'exclusions violentes), la prévention primaire en périnatalité se justifie par la très grande variabilité individuelle de la nature, du contenu et de la chronologie de la *maturation anticipatrice parentale* du foetus/bébé (Missonnier, 2003b). En réponse aux singularités de cette prévention parentale spontanée, la prévention institutionnelle tente d'être « sur mesure ». Elle s'inscrit dans une filiation humaniste en proposant une trame rituelle *interdisciplinaire* favorisant la reconnaissance, l'accueil partagé et la mise en sens des ondes de choc potentielles de cette crise oscillant entre vulnérabilité et créativité.

<sup>7</sup> Le terme de « transparence » risque de véhiculer l'illusion d'une transparence *totale*. Une telle chimère méconnaîtrait l'irréductible inconscient tant de la parturiente que de ses interlocuteurs.

## Fondations épistémologiques de la psychologie clinique périnatale

La psychologie clinique périnatale est donc centrée sur les multiples avatars psychologiques et psychopathologiques de la rencontre du « naître humain », du « devenir parent » et de « l'être soignant ».

Elle réunit la *psychologie périnatale* et la *psychopathologie périnatale*. La première étudie la diversité des formalisations tempérées (mais de fortes amplitudes) du processus d'accordage entre la genèse d'un sujet et le processus de parentalité qui l'accompagne. La *psychopathologie périnatale* en dégage les partitions pathologiques que la psychiatrie périnatale – au sens strict – se propose d'envisager en termes de prévention et de soins. Lethnopsychiatrie périnatale (Moro *et al.*, 1989) s'interroge sur la valence culturelle de la dysharmonie en présence et sa place dans une réponse thérapeutique opportune.

La psychologie clinique périnatale actuelle est née récemment d'une pratique clinique interdisciplinaire où la psychiatrie de la puerpéralité joue un rôle essentiel. Son histoire est le meilleur guide pour comprendre les enjeux actuels de la psychologie clinique périnatale.

### Genèse

Avec J.E. Esquirol puis son élève L. Marcé (1858), la psychiatrie française a été initialement novatrice dans l'affirmation de la spécificité psychique de la puerpéralité (Coco et Mazet, 1998). Mais ce n'est que récemment, essentiellement en Angleterre dans les années 1950, que la psychiatrie périnatale est née en tant que pratique institutionnelle (Sutter et Bourgeois, 1996). Après quelques expériences pionnières, la première unité d'hospitalisation mère-enfant a été ouverte en 1959 au *Banstead Hospital* au Royaume-Uni à l'initiative de psychiatres d'adultes. C'est d'emblée la volonté de ne pas séparer des mères présentant une pathologie psychiatrique de leur nouveau-né qui motive cette formalisation institutionnelle. Avec une population de mères psychotiques, Baker et son équipe, dès 1961, donnent des résultats rétrospectifs encourageants sur le devenir des dyades non séparées en comparaison des dyades séparées à la nais-

sance. Depuis, le dynamisme de la psychiatrie périnatale anglaise ne s'est pas démenti. Il suffit, pour s'en convaincre, d'évoquer les activités de la Société Marcé, la création de la première chaire de psychiatrie périnatale par Kumar à Londres, ou encore les travaux de l'Écossais Cox (1994), auteur d'une célèbre échelle destinée au repérage de la dépression maternelle post-partum (EPDS), traduite en français (Guedeney N *et al.*, 1995).

En France, c'est Racamier qui le premier organise des hospitalisations mère-bébé à l'hôpital psychiatrique de Prémontré dans l'Aisne. Son concept de maternité inaugure la réflexion francophone sur le processus psychique du « devenir mère ». Ce n'est pourtant qu'en 1979, à l'hôpital intercommunal de Créteil, que la première unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé s'ouvre en France. Il existe actuellement 20 unités d'hospitalisation temps plein et 11 unités de jour<sup>8</sup>. La première rencontre nationale des différentes équipes psychiatriques proposant des hospitalisations conjointes s'est tenue à Créteil les 29 et 30 janvier 1993.

Les contributions de A.L. Sutter, M. Bourgeois (1996) et M. Dugnat *et al.* (1996,1999) donnent un bon aperçu du cadre de ces unités. Elles sont au départ définies pour accueillir des dyades dont la mère présente soit une pathologie aiguë bruyante du post-partum dans sa double polarité délirante (une à trois psychoses puerpérales pour 1000 naissances) et dépressive (10 à 15 % des parturientes) soit une pathologie psychiatrique antérieure ou des troubles graves de la personnalité. Sont aussi hospitalisées avec le bébé, des jeunes femmes, sans antécédents psychiatriques, rencontrant de grandes difficultés pour construire leur identité de mère et instaurer un lien d'attachement propice au développement infantile.

La psychiatrie périnatale s'est forgée autour de la clinique des troubles psychotiques, dépressifs, anxieux et du risque suicidaire chez la femme enceinte et en post-partum. Aujourd'hui, tout en restant fidèle à ce fil rouge *princeps*, elle élargit notablement son spectre dans une perspective de large prévention. La psychiatrie périnatale ne peut plus se contenter d'appréhender les seuls troubles psychopathologiques bruyants. Elle s'ouvre à la diversité des dysfonctionnements de

8 <http://www.marce-francophone.fr/les-unit%C3%A9s-m%C3%A8re-enfant-ume.html>

la parentalité – des plus masqués aux plus explicites; des plus légers aux plus lourds. Cet élargissement est notamment le fruit d'une incessante interaction entre psychiatres d'enfants et d'adultes et psychologues impliqués dans la clinique interdisciplinaire en périnatalité.

La psychologie clinique périnatale est une co-construction entre spécialistes du soma et de la psyché. Chez ces derniers, l'expérience partagée quotidiennement entre psychiatres et psychologues cliniciens impliqués dans l'animation des stratégies de prévention primaire et secondaire en périnatalité joue un rôle essentiel. Il est intéressant d'observer à ce sujet combien la clinique périnatale est une zone de grande créativité mutuelle entre psychiatres (d'enfants, d'adultes) et psychologues ce qui contraste nettement avec d'autres secteurs de la santé mentale :

- de la relation d'objet et des liens d'attachement (Golse, 1999, 2006);
  - de l'émergence du soi et de l'intersubjectivité (Stern, 1985; Trevarthen, 1993a, 1993b, 2003);
  - de l'interaction fantasmatique parents/bébé (Kreisler et Cramer, 1981; Lebovici et Stoléro, 1983) et sa transmission inter- et transgénérationnelle (Lebovici, 1994);
  - de la triadification (Fivaz-Depeursinge *et al.*, 1995);
  - du fonctionnement psychosomatique du nourrisson (Kreisler, 1976).
- Dans la lignée théorique des travaux anglophones fondateurs de H. Deutsch (1949), T. Benedek (1959), G. Bibring *et al.* (1959) et D.W. Winnicott (1969c), l'approche psychanalytique de la parentalité occupe une place centrale (Missonnier, 2003b).

## Fondations théoriques de la psychologie clinique périnatale

Dans l'Hexagone, la psychologie et la psychopathologie du très jeune enfant ont joué un rôle moteur dans la revendication identitaire de ce nouveau domaine. À l'interface de l'observation expérimentale et psychanalytique du bébé, la clinique de la première enfance s'est progressivement ouverte à la complexité de l'émergence de la psyché et de l'intersubjectivité. Le nouvel éclairage de la théorie de l'attachement de J. Bowlby (1969, 1973, 1986) et de ses successeurs, la remise en cause de l'indifférenciation primaire soi/autre du nouveau-né (Stern, 1985) et la prise de conscience capitale de la dimension interactive de son développement biopsychique postnatal entraînent un questionnement novateur sur son épigénèse périnatale.

Dans cette lignée, la psychopathologie périnatale francophone actuelle réunit, dans un espace référentiel original, les apports de la « psychanalyse développementale » (P. Tyson et R.L. Tyson, 1996) du bébé et des recherches sur le processus de parentalité et ses troubles.

- La psychanalyse développementale se situe au point de rencontre des travaux sur la genèse et les dysfonctionnements :
  - des compétences du fœtus/bébé (Brazelton, 1989) et de leur épigénèse interactive (Cosnier, 1984);

## De l'influence de quelques pionniers

La psychologie clinique périnatale française a une dette importante à l'égard de cliniciens, au départ isolés, mais dont les actions innovantes ont ouvert des chemins devenus depuis emblématiques. De fait, l'identité actuelle de cette pratique est à situer dans la filiation des travaux des premiers psychanalystes intervenant d'abord en pédiatrie puis, ensuite, en maternité et en néonatalogie.

C'est G. Raimbault qui inaugure cette voie dans les années 1960. Le professeur P. Royer, qui dirigeait à l'hôpital des Enfants malades le service de pédiatrie néphrologique, lui demande de rejoindre son équipe. Cette collaboration, radicalement originale à l'époque, a abouti à la création de la première unité de recherche incluant des psychanalystes et des sociologues. La « clinique du réel » (Raimbault, 1982) est née de cette rencontre de la psychanalyse et du médical pédiatrique.

Force est de constater combien la thématique de la mort de l'enfant est ici une diagonale institutionnelle et épistémologique dynamique. C'est la mort « prématurée » des enfants leucémiques qui conduit le professeur P. Royer à convier G. Raimbault (1985) dans son service. C'est encore la mort qui est souvent décisive pour initier une réflexion psychologique interdisciplinaire en maternité et en pédiatrie.

En néonatalogie dans les années 1980, M. Soulé (1984) à l'Institut de puériculture explore « les souhaits de mort en pédiatrie du nouveau-né ». En maternité, la prise de conscience des ravages psychosociaux méconnus du deuil insufflé une lente mais sûre modification des pratiques à partir des années 1990 (Dumoulin et Valat, 1997).

Mais la défense d'une réflexion clinique psychodynamique à la maternité a démarré en France une dizaine d'années auparavant avec notamment les travaux *interdisciplinaires* de la psychanalyste M. Bydlowski à Clamart dans l'équipe du professeur E. Papiernik (Bydlowski et Raoul-Duval, 1978; Bydlowski et Camus, 1988). De son côté, la psychanalyste C. Druon (1989) dans le service de médecine néonatale du professeur J.P. Relier à Port-Royal a adapté la méthode d'observation d'E. Bick (Haag M., Haag G., 1995) à la néonatalogie.

*In fine*, la réussite locale de ces pratiques innovantes et la diffusion des travaux, en témoignant via les publications et les congrès, vont constituer des points d'ancrage solides en faveur d'une prise de conscience de la nécessité d'une réflexion hexagonale sur une psychologie clinique périnatale cohérente.

## Identité, frontières et intersections : une pratique préventive interdisciplinaire et en réseau

La psychologie clinique périnatale est indissociable de son *interdisciplinarité* : la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie, la pédiatrie, la médecine générale, les lieux d'accueil et de soins du bébé et les services sociaux en constituent les multiples relais d'un réseau dont la conquête commune de la cohérence est la signature identitaire.

Comme le montre bien son histoire, la psychologie clinique périnatale est issue d'une collaboration entre divers spécialistes réunis autour des parents et du fœtus/bébé. Comme nous l'avons clairement évoqué p. 3, elle n'est pas élaborée par les seuls spécialistes de la psyché (psychiatres, psychologues) mais bien, à l'image de la liste des auteurs de ce

manuel, par un ensemble d'acteurs professionnels de formations distinctes.

*Face à la mère, au père, au fœtus/bébé, l'anamnèse périnatale cerne la personne humaine dans sa globalité au prix du dépassement de clivages dogmatiques chez les soignants : psyché/soma, « normal »/pathologique, gynécologue-obstétricien/pédiatres, soignants du prénatal/soignants du postnatal...*

L'interdisciplinarité – souvent dans sa féconde conflictualité (Missonnier, 2009b) – est certainement d'un dynamisme très sûr pour s'engager dans cette voie de la continuité périnatale. La collaboration « somaticiens »/psychologues–psychiatres dans les équipes (mais aussi en libéral) offre une promesse d'unité si elle matérialise une orientation préventive commune. Cette collaboration ne signifie nullement sous-traitance aux « psy » de la part des « somaticiens » de tout ce qui touche au relationnel, à l'affectif et au traumatique. *A contrario*, cet axe préventif révélera sa fertilité s'il est un territoire commun que chacun occupera avec un éclairage singulier, reflet de sa formation, de son histoire et de sa subjectivité.

De l'investissement partagé de cette diagonale, naît d'abord et surtout une collaboration indirecte avec le psychiatre–psychologue. Les conversations de couloir, les échanges au staff, aux transmissions, aux réunions (type groupe Balint) sont la base de la métabolisation quotidienne des ondes de choc de la vulnérabilité en présence. En proposant, sans l'imposer, une interrogation plus ou moins formalisée sur le vécu des soignants, ce partage pluridisciplinaire permet d'y mettre du sens et de lutter contre l'inertie opératoire défensive du dualisme corps/esprit que le scientisme ambiant et des formations biaisées alimentent. De fait, la prise de conscience, toujours à reconquérir, de l'unité interactive du « système » soigné/soignant est assurément le substrat fondateur de l'efficacité de la fonction de « contenance » des professionnels. Plus le trouble en présence est discret et inscrit au cœur de la relation interpersonnelle chez les soignés, plus la perception par les soignants de cette interaction est déterminante.

Les interventions directes du psychiatre–psychologue auprès des familles ne viennent pas se substituer ou sanctionner l'échec des soins entrepris. Elles s'inscrivent en continuité avec une réflexion pluridisciplinaire en amont qui mérite souvent d'être évoquée explicitement aux parents et au

bébé par les soignants, pour préparer la médiation. L'action directe du psychologue est donc inaugurée par une riche moisson d'informations auprès de professionnels sensibilisés à la psychologie et à la psychopathologie périnatales de la parentalité. En retour, l'action directe de ce spécialiste prend, comme pour ses collègues, sa place en relation constante avec le projet commun du service. Cette réciprocité sur le terrain est probablement un plaidoyer plus dynamique en faveur d'une approche préventive que bien des pétitions de principe.

## Éthique du soin et de la prévention

Dans le meilleur des cas, les stratégies médico-psychosociales en périnatalité s'inscrivent donc dans un cheminement épistémologique ouvert résolument interdisciplinaire et dynamisé par la recherche, se tiennent à l'abri de la menace médicale insistante d'une protocolisation « prêt-à-porter », d'une logique préventive aliénante prédictive scientiste et s'enracinent dans un large débat éthique communautaire sur le sens de la transmission de notre paradoxale humanité, source simultanée de fécondité et de conflits tragiques.

Le sujet est sensible car les stratégies de santé publique d'une société étatisée pour devancer et accompagner les risques biopsychiques des périodes charnières de la vie de ses membres sont certainement révélatrices de sa maturité politique. Cela est particulièrement vrai en périnatalité où le sens et le contenu des mesures prises en faveur de la prévention des souffrances inhérentes au « devenir parent », au « naître humain » et à « l'être soignant » en périnatal sont des emblèmes politiques singulièrement subtils.

Rien d'étonnant alors au fait que le discours préventif en périnatalité soit traversé d'enjeux idéologiques et favorise les caricatures manichéennes. Il prête constamment le flanc à la manipulation de l'idéaliste (« la prévention va éradiquer tous les maux ») et du pessimiste (« les chats ne font pas des chiens »). Entre l'utopie de la totale maîtrise de la nature et le fatalisme de la répétition maléfique à travers les générations, l'élan créateur de la périnatalité et de la prévention expriment fidèlement le paradoxal alliage humain d'Eros et Thanatos.

## Naissance de la prévention précoce

Selon les pionniers, M. Soulé et J. Noël (1985), le travail préventif auprès des familles « s'appuie sur trois idées forces : la notion de précocité, la prise en considération des règles de l'hygiène mentale infantile et la transdisciplinarité<sup>9</sup>, c'est-à-dire le mode de participation de tous les opérateurs médico-psychosociaux qui interviennent pour quelque raison que ce soit auprès des familles ».

Dans cet esprit, la prévention est dite précoce si elle se situe, dès avant la naissance de l'enfant, au carrefour de la prévention primaire (réduire l'incidence d'une maladie) et secondaire (en diminuer la prévalence).

Ces notions basiques sont indissociables de celles de risques et de vulnérabilité. Le risque évoque « l'incertitude de l'issue de la confrontation de l'enfant avec un stress environnemental ou intérieur » (Soulé et Noël, 1985) et de vulnérabilité : « devant le même risque tous les enfants ne présentent pas finalement les mêmes troubles (...) les facteurs personnels jouent un rôle considérable et constituent ainsi une vulnérabilité plus ou moins grande ».

La notion de vulnérabilité (Anthony *et al.*, 1980) illustre le fait que différentes personnes devant un risque donné ne présentent pas les mêmes troubles. La vulnérabilité met en évidence l'importance des facteurs personnels. Le même choc sur trois poupées de verre, de plastique et d'acier n'aura pas le même impact. Cette idée trouve aujourd'hui avec le concept de résilience un essor qui mérite une analyse critique attentive (Cyrulnik, 2000, 2001 ; Missonnier, 2007a).

Mais, plus encore, c'est la confrontation avec les notions d'indicateur de risque et d'émergence de la demande masquée qui sera la plus féconde et qui pourra plaider en faveur d'une perspective

9 Nous préférons le terme d'interdisciplinarité. À l'instar de la transmission générationnelle qui a été cliniquement décrite par E. Grangeon comme transgénérationnelle et intergénérationnelle, la collaboration « inter » renvoie globalement à des échanges mutuels dont la nécessaire conflictualité sera source de débats symboligènes et d'accordages alors que la collaboration « trans » évoquera à l'inverse une relation dissymétrique bénéficiant peu ou pas d'une élaboration de ses antagonismes frontaliers.

convergente naturelle entre prévention médico-psychosociale et accueil conjoint parents ou substituts/enfant. Soulé et Noël (1985) expliquent que «derrière les demandes ponctuelles apparaissent des situations ou des modes de comportement chez les parents ou les enfants dont l'expérience montre que l'entourage de l'enfant éprouve des difficultés à intégrer à la fois les exigences de ce dernier, les leurs propres et les contraintes sociales. Il s'agit donc en fait de conduites inadéquates, conventionnelles ou inadaptées. C'est en cela qu'elles ont valeur de "clignotants"». La perception de ces clignotants explicites et implicites passe par la reconnaissance de la multiplicité des modalités d'expression de la souffrance psychosociale.

*In fine*, insistent ces auteurs, quand on parle d'indicateurs de risque, de «clignotants» et de demande masquée, l'essentiel est de se souvenir qu'il s'agit bien de *signes possibles d'alarme et nullement de symptômes évidents d'une pathologie avérée. La frontière est étroite entre une prévention bien tempérée et une investigation suspicieuse aliénante.* Le défi que doivent donc relever les consultants et l'équipe dans son ensemble, c'est d'être simultanément respectueux de la liberté et de la potentialité de chacun et d'entendre, outre les demandes d'aide verbalisées, les demandes d'aide masquées.

Selon Soulé et Noël, les difficultés que rencontrent les soignants pour atteindre et maintenir un tel équilibre rappelle avec insistance combien «un certain nombre des motivations qui nous soutiennent dans cette idée merveilleuse de prévention reposent aussi sur ce mythe de toute-puissance et de la maîtrise totale de l'homme sur la nature». Si elle n'est pas individuellement et institutionnellement élaborée, cette position idéologique «devient nocive si au nom de la santé, elle introduit une réglementation rigide pour l'éducation et les comportements» (Soulé et Noël, 1985).

À plus grande échelle, le contrôle social par l'État, par une classe dominante, la récupération des déviances, la normalisation, la privation totalitaire de liberté individuelle sont considérés par ces défricheurs comme des arguments théoriques et excessifs contre l'action préventive mais qu'il est primordial de ne pas scotomiser car ils ont le mérite de pointer du doigt «les dangers de doctrines ou de politiques qui voudraient appliquer la prévention sans en mesurer les risques et les possibles abus» (Soulé et Noël, 1985).

## **Critique de la raison préventive : de la suspicion à la prévenance mutuellement éclairée**

Dans un ouvrage sur la prévention en périnatalité qui témoigne d'une réflexion théorique, clinique et éthique d'une grande maturité, F. Molénat (2001) défend un point de vue qui permet de mesurer le chemin accompli depuis ces propositions pionnières et l'état actuel :

«Les facteurs de risque classiques ont constitué un premier niveau de vigilance, en même temps qu'il portait leur propre poison : repérer le négatif sans avoir forcément les moyens de chercher la subjectivité de la patiente, ce qui exigerait d'avoir des réponses à disposition. (...) [Les grilles d'évaluation ou de dépistage.] peut-être utiles à une époque de sensibilisation, (...) sont reprises d'une manière parfois désolante là où devrait prévaloir un état d'esprit fondé sur le respect de l'autre.»

Pour F. Molénat, si la prévention périnatale ne s'accompagne pas chez les divers professionnels en réseau d'un souci éthique commun du respect de la subjectivité créatrice des parents, elle sera synonyme de maltraitance institutionnelle qui favorise la répétition délétère alors qu'elle prétend la combattre. Les sujets concernés par cette prévention dédiée exclusivement au dépistage du «négatif» sont des «prévenus» privés d'une écoute empreinte de «prévenance» et de «sollicitude» s'inscrivant dans la longévité. L'expérience et l'évaluation des programmes d'intervention démontrent que «le moteur essentiel paraît être le support identificatoire qu'un professionnel à l'aise dans sa fonction constitue pour les familles dont il s'occupe, ainsi que l'intérêt personnel que l'intervenant puise dans son travail, qui lui permet de mobiliser son énergie de manière durable».

C'est la vulnérabilité non élaborée des soignants, le malaise dans la communication interprofessionnelle et les luttes de pouvoir intestines qui privent les professionnels d'une contenance collective cohérente que seule une réflexion clinique du travail en réseau permet d'envisager progressivement. Si la question *princeps* : «comment un environnement professionnel peut-il, à son insu, répéter ce qu'ont connu des parents meurtris dans leur propre construction?» n'est pas posée, la collaboration interprofessionnelle construira des tours de Babel.

*C'est en prenant radicalement ses distances avec une culture de la réparation et en s'ouvrant sur celle de l'anticipation des compétences parentales que la prévention précoce peut advenir en périnatalité. Cet objectif a une condition sine qua non : le soutien élaboratif des professionnels qui seul peut interrompre la fatalité de la répétition de leur maltraitance.*

C'est en étant aussi extrêmement prudent avec les termes habituels des politiques médico-sociales que la prévention gagnera sa légitimité éthique : « Un tel état d'esprit laisse bien évidemment de côté les termes habituels des politiques médico-sociales. Il ne s'agit plus en effet de dépister la maltraitance ou la dépression du post-partum, mais de réintroduire dans les pratiques une humanité et une rigueur suffisantes pour que chacun trouve sa place. »

Ces propositions pertinentes, enrichies au fil des ans par la clinique quotidienne, des recherches-actions et des formations interprofessionnelles, vont dans le sens d'une santé mentale<sup>10</sup> périnatale qui place « l'usager au centre d'un dispositif à rénover »<sup>11</sup>.

Finalement, la bien nécessaire critique de la raison préventive ne justifie pas son rejet nihiliste ou l'exclusion de ses promoteurs au nom de leurs possibles déviances. Par contre, elle nous invite à considérer l'action préventive comme *indissociable d'une constante réflexion soignante clinique et éthique*. Le croisement de la problématique, désormais classique, de la prévention avec celle, plus récente, du consentement éclairé du soin offre actuellement un terrain réflexif novateur et prometteur en ce sens (Séguret, 2004).

Au crépuscule d'un siècle marqué par le triomphe de la médicalisation synonyme, en France, de baisse de la mortalité maternelle et infantile, de transfert de la naissance en milieu médical et de protection sociale accrue, nous sommes dans une période de mutation du fonctionnement familial.

D'un côté, la modification des liens conjugaux, l'inflation des familles recomposées, les variations du droit familial, de la filiation et, de l'autre, la chute relative de la natalité, l'espacement des naissances, la fréquence des maternités tardives, l'abondance des procréations médicalement assistées, sont autant de facettes de la partie émergée de l'iceberg d'une relative désinstitutionnalisation de la famille dont le schéma classique est transformé.

Cette dynamique nouvelle s'inscrit plus globalement dans une mutation sociale en cours où le glissement du pouvoir de la famille et du religieux au profit de la médecine entraîne une distension des anciens réseaux communautaires et affecte l'efficacité symbolique des rituels de passage coutumiers de la naissance et de la filiation. Dans cette période de métamorphose de la croyance et des rites sociaux, un des maillons qui risque d'être le plus fragilisé, c'est l'établissement de l'identité de parent.

Établir une stratégie préventive à la maternité, c'est donc d'abord s'interroger sur les conditions d'existence d'une réciprocité symbolique des rituels séculiers proposés par l'institution. Le suivi médical de la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont-ils organisateurs psychiques du processus de parentalité ou, *a contrario*, médiateurs iatrogènes d'un scientisme aliénant ? Sont-ils des rituels de passage qui permettent d'affronter – individuellement et collectivement – la violence propre à la traversée de cette marge de la naissance ? Les procédures coutumières à la maternité sont-elles l'objet d'un authentique consentement *mutuellement* éclairé, gage d'efficacité symbolique (Missonnier, 2009a) ?

## **La psychologie clinique périnatale : une prometteuse potentialité heuristique !**

À ce jour, la légitimité de la psychologie clinique périnatale est globalement acquise sur le terrain, même si de préoccupantes disparités institutionnelles et géographiques persistent dans l'Hexagone. Même si des moyens accrus ont été accordés à la prévention médico-psychosociale en périnatalité, elle mériterait

10 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Rapport des docteurs E. Piel et J.L. Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, remis en juillet 2001.

11 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Plan santé mentale « *L'usager au centre d'un dispositif à rénover* ». Rapport remis en novembre 2001.

aussi une adhésion plus franche de la part des politiques et dans l'agora citoyenne pour pérenniser une budgétisation publique à la mesure des enjeux collectifs en présence.

Demain, les stratégies médico-psychosociales à la maternité devront s'inscrire dans un cheminement épistémologique ouvert résolument interdisciplinaire et dynamisé par la recherche, se tenir à l'abri de la menace médicale insistante d'une protocolisation «prête-à-porter», d'une logique préventive aliénante prédictive et s'enraciner dans un large débat éthique communautaire sur le sens de la transmission de notre paradoxale humanité, source simultanée de fécondité et de conflits tragiques. Un sacré chantier, où les cliniciens se référant à la psychanalyse individuelle et groupale ont un rôle essentiel à jouer sur un terrain théorico-clinique remarquable par sa potentialité heuristique.

De fait, ces deux dernières décennies, les expériences cliniques novatrices en périnatalité et en première enfance et les théories originales qu'elles ont enfantées ont été extrêmement fécondes pour *l'ensemble des soins psychiques en général et la psychanalyse en particulier*.

En point d'orgue de ce chapitre, je voudrais me focaliser sur les racines de la force heuristique de cette clinique de l'origine. Elle tire paradoxalement son dynamisme de la constance et de la rudesse de ses lignes de tension internes qui impose un insistant questionnement transversal. En voici un florilège introductif des thématiques *princeps* :

- la conflictualité du travail interdisciplinaire entre «somaticiens» et «psychistes». C'est la fontaine inépuisable de cette prodigalité clinique et épistémologique. Les oppositions entre les divers «somaticiens» (la ligne de front entre obstétriciens et pédiatres mais aussi entre «somaticiens» du prénatal et du postnatal) sont moins souvent évoquées mais ne doivent pas pour autant être sous-estimées. Actuellement, l'émergence croissante des stratégies de soin et de prévention en réseau élargit les enjeux de cette dynamique aux interfaces intra-/extra-hospitalier, public/privé, institutionnel/libéral. La fécondité de ces confrontations pour assouplir les lignes de clivage est indissociable des modalités d'expression et d'élaboration de la conflictualité en présence. *Dans ce contexte, les*

*reprises cliniques, les recherches-actions et les formations en périnatalité sont des laboratoires fertiles en faveur d'une authentique culture de l'interdisciplinarité (cf. chapitre 12);*

- une dialectique permanente entre découverte de la forte amplitude des variations psychologiques et des déclinaisons psychopathologiques. De fait, les mille et une métamorphoses entrecroisées des processus du devenir mère, du devenir père et du naître humain sont de constantes relativisations des lignes de partage nosographiques trop géométriques;
- une dynamique évolutive des frontières corporelles, psychiques des processus de profonde transformation du périnatal : ils induisent une attention élective à la question des limites et de l'intrication de soma et de psyché, de soi, de l'autre, de l'autre en soi; de l'individu et du groupe, familial, social, etc.;
- une reviviscence des conflits de séparation qui ponctuent toute notre vie. Une «transparence psychique» trop souvent idéalisée : elle est aux extrêmes, source de catastrophiques répétitions morbides ou de radicales transformations maturantes mais, dans les deux cas, toujours synonyme de crise;
- une réédition de l'œdipien certes *mais d'abord et surtout* une confrontation aux réminiscences du classique archaïque décrit par la psychanalyse mais aussi plus encore à *l'archaïque de l'archaïque* que je tente de décrire avec ma proposition de la relation d'objet virtuelle de la vie intra-utérine caractérisée par des enjeux de la relation contenant/contenu;
- un face à face trivial aux limites de notre efficacité symbolique confrontée à la violence du suspens, de l'incertitude de la genèse de l'humain en temps réel chez l'embryon/fœtus/bébé et dans l'après-coup chez les adultes qui l'entourent. Cette menace générationnelle est par essence potentiellement traumatique. Elle concerne n'importe quel cheminement périnatal du plus anodin en apparence en termes obstétricaux et/ou psychologiques au plus caricaturalement pathologique aux niveaux somatiques et/ou psychiques;
- une prise de conscience – non sans violence morale – de la détermination en pelures d'oignon de la qualité de la contenance sociétale,

institutionnelle, familiale autour de ces métamorphoses du devenir parent, du naître humain et de l'être soignant ;

- enfin, la clinique périnatale confronte à l'origine d'un être humain, dans une culture donnée, à la fois groupale et individuelle. Le sujet s'inscrit dans une généalogie qui lui préexiste et il représente, comme passeur unitaire, une apparition singulière.

*La possible créativité de la périnatalité, s'incarne dans cette âpre, souvent violente, tension dialectique entre ces deux polarités de son origine et de son originalité. Cette spécificité individuelle, pour s'exprimer, devra s'imposer comme une branche de l'arbre de vie dont la souche est la filiation, elle-même enracinée dans la succession en poupées russes des générations.*

La périnatalité est habitée par cette double origine de l'humain : celle de ses liens – en plein ou en creux – avec sa matrice génétique, sa filiation, son terroir collectif, sa culture et celle de l'unicité de l'épigenèse de son être, de sa possible originalité.

Au fond, défendre la potentialité préventive de cette période c'est désirer favoriser l'originalité parentale et professionnelle tout en soulignant la menace insistante d'une répétition, parfois délétère, toujours violente, de l'origine.

Et dans ce cadre réunissant usagers et soignants, il existe une forte convergence entre la formalisation groupale du fonctionnement institutionnel et ce que R. Kaës (1999) a nommé « l'appareil psychique groupal » qui « accomplit un travail psychique particulier : produire et traiter la réalité psychique de et dans le groupe ». De fait, n'importe quelle situation de soin en périnatalité s'inscrit dans cette dialectique qui unit sphère des relations entre membres du groupe et sphère des relations de chacun à l'égard du groupe. En effet, à la maternité en tant qu'institution, l'unité de temps de lieu et d'action unit tous les acteurs en présence, usagers et soignants. Cet espace-temps correspond à une intrication des affects et des représentations de et dans le groupe des usagers et des soignants.

L'unité en présence sur la scène de la clinique de l'origine est celle classique, de la tragédie, une

dans sa temporalité, sa géographie et son action. Or, face à la potentialité du tragique à « exciter la terreur ou la pitié » (*Le Petit Robert*), il semble qu'un de nos mécanismes de défense les plus spontanés, en tant que membre de l'équipe de maternité ou de chercheur, soit celui de l'isolation qui consiste en l'occurrence à se centrer sur les seules réactions des récepteurs des annonces sans souci des attitudes et du vécu des émetteurs, c'est-à-dire de nous-mêmes. Comme nous le verrons dans le chapitre 12, l'enjeu de la prise de conscience de cette position protectrice est primordial car elle permet de jeter les bases d'un territoire commun interactif et empathique entre interlocuteurs, tous acteurs à des places distinctes, d'une même tragédie, une « situation où l'homme prend douloureusement conscience d'un destin ou d'une fatalité qui pèse sur sa vie, sa nature ou sa condition même » (*Le Petit Robert*). Destin ou fatalité, voilà bien résumées les issues possibles de cette représentation collective qui aboutira, selon, à un oracle prédictif condamnant l'auditoire impuissant à l'inexorable morbide (*fatum*), ou, au contraire, ouvrant sur une révélation synonyme de récits et de projets (*destinatum*) porteur d'anticipation et de vie.

Corne d'abondance trônant au firmament de l'étalement culturel, l'institution maternité enfante, *in fine*, autant d'ombre que de lumière. Entre sa vitrine céleste et la triviale arrière-boutique de ses drames quotidiens (infertilité, IVG, fausses couches, mort foetale, révélations d'anomalies, IMG, grossesses pathologiques, accidents périnataux, séparation néonatale mère/bébé, prématurité, annonce de handicap, violences institutionnelles, détresse psychosociale...), le contraste est parfois abyssal.

Au cœur de l'intrication d'Éros et de Thanatos, la clinique périnatale met en scène spectaculairement la rencontre de nos forces vives, notre *créativité* avec le vertige de notre *vulnérabilité*. La psychologie clinique périnatale relève le défi d'explorer la réalité somato-psychique de cette scénographie individuelle et collective et d'en soutenir la symbolisation à travers des dispositifs pertinents. Tout un programme !

# Psychologie clinique de la parentalité et du naître humain

CHAPITRE 2

## Devenir parent, naître humain et être soignant à la maternité

S. Missonnier

### Un outil central et partagé : la parentalité périnatale

#### Parentalité et grossesse

La parentalité périnatale englobe la synergie potentielle dans un espace conjugal et familial de trois processus indissociables : (re)devenir mère (maternalité), (re)devenir père (paternalité) et naître humain.

La première condition de validité de cette formule est de se tenir véritablement à l'écart de toute vision réductrice « unisexe » qui masquerait un déni de la différence des sexes et des genres. Ces devenir mère et père correspondent à de longues évolutions *spécifiques* en pelures d'oignon qui traversent l'enfance et l'adolescence et se poursuivent toute la vie durant (notamment avec l'éventuel devenir grands-parents). *À ce titre, la séquence périnatale de la parentalité est seulement un segment d'actualisation hypothétique de la diagonale d'un devenir parent virtuel.* L'adoption par des couples hétérosexuels infertiles et par des couples gays illustre bien l'impasse dans laquelle s'emprisonnerait une définition du processus de parentalité qui se limiterait à une parentalité biologiquement advenue.

Deuxième condition de pertinence de cette parentalité périnatale : elle bénéficie d'être conçue comme un processus à « double hélice »

*biopsychique* tout autant à l'abri d'un clivage psyché/soma simplificateur que d'une confusion des modèles épistémologiques dans une psychosomatique impressionniste.

Troisième condition de validité de cette définition de la parentalité périnatale dans notre contexte d'une psycho(patho)logie psychanalytique : bien sûr, elle recouvre, les relations comportementales, émotionnelles, les représentations conscientes mais elle aspire, tout autant, à prendre en compte dans une vision bifocale « complémentariste » (Devereux, 1985), les affects et les représentations préconscientes/inconscientes. En effet, en accord avec l'optique psychanalytique, la parentalité correspond au quotidien de la clinique périnatale au *franchissement d'étapes générationnelles, dont le programme conscient est toujours infiltré de traits inconscients qui vont faire retour dans cet étranger familier qu'est l'enfant.* Pour le meilleur et pour le pire, cette infiltration se cristallise électivement pendant la période périnatale chez des adultes confrontés à une inflation de réminiscences de la « situation anthropologique fondamentale » (Laplanche, 2002) où la *dissymétrie* entre l'inconscient sexuel de l'adulte et du *fœtus/infans* culmine.

On décrit en ce sens, chez la femme enceinte, sa « transparence psychique » (Bydlowski, 1991). Métaphoriquement, je parle de fonctionnement psychique « placentaire » pour bien mettre en exergue sa finalité : la gestation des fonctions

maternelles de contenance et d'interface à l'égard de l'enfant à naître. Au début de la grossesse, l'embryon/fœtus est une extension corporelle maternelle. Mais chemin faisant, à l'entrecroisement des interactions fœto-environnementales (où la proprioception joue – en creux ou en plein – un rôle majeur pour la mère) et des identifications projectives qui expriment le projet d'enfant, une objectalisation de « l'enfant virtuel » s'impose progressivement. Du degré de maturation objectale en prénatal de cet enfant, initialement narcissique, dépendra notamment le devenir de l'empathie maternelle à l'égard du nouveau-né en postnatal. Ma proposition de « relation d'objet virtuelle » parent ↔ fœtus (Missonnier, 2003a) reprise plus loin explore les variations cliniques de cette géométrie variable.

Ce processus mental spécifique de « transparence psychique » maternelle se caractérise par une grande perméabilité aux représentations inconscientes, une certaine levée du refoulement habituel. Les souvenirs enfouis affluent avec une censure psychique moindre. Bien sûr, la névrose infantile fait retour (et sa révision adolescente) mais c'est d'abord et surtout des reviviscences archaïques pré-œdipiennes plus anciennes encore qui affluent à la conscience. Globalement, la période prénatale s'affirme comme une mise à l'épreuve des fondations identificatoires et, à ce titre, c'est un lieu privilégié de répétitions traumatiques. La maturité cicatricielle de ces éventuelles blessures sera reflétée par le degré de tolérance maternelle aux mutations somato-psychiques inhérentes à la maternité, au suivi médical de la grossesse (procédures du diagnostic anténatal, examens échographiques...), aux interactions fœto-maternelles surdéterminantes et aux éventuelles complications médicales.

Entre haine et amour, la mère chemine dans un conflit d'*ambivalence* à l'égard du fœtus. F. Siroli (1999), en se référant à D.W. Winnicott, décrit avec acuité les vingt et une raisons qu'une femme enceinte a de haïr son fœtus. Un fœtus qui contraint *a priori* la femme à réorganiser *rétrospectivement* son histoire et son identité et à s'engager *prospectivement* dans la métamorphose du devenir mère.

Le paradigme d'une conflictualité de la parentalité mise en relief dans la période prénatale décrite chez la femme est aussi valide, dans un *registre singulier non confusionnant*, pour le géniteur. De fait, *mutatis mutandis*, le devenant père traverse durant cette période une phase de réaména-

gement biopsychique qui questionne son histoire individuelle et générationnelle (*cf.* p. 229). Il reste encore à ce jour beaucoup à entreprendre pour que le père soit véritablement accueilli à la juste mesure de ses vertus et vertiges par les professionnels de la périnatalité.

Plus largement, ce sont aussi bien tous les acteurs principaux du « système » familial – grands-parents, fratrie, proches... – qui rencontrent simultanément une phase de réaménagement propre durant toute la période prénatale et, à ce titre, ils méritent attention.

La naissance est donc avant tout un passage d'un état à un autre, une modification radicale, un bouleversement, *mais d'une vie déjà en cours tant pour la mère, l'enfant que pour le père et la famille*. Entre rupture et continuité, il existe pour chacun un point d'équilibre entre catastrophe naturelle (traumatisme parental de la naissance) d'une impossible adaptation spontanée et anticipation créative à l'accouchement et à la confrontation au nouveau-né. Comme nous le verrons bientôt, cette proposition conduit à un examen critique de la conception d'O. Rank (1924) d'un traumatisme biologique *systématique* de la naissance chez l'humain (matrice de toutes les angoisses ultérieures) mais prolonge le débat ouvert par ce découvreur sur la sensorialité pré- et périnatales chez le fœtus/nouveau-né et, après coup, sur l'inertie des traces mnésiques périnatales toute la vie durant et, en particulier, lors de leur commémoration à l'occasion du (re)devenir parent.

## Devenir mère et naître humain : une triade biologique

En point d'orgue à sa militance pour la clinique prénatale, l'article de M. Soulé, *La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique* (1999), est un plaidoyer très convaincant en faveur de l'empreinte chez l'homme du fonctionnement matriciel de la triade biologique fœtus-placenta-mère.

La jonction épistémologique que Soulé développe entre la vie fœtale et les travaux de l'École de psychosomatique de Paris est essentielle. Le fondateur de ce courant, P. Marty, avait fait référence à un « niveau de fixation très archaïque (...) prénatal » dans une de ses premières publications de 1958 portant sur la relation d'objet allergique.

Mais depuis, force est de constater, que cette voie a été peu explorée par les membres de l'École de Paris, alors que leurs riches travaux peuvent être interprétés comme une invitation constante à s'y engager. Or, justement, c'est ce que propose Soulé, en définissant la triade biologique fœtus-placentaire-mère comme le socle des « noyaux psychosomatiques originaires » évoqués par L. Kreisler (1991). Dans ce cadre, Soulé envisage de nombreux exemples de (dys)fonctionnements de cette triade biologique prénatale. Il propose aussi de considérer certains comportements fœtaux comme des « prémices des procédés autocalmants » (1991, 1993) s'inscrivant dans un « système de décharge pendant la vie fœtale. »

Dans cette lignée, j'ai donc élaboré une proposition conceptuelle : la *relation d'objet virtuelle (ROV)*. En étayage sur la conception de la triade biologique, elle met en exergue la réciprocité fœtus  $\Leftrightarrow$  environnement, la trajectoire *transformationnelle* intra- et inter(proto)subjective de la gestation, le caractère *virtuel* de son objet et, dans la filiation des relations d'objet orale, anale, génitale, son site *utéro-placentaire*.

Dans ce creuset théorique, la grossesse est une double métamorphose progressive et interactive du devenir parent et du devenir humain ; le fœtus ne naît pas humain, il le devient durant la grossesse ; on ne naît pas parent à la naissance, on le devient ; l'espace utéro-placentaire est l'interface fœtus  $\Leftrightarrow$  environnement ; les métamorphoses prénatales habitent l'humain toute sa vie durant.

Initialement, cette théorisation de la ROV est aussi bien sûr indissociable d'une pratique interdisciplinaire et, plus particulièrement, dans deux directions : l'accompagnement des parents à l'occasion d'une fausse couche, d'une mort du bébé à l'accouchement ou juste après et le suivi de parents « enceints » confrontés à l'IMG à la suite de la révélation d'anomalies fœtales.

Cette clinique confronte à la limite de la validité du célèbre schéma freudien développé dans *Deuil et mélancolie* (1915c), où la perte concerne un objet constitué externe au corps propre alors que la spécificité du deuil périnatal de « l'enfant du dedans » se situe bien en amont dans la filière objectale psychanalytique. Il s'agit là au premier degré d'une *amputation variable* pour la devenant mère et pour l'espace conjugal.

D. Blin et M.J. Soubieux (1997), ont conceptualisé en termes freudiens d'investissement nostalgique cette perte d'un « objet non-objet » « mi-moi, mi-autre » situé dans un entre-deux d'investissement narcissique et d'investissement objectal.

Dans le groupe WAIMH<sup>12</sup> (francophone), « Le premier chapitre<sup>13</sup> », l'étude polémique de Hugues *et al.* (2002) publiée dans *The Lancet* a été l'objet d'une analyse critique. Cette recherche (éminemment discutable dans sa forme et son fond) remet en cause le bien-fondé et l'efficacité psychologiques des scénarios d'accompagnement proposés depuis une décennie par les professionnels aux parents qui ont perdu l'enfant de la grossesse.

Sans rentrer dans le détail de ce passionnant débat (prolongé par M.J. Soubieux dans un excellent ouvrage, 2008), l'essentiel peut se formuler ainsi : il y a grand danger à systématiser les procédures de présentation du fœtus aux parents, de nomination, de ritualisations civiles et/ou religieuses, etc. *en décidant de les engager ou non à partir du seul terme chronologique de la grossesse*. À l'évidence, à termes égaux, les parents – individuellement et conjugalement – sont rendus à un moment du chemin de la grossesse psychique *qui diffère à chaque fois*. L'embryon puis le fœtus se situent, du point de vue du projet des parents au moment du drame, *quelque part entre rien et tout, entre chose et personne dans le processus continu périnatal de l'humanisation*. La ritualisation proposée a donc du sens si elle est adaptée « sur mesure » à cette maturation ; sa protocolisation « prêt-à-porter » est opératoire et dangereuse si elle est rivée au seul terme de la grossesse ou systématisée à l'identique en l'absence d'évaluation psycho(patho)logique.

C'est très précisément à ce point de la réflexion que la notion de ROV entre en jeu. Plutôt que de rester sur une vision *photographique* statique d'embryon ou de fœtus, *anhistorique, figé dans son statut d'objet non-objet mi-moi, mi-autre*, elle défend la vision *cinématographique* dynamique d'un investissement parental *évolutif* situé, pour chacun, à un point précis entre le degré zéro narcissique et une véritable esquisse pré-objectale prénatale faisant fonction de nid à la relation d'objet ultérieure de l'enfant à naître. Cette variable

12 World Association for infant mental health.

13 <http://www.rap5.org/SeminairesEtEvenements>

entre extension du corps propre et inclusion en soi d'une altérité en devenir correspond au versant maternel de la ROV.

## Entre nidification parentale et nidation embryofœtale : une relation d'objet virtuelle ?

La ROV, c'est la constitution du lien réciproque biopsychique qui s'établit en prénatal entre les (re)devenant parents opérant une « *nidification* »<sup>14</sup> biopsychique et le fœtus qui s'inscrit dans un processus de « *nidation* »<sup>15</sup> biopsychique.

Jusqu'à présent, l'attention des cliniciens s'est surtout concentrée sur ce que l'on pourrait considérer comme le seul versant parental de la ROV. L'enfant du dedans y est situé à l'entrecroisement du bébé *virtuel* prénatal et du bébé *actualisé* en postnatal. C'est la confrontation dialectique permanente des deux qui constitue la réalité biopsychique de l'anticipation parentale périnatale qui ne correspond donc pas un état psychique statique chez les parents « enceints » mais bien à un *processus dynamique et adaptatif d'humanisation progressive du fœtus*. Le choix du terme *virtuel* est justifié par sa capacité à faire entendre ce dynamisme *évolutif* du processus, sa géométrie variable.

La ROV, c'est, du point de vue strict de la relation d'objet, une nouvelle modalité conceptuelle qui concerne les parents, l'embryon puis le fœtus.

Comme l'on parle en psychanalyse d'objet typique de la relation orale, anale, génitale, caractéristique *princeps*, la ROV est *utérine*. Comme le phallus, qui appartient à l'évolution libidinale des deux sexes, le contenant utérin de cette ROV concerne les femmes et les hommes. La ROV est inscrite fantasmatiquement dans le processus de parentalité chez la femme et chez l'homme.

Elle se conçoit comme *la matrice de toute la filière ultérieure qui va de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total*. Sa fonction première est de contenir cette genèse et d'en rendre possible le dynamisme évolutif à l'œuvre. On peut, avec profit, considérer que cette ROV correspond à la version prénatale de la « fonction

contenante » (Bion, 1962 ; Anzieu, 1993a) telle qu'elle a initialement été conçue par la filière psychanalytique anglaise qui se démarque d'une conflictualité freudienne seulement intrapsychique au profit d'une conflictualité simultanément intrapsychique et intersubjective.

En se référant au cadre d'une « intersubjectivité primaire » dont les racines plongent en prénatal (selon les propositions de C. Trevarthen, 1993a, 1993b, 2003), on peut décrire la ROV côté embryon/fœtus/bébé puis côté devenant parent à condition de ne pas oublier qu'il s'agit justement des deux versants d'un même processus (proto-intrasubjectif et proto-intersubjectif).

*Du côté de l'embryon/fœtus/bébé (nidation)*, on considère la genèse de « la fonction de contenant » de la ROV comme la préhistoire de l'incorporation de la fonction parentale aérienne. Par exemple, sur le plan nourricier que la clinique du reflux gastro-œsophagien (RGO) a conduit à explorer en détail (Missonnier, Boige, 1999) : avant que la bouche et le tube digestif ne soient des *contenants* fiables du mamelon externe et du lait, le fœtus dans son entier est recouvert, enveloppé, bref *contenu* par le placenta dans l'utérus. Sur cette base, la contenance utérine initiale est, dans le meilleur des cas, secondairement incorporée par le bébé qui tête et contient le lait.

Plus globalement, l'épigenèse prénatale (au point de rencontre des compétences évolutives embryofœtales et des influences environnementales proximales et distales) fonde la première étape prénatale du développement psychologique du fœtus résolument animé par son orientation (proto)intersubjective primaire vers « l'autre virtuel » (Bräten 1991, 1992, 1998). Le devenir de cette épigenèse anténatale constitue son altérité humaine en devenir que B. Bayle (2005) a fort justement intitulé son « identité conceptionnelle ».

*Du côté des parents (nidification)*, la contenance utérine de la ROV parentale en devenir est le nid prénatal de la filière objectale ultérieure de l'enfant. La commémoration générationnelle est vive quand les devenant parents sont enceints et bâtissent une ROV contenante à l'égard du fœtus/nouveau-né : *leur transparence psychique réactualise électivement leur ROV d'ex-contenu et ses éventuels avatars dysharmonieux*.

14 Du latin *nidificare* : construire son nid, nicher.

15 Fixation de l'œuf fécondé des mammifères dans la muqueuse utérine.

Mais, répétons-le, dans une conception résolument « interpersonnelle » de la relation d'objet, la ROV concerne donc *simultanément* les (re)devenant parents de la grossesse et l'enfant du dedans, devenant humain.

Pour le fœtus et les parents enceints, on peut donc dire que la ROV se réfère, avec une grande variabilité individuelle, à un processus qui va de l'investissement narcissique extrême (qui tend vers un degré zéro de l'objectal) à l'émergence progressive d'un investissement (pré)objectal.

Au fond, cette ROV est une interface entre le « devenir parent » et le « naître humain » qui précède – et rend possible – celle de la relation parents/bébé. Sa persistance et sa coexistence *tout au long de la vie* avec d'autres modalités objectales doivent être bien sûr envisagées.

À ce sujet et en accord avec la proposition de J. Bergeret et M. Houser (2004), il est probable que les « souvenirs/non-souvenirs » (les hypothétiques traces sensorielles protoreprésentatives engrammées de la ROV utérine) ne soient pas ultérieurement directement symbolisables mais, par contre, actives dans l'homéostasie psychosomatique du sujet et tous les nombreux conflits affectifs intrapsychiques et interpersonnels qui commémorent la dialectique primordiale contenu/contenant et son expression narcissique.

L'universalité du fantasme originaire de vie intra-utérine de Freud (1919) est un excellent argument en faveur de la permanence de cette ROV. On manque encore actuellement de données sur l'équation génétique pour y décrypter la transmission phylogénétique intuitivement défendue par Freud. Par contre, on peut raisonnablement déceler dans cette récurrence nostalgique (aussi insistante qu'objet systématique d'un refoulement massif), une constante culturelle de ce signifiant utérin et le dynamisme structurant de sa transmission générationnelle et non verbale. Les quatre strates des fantasmes originaires décrites par Bergeret et Houser éclairent ce débat.<sup>16</sup>

Finalement, bien avant la mère archaïque des premières relations (pré)objectales, la mère utérine s'impose fantasmatiquement, après coup, comme la matrice de l'existence même. Elle offre à l'embryon/fœtus la possibilité d'être un mammifère viable... pouvant prétendre naître humain au sein d'une ROV suffisamment bonne : *la nidation embryofœtale dans une nidification parentale constitue la partition interactive de la ROV.*

## Le paradigme du diagnostic anténatal

---

La définition légale du diagnostic anténatal (DA) est de « détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité » (loi du 29 juillet 1994). On parle de DA pour toute technique permettant cette détection.

## Le scientisme et l'extrémisme du diagnostic anténatal

Il est souhaitable d'inaugurer le débat sur les aspects psychologiques du DA en soulignant d'emblée deux obstacles majeurs :

- le fréquent *scientisme* d'une médecine « *high tech* » qui mettrait soi-disant l'usager à l'abri de la maladie, la mort et la castration ;
- l'*extrémisme* du DA. C'est en effet une pratique que l'on peut qualifier de « clinique de l'extrême ».

L'extrémisme du DA tient essentiellement en ceci : sous une apparence trompeuse, banale et anodine, il condamne ses usagers (parents et professionnels) à s'interroger sur les *limites de l'humain*. Plus précisément, il conduit à explorer ce qu'il y a de *virtuellement humain chez le fœtus* qui peut, certes, naître humain à l'issue de la grossesse, mais aussi, basculer à tout moment dans la mort (l'IVG puis l'IMG), l'informe ou la monstruosité.

*Cette incertitude s'impose comme une des données psychologiques et éthiques majeures du DA. Elle est synonyme de « précarité ontologique » (Saulus, 2007).*

Pour autant, cette incertitude est-elle uniquement due au DA, historiquement récent ? Certainement pas, c'est le (re)devenir parent pendant la grossesse

16 Niveau 1 : le plus proche du registre manifeste d'un ordre sexuel et œdipien à l'œuvre dans des reconstructions en après-coup. Niveau 2 : latent, d'ordre narcissique. Niveau 3 : plus archaïque, s'enracinant dans la vie intra-utérine. Niveau 4 : d'un registre phylogénétique. (Bergeret et Houser, 2004, p. 284 et suivantes).

en elle-même qui s'accompagne depuis que l'homme est homme de mille et une interrogations sources d'incertitudes.

« Ai-je envie, avons-nous envie de donner la vie ? Que signifie le passage de fille/fils à mère/père, de couple à famille, de trio à quartet... ? Comment accueillir les modifications corporelles et psychiques périnatales ? Est-ce que le fœtus/bébé se développe normalement ? Quel est son héritage génétique ? Est-il bien contenu dans le nid périnatal ? Que ferais-je, que ferions-nous s'il meurt ? Comment va se passer l'accouchement ? Et si on découvre à la naissance une maladie, un handicap ? Comment vont se dérouler le post-partum, le nourrissage, les soins, la vie et la sexualité du couple dans la nouvelle famille, le retour au travail, la mise à la crèche, chez la nourrice... ? Quel sera le tempérament et le style relationnel du bébé ? Comment l'éventuelle fratrie va-t-elle se recomposer ? Est-ce bien raisonnable de faire confiance à l'environnement médical, sa multiplicité d'interlocuteurs parfois mal coordonnés, son langage ésotérique, sa haute technicité et ses coutumes complexes ? ... ».

Bref, le DA ne crée pas l'incertitude de la grossesse mais elle l'amplifie, en avançant dans le temps le questionnement sur la normalité médicale de l'enfant. Ainsi, le DA donne en temps réel des informations médicales précieuses là où autrefois persistait un point aveugle mais il n'évacue pas l'incertitude pour autant et, parfois, l'exacerbe singulièrement.

En périnatalité, comme dans la vie en général, l'humain confronté à cette incertitude multiforme et omniprésente apporte comme on vient de le voir une réponse privilégiée : l'*anticipation* sous les formes comportementale, affective et fantasmatique.

De fait, répétons-le, sur le versant de l'adoption symbolique du fœtus, la variable psychologique de l'*anticipation* est cruciale car, quand elle est créatrice, c'est elle qui permet de donner une relative souplesse, d'une part, à la conflictualité inhérente aux désirs parentaux, aux désirs soignants et, d'autre part, à la confrontation aux aléas du principe de réalité biologique.

Or, en la matière, il faut bien reconnaître combien les procédures médicales du suivi de grossesse ont singulièrement complexifié l'intendance de cette anticipation.

D'un côté, le fœtus est devenu un « patient » du diagnostic anténatal, il est aussi membre de la famille dès son premier cliché échographique exposé dans l'album, il est encore éventuellement « sujet » d'une possible ritualisation du « deuil » en cas de « décès », ou enfin s'il est grand prématuré, « survivant » dans un utérus artificiel en néonatalogie dès 24 semaines... Finalement, ce fœtus est en risque permanent d'*imprudente accélération du processus d'humanisation par son entourage familial et professionnel*.

De l'autre, l'IMG, possible en France jusqu'à la fin de la grossesse, rappelle avec cynisme le statut du fœtus, au pire, de « débris humain », au mieux, d'« humain potentiel » mais, au fond, de non humain juridiquement de plein droit.

Cette extrême tension paradoxale actuelle entre humanisation et eugénisme amplifie et complexifie l'adoption symbolique du fœtus, chemin de crête périlleux et incertain, *entre le rien, la chose innommable (l'informe), le monstrueux et le virtuellement humain*. Au fond, cette incertitude décuplée inhérente au DA entre « fœtus projet » et « fœtus tumoral » (Boltanski, 2004) est en permanence potentiellement traumatogène. Et pour faire face à cette incertitude du DA, l'humain dispose notamment de l'anticipation, une variable individuelle, familiale, institutionnelle et sociétale essentielle à analyser dans ce débat pour comprendre les positions toujours uniques des parents et des soignants.

## **Le couple incertitude/anticipation : une variable essentielle dans le diagnostic anténatal**

Écartons d'emblée un malentendu. Une anticipation tempérée adaptative ne correspond pas à une (chimérique !) prévision exacte du futur mais bien à une inscription dans un *processus de symbolisation de la diversité et de la complexité des scénarios possibles*. Une des grandes vertus de l'approche systémique contemporaine est de mettre en exergue la critique d'une *récurtivité* des processus humains : un moyen pour atteindre une fin transforme cette fin et, ce faisant, suggère déjà, irréversiblement, quelque nouveau moyen. *Tout acte engageant engendrera toujours des effets non anticipés et, par conséquent, la santé de l'anticipation, c'est son ouverture à l'imprévisible*.

Mais l'anticipation – même normale – est source d'angoisse. Soulignons-le de nouveau : cette angoisse (signal) est la signature de l'anticipation adaptée. L'angoisse « automatique ou traumatique » (Freud, 1926) en est la version pathologique qui *a contrario* muselle l'adaptation.

Ainsi définie, l'anticipation se révèle être un fil conducteur très prometteur pour la compréhension des variations tempérées et pathologiques du développement de la parentalité et de l'enfant face au DA. Quand le projet parental est attaqué par l'effraction d'un handicap, d'un trouble psychique chez l'enfant, l'analyse approfondie de l'anticipation de chacun des acteurs en présence se révèle cliniquement pertinente. Dans le domaine de l'anticipation familiale blessée, la qualité de l'anticipation du soignant et de son institution s'affirme comme un marqueur fidèle de la contenance cicatrissante du cadre. Anticipation meurtrie et anticipation soignante sont deux versants indissociables de la rencontre thérapeutique.

Par conséquent, pour aborder la complexe interaction du soin en périnatalité, il est opportun de concevoir cet échange comme une *négociation entre les schèmes d'anticipation des parents et des soignants à l'égard du fœtus/bébé*. Dans ce creuset, évaluer cliniquement l'anticipation est éclairant.

Dans le meilleur des cas, en périnatalité, l'anticipation soignante sera « sur mesure », jamais systématisée et elle suppléera l'anticipation parentale sans empiètement ni emprise qui induisent la dépendance et favorisent l'émergence de ce que la prévention prétend combattre.

## Un exemple d'anticipation : les angoisses de malformation

« Peut-il être handicapé ? Est-il trisomique ? ... ». En regard de la clinique, cette question à l'égard du nouveau venu est familière à la femme enceinte en particulier confrontée au DA. Pour que soit authentiquement reconnue la fréquence de cette angoisse pendant la période de grossesse, il est sans doute bénéfique d'en analyser la trace psychique en terme freudien d'« inquiétante étrangeté » (Freud, 1919). Avant la naissance, la crainte maternelle d'une anomalie ne relève-t-elle pas en effet de cette catégorie d'affect qui ne recouvre « en réalité rien de nouveau, d'étranger, mais bien

plutôt quelque chose de familier, depuis toujours, à la vie psychique (...), quelque chose qui aurait dû rester caché et qui a reparu ». Il s'agit ici, pour Freud, « du retour à certaines phases dans l'histoire évolutive du sentiment du *Moi*, d'une régression à l'époque où le *Moi* n'était pas encore nettement délimité par rapport au monde extérieur et à autrui ». L'impression d'inquiétante étrangeté est « produite par la répétition de l'identique (et) dérive de la vie psychique infantile ».

Pour une future mère, l'émergence consciente et *a fortiori* la verbalisation de cette « anticipation imaginaire » d'une possible anomalie dépendront, d'un côté, de la nature et du contenu de sa transparence psychique et, de l'autre, de l'accueil que réserveront ses divers interlocuteurs à ces éléments porteurs d'inquiétante étrangeté.

La perméabilité psychique maternelle aux représentations inconscientes propres à la grossesse peut s'exprimer, entre autres, à travers ses angoisses d'enfants monstrueux. Elles sont classiquement interprétées comme la sanction coupable d'un vœu inconscient de transgression incestueuse. La pratique suggère aussi combien ces affects peuvent rentrer simultanément en résonance avec les avatars pré-œdipiens. C'est dans ce creuset fondateur que se sont éventuellement joués d'archaïques effondrements, synonymes de ruptures de la continuité d'existence du bébé.

Dans cette complexité structurale, s'inscrivent les angoisses de malformations. Elles seront quelquefois omniprésentes et dévastatrices ou à l'inverse, furtives et discrètes mais de toute façon majoritairement présentes, même si peu souvent partagées. Dans le cadre préventif des conflits de parentalité, mais aussi, d'une annonce périnatale possible d'un handicap réel, il me paraît judicieux de s'interroger sur la potentialité structurante ou destructrice des angoisses à ce sujet pendant la grossesse.

Or, rares dans la littérature sont les témoignages cliniques qui ont souligné la large présence de ces représentations du monstrueux chez la femme enceinte. Il existe un fort contraste entre les témoignages des cliniciens qui attestent de cette fréquence et la quasi-absence d'évocation dans la littérature.

Dans une étude sur les représentations maternelles pendant la grossesse, M. Ammaniti *et al.* (1999) évoquent les peurs maternelles de malformation

foetale comme caractéristiques essentielles d'un sous-groupe de la catégorie des représentations dites « étroites/désinvesties ». En opposition aux représentations maternelles « intégrées/équilibrées » qui donnent un tableau riche, souple et cohérent de l'expérience de grossesse, les mères avec les représentations « étroites/désinvesties » affrontent la grossesse comme une étape nécessaire de la vie. La crise de la grossesse est contrôlée, rationalisée, laisse peu de place à la rêverie de l'enfant à venir et à son investissement.

De son côté, M. Leifer (1977) considère qu'une accentuation des angoisses maternelles à son sujet et à l'égard du fœtus est caractéristique de la grossesse. M. Leifer défend l'idée que les angoisses à propos du fœtus peuvent être un reflet significatif positif du lien d'attachement maternel et leur absence un signe négatif.

Elles sont interprétées par O. Matarazzo (1986) comme, d'une part, la sanction coupable d'un vœu inconscient de transgression incestueuse, et d'autre part, comme projections sur le bébé à venir, perçu comme dangereux, d'une agressivité primitivement destinée à la grand-mère maternelle et ainsi déplacée.

*En l'absence d'anomalie foetale décelable et révélée, ces productions psychiques* sont-elles la marque d'une détresse face à un processus de maternité en lui-même aversif et catalyseur ou, au contraire, d'une anticipation créatrice qui protège de la surprise de l'effroi traumatique ?

Une hypothèse clinique est formulée : *comprises entre les polarités dialectiques de l'angoisse signal psychologique et l'angoisse automatique psychopathologique ces représentations sont des marqueurs privilégiés de la nature structurale et de la maturité objectale de l'anticipation maternelle au cœur du « devenir mère » anténatal.*

Angoisse signal, les craintes de malformation ne sont pas invasives. Elles renvoient à la soif potentiellement créative d'une transparence psychique rééditant des conflits de séparation tempérés et une contenance intergénérationnelle effective. Ici, caractéristique majeure, l'angoisse est un vecteur dynamique de symbolisation, favorable à l'élaboration du processus de parentalité. En ce sens, l'angoisse signal s'affirme comme le témoin d'une anticipation prénatale organisatrice d'identifications projectives empathiques. Elle est aussi,

simultanément, une prévision préventive de faits réels possibles : une anomalie foetale, une complication obstétricale, la naissance d'un enfant porteur d'un handicap..., des possibles qu'aucun professionnel raisonnable ne peut prétendre exclure à partir de ses explorations anténatales.

De son côté, une angoisse de malformation assimilée à une angoisse automatique correspondrait à la *réactualisation de points de fixation traumatiques muets mis en exergue par une reviviscence désorganisante nuisible à l'anticipation adaptative parentale*. La crainte rigide et durable d'une malformation exprimerait une faille existentielle commémorant une « agonie primitive » (Winnicott, 1974) avec une « violence fondamentale » (Bergeret, 1984) restée brute. En poussant cette logique inconsciente à l'extrême, la mère et l'enfant ne peuvent pas vivre tous deux car règne la loi de la survie du « lui ou moi » sans possible négociation. Dans ce cas, les craintes d'anomalie chez l'enfant refléteraient une effusion d'identifications projectives pathologiques prénatales traduisant un conflit de parentalité alarmant. Une dysharmonie comportementale, émotionnelle et fantasmatique foeto-maternelle en serait la fréquente signature. Elle gagnerait à être perçue et entourée par les soignants comme un possible clignotant de « maltraitance du fœtus » (Robineau et Missonnier, 2004; Tabet *et al.*, 2009).

Bien sûr, cette opposition entre angoisse automatique et angoisse signal doit être dégagée de toute tentation sémiologique aboutissant à un clivage dualiste artificiel et simpliste. Ce repérage correspond en clinique à deux polarités dont le rapport dialectique est constant. Cette complémentarité est capitale car justement, c'est souvent dans une réanimation de la relation d'étayage de l'angoisse signal sur l'angoisse automatique que repose la promesse d'un projet préventif.

Cette mise en perspective du fonctionnement psychique prénatal avec la question de l'annonce d'une anomalie foetale ou d'un handicap à la naissance offre une riche potentialité clinique que cette hypothèse tente d'exprimer : *l'intensité et la métabolisation du choc de la révélation aux parents d'une anomalie réelle, de la plus légère à la plus lourde, dépendront, en partie, de la nature et du devenir de leurs résurgences psychiques anténatales dont les craintes de malformation sont un des témoins privilégiés.*

Aussi, se demander si les parents disposent pendant la période de la grossesse d'un lieu propice à l'accueil et à l'élaboration préventive de cette angoisse, en particulier sous sa forme automatique, paraît primordial. La responsabilité de tous les soignants du prénatal – consultants, animateurs de groupes de préparation à la naissance et la parentalité... – est évidente en ce domaine mais on peut appeler de ses vœux une sensibilisation particulière des échographistes à cette double face de l'angoisse de malformation. L'expérience de groupe Balint d'échographistes s'impose comme une des voies les plus prometteuses en ce sens (cf. p. 289).

## Un fœtus au risque du diagnostic anténatal

Pour ramasser le propos, il semble pertinent d'évoquer le diagnostic anténatal aujourd'hui comme un rituel au milieu du gué, hésitant entre une fonction symbolique structurante et déstructurante, oscillant entre étayage culturel et obstacle iatrogène.

Le rituel créatif c'est celui que nous décrivent les anthropologues. Le rituel morbide, c'est celui de la sémiologie psychiatrique.

Le premier est animé par une fonction organisatrice de transitionnalité et de liaison, il offre un moyen d'élaboration des angoisses archaïques, des conflits ou des excitations traumatiques et aide à la construction du sujet en interaction avec l'environnement.

Mixte d'affect et d'intellect, un rituel symboliquement efficient a un pouvoir de liaison individuelle et sociale dont l'immense paradoxe est de reposer sur la traversée d'une désorganisation transitoire féconde entre le dedans et le dehors. Les rites de baptême, par exemple, prototypes des rites de passage, ont été décrits comme des bains d'indifférencié d'où l'on ressort mieux différencié. A. Van Gennep a nommé « marge » cette indifférenciation transitoire. Elle représente l'épicentre de la séquence rituelle : séparation/marge/intégration.

Dans sa version psychopathologique, le rituel individuel et social est un cadre symptomatique, révélateur d'une grave crise. Le contexte de la névrose obsessionnelle donne en effet à voir magistralement une version pathologique individuelle des rituels détournés de leur fonction organisatrice. Rempart contre l'angoisse invasive, ils envahissent la vie quotidienne

et peuvent paralyser la vie sociale. Ils prennent un sens de prévention systématique pathologique en rupture avec une acuité anticipatrice raisonnable à l'égard de l'environnement.

*Le DA valse/hésite aujourd'hui entre la définition du rituel anthropologique et celle du rituel psychiatrique.*

Pour que le diagnostic foetal devienne un rituel de passage et s'écarte de la ritualisation obsessionnelle de fermeture, trois conditions *au moins* s'imposent :

- le sens vécu et partagé du rituel doit être l'objet d'une symbolisation commune entre parents et professionnels, condition *sine qua non* d'une « efficacité symbolique » partagée. Aujourd'hui dans les maternités, la qualité éthique de la négociation d'un authentique *consentement éclairé* (Séguret, 2004) des procédures de DA et l'investissement des stratégies de préparations individuelles, conjugales et groupales à la naissance dédiées précisément à ce sujet, représentent deux marqueurs parmi les plus fidèles de la qualité en présence;
- les opérateurs professionnels du rituel méritent de bénéficier d'un espace de réflexion (cf. groupe Balint, p. 289) où les attentes et la dynamique défensive de chacun des acteurs en présence seront mises en récit et réfléchi;
- la violence de la traversée de la « marge » de la transparence psychique transitoire de la grossesse et son amplification avec le diagnostic foetal doivent être reconnues et contenues. De nouveau, les propositions individuelles, conjugales et groupales de préparation à la naissance et à la parentalité sont essentielles dans cette perspective.

En l'absence de ce contexte bénéfique, la rencontre diagnostique ne pourra prétendre répondre positivement à la définition structurante du rituel favorisant l'élaboration individuelle et sociale de la précarité ontologique de la marge conceptionnelle frayant entre la mort, l'informe et le monstrueux du handicap.

En l'état, ce statut de rituel séculier constructif du diagnostic anténatal est donc à envisager comme un *objectif collectif à atteindre*. Dans l'agora professionnelle et, plus largement communautaire, les questions cliniques, éthiques et politiques posées par le DA sont indissociables et au cœur de la psychologie foetale.

## Parentalité et naissance

---

La relation qui s'établit, sous le regard du père, entre la mère et le nouveau-né dès l'accouchement est fortement empreinte de cette grossesse biopsychique et de ses scénarios conscients et inconscients. La parturiente voit son bébé la regarder et l'intimer à être mère. Désormais, l'enfant virtuel de la grossesse se trouve actualisé dans un bébé humain à l'extérieur du corps maternel, clamant brutalement sa dépendance aux soins de l'environnement.

La naissance à terme dans de bonnes conditions d'un bébé « bien portant » est censée être une fête, mais c'est aussi un lieu de violence. La naissance représente pour la mère un deuil de la plénitude de la grossesse, de la relation fusionnelle avec l'enfant du dedans, de l'enfant imaginé et, pour la primipare, du statut de fille (de la mère devenue grand-mère) et d'épouse, seule élue du conjoint. En filigrane de l'accouchement de l'enfant roi, l'ombre de la tyrannie de sa soucieuse intendance accentue son « inquiétante étrangeté » (Freud, 1919).

### Le traumatisme de l'accouchement : Winnicott avait raison !

La clinique périnatale nous montre avec force combien la vivacité du questionnement sur l'aura « traumatique » de la naissance est d'abord illustrée par sa récurrence dans le discours des parents et des soignants à la maternité. Ce « traumatisme de la naissance » ne renvoie-t-il pas en effet à la mise en demeure d'un éventuel traumatisme parental induit par « l'après-coup » de l'attente et de la naissance de l'enfant ?

D'ailleurs, pour D.W. Winnicott (1966), dans des conditions favorables, « la naissance, je cite : renvoie davantage au changement qui se produit chez la mère ou les parents qu'à celui qui se produit chez le nourrisson ».

Cela étant dit, voyons maintenant le cas particulier de l'accouchement du point de vue des fœtus naissant humains. D.W. Winnicott (1988) défend une théorie très pertinente pour ceux d'entre nous qui travaillent en maternité mais aussi plus largement pour tous les psychanalystes d'enfants et d'adultes.

Sa proposition permet de dépasser la polémique entre O. Rank, militant d'une naissance systématiquement traumatique (*Traumatisme de la naissance*, 1924) et du S. Freud de *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926) qui défend la naissance comme prototype seulement physiologique de l'angoisse sans aucune traduction psychique ultérieure car le fœtus au moment de la naissance est purement narcissique et la mère n'est pas encore un objet. Au fond, Freud cherche surtout à dénoncer la volonté de Rank de mettre le traumatisme de la naissance à la place de l'Œdipe au fondement de son œuvre et la gravité de cette menace proférée par son plus fidèle compagnon, le conduit malencontreusement à dénier l'existence des fantasmes après coup concernant la naissance.

De son côté, Winnicott ramasse la mise : il distingue les naissances traumatiques et non traumatiques en soulignant le *continuum* entre les deux polarités. Pour lui, contrairement à Rank, la naissance n'est jamais *a priori* traumatique. Pour lui, contrairement à Freud, les « *birth memories* » ont une destinée psychique que le psychanalyste d'enfants et d'adultes se doit d'accueillir comme tout autre matériel (Winnicott, 1949a).

La variable distinctive entre accouchement traumatique ou non est la *continuité d'existence du Soi*.

Un accouchement non traumatique n'occasionne pas « une interruption massive de la continuité d'existence » chez le fœtus devenant nouveau-né. *Quand le Soi périnatal du nouveau-né exprimera la continuité biologique de sa « santé » face à la discontinuité écologique de l'accouchement, la naissance ne sera pas pour lui traumatique et sera dite « normale »* (1988).

Pour Winnicott, les péripéties physiologiques d'un accouchement « normal » sont « favorables à l'établissement du moi et à sa stabilité » (1949a).

À l'inverse, un accouchement *sera traumatique* (1949a et 1988) *si l'amplitude de « l'empiètement » produit à la naissance dépasse celle dont il a fait un apprentissage progressif prénatal* (1988) *à partir de la discontinuité interactive biologique mère-fœtus*. Winnicott écrit : « (...) avant la naissance, l'enfant humain s'accoutume aux interruptions de la continuité et commence à devenir capable de s'y faire, pourvu qu'elles ne soient ni trop graves ni trop prolongées. Du point de vue physique, cela signifie que non seulement le bébé fait

l'expérience de changements de pression, et de température, ou d'autres phénomènes simples de l'environnement, mais aussi qu'il les a évalués et a commencé à mettre en place une façon de faire avec» (1988).

Mais il y a plus, l'accent est mis par Winnicott sur le fait que « le vrai Soi provient de la vie des tissus corporels et du libre jeu des fonctions du corps » (1950–1955), du geste spontané du bébé (1960a) dont l'ancrage est prénatal alors que le « faux Soi » correspond à la « soumission du nourrisson » par la contrainte du geste spontané aboutissant à une dissociation entre l'activité intellectuelle et l'existence somatique (1949).

Une conception périnatale psychomotrice et psychosomatique de l'empiétement et du clivage entre le vrai et le faux Soi mérite d'être ici prise en compte à sa juste valeur.

Et c'est cet « empiétement » qui caractérise les préformes prénatales physiologiques de ce que seront en postnatal les « agonies primitives » dont Winnicott précise que le terme d'angoisse ne serait pas assez fort pour les décrire (1974).

D'ailleurs, dans la clinique de la cure avec des adultes, Winnicott préfère, après coup, parler de « sentiment de vide » et de « non-existence » (comme on l'a vu avec la joueuse de patience), pour qualifier la commémoration tardive de ces agonies primitives ravivées où « rien ne se passe alors que quelque chose aurait bien pu utilement se passer ». Dans l'article *La crainte de l'effondrement* (1974), Winnicott met en mots ces agonies : « 1. Le retour à un état non intégré (défense, la désintégration). 2. Ne pas cesser de tomber (défense : l'auto-maintenance). 3. La perte de la collusion psychosomatique, la faillite de la résidence dans le corps (défense : la dépersonnalisation). 4. La perte du sens du réel (défense : l'exploitation du narcissisme primaire, etc.). 5. La perte de la capacité d'établir une relation aux objets (défense : les états autistiques, l'établissement de relations uniquement avec des phénomènes issus de Soi). »

Cette sémiologie du vide et de la non-existence est essentielle pour le psychanalyste d'enfants et d'adultes prêt à accueillir dans les partitions transféro-contre-transférentielles, les commémorations tardives de ces drames primitifs en quête de reconnaissance dont Winnicott souligne avec force qu'elles ne surviennent authentiquement

que dans des contextes de cure où le patient est soit très régressé soit associant avec du matériel onirique (1949).

Mais les cliniciens du périnatal savent aussi combien ces agonies primitives s'actualisent électivement durant la période périnatale et ma proposition récente de relation d'objet utérine virtuelle tente d'en esquisser les enjeux intersubjectifs à la croisée du devenir parent et du naître humain.

## Le paradigme du post-partum blues (PPB)

Longtemps bien connu des seuls accoucheurs, sages-femmes et puéricultrices, d'une majorité de mères et... des bébés, le PPB mérite une place de choix dans notre plaidoyer en faveur d'un accompagnement préventif des souffrances périnatales banalisées au nom de leur « normalité ». De plus, avec le raccourcissement de la durée d'hospitalisation après l'accouchement (avec un retour à la maison qui correspond souvent au pic du PPB) et l'aménagement de soins ambulatoires à domicile, le débat est d'actualité.

Les symptômes principaux du *blues* maternel (Guedeney, Bungerer, Widlöcher, 1993) sont les pleurs, la labilité émotionnelle, l'élation, le sentiment de confusion et l'irritabilité. La fatigue, l'insomnie, l'anorexie, l'anxiété à l'égard du bébé (souvent un sentiment transitoire d'incompétence maternelle liée à l'apprentissage – ou au réapprentissage – du nourrissage, des soins du bébé et en particulier s'il est « difficile »), l'hostilité à l'égard de l'entourage, l'indifférence, un sentiment de dépersonnalisation sont aussi fréquemment constatés.

Le PPB peut durer de quelques heures à quelques jours et apparaît le plus souvent entre le troisième et le cinquième jour. Cette sémiologie peut facilement passer inaperçue et *a fortiori* quand elle survient dans un contexte périnatal en apparence favorable.

Les équipes sensibles aux avatars de cette vulnérabilité témoignent de sa réversibilité dans la mesure où un accompagnement contenant et chaleureux sera promptement apporté à la dyade par ses interlocuteurs familiers et par des soignants vigilants au contexte. Dans cette perspective, une attention privilégiée sera réservée par les professionnels à l'accordage entre la parturiente et son

nouveau-né, son conjoint, ainsi qu'à l'égard de tous ceux qui peuvent jouer un rôle de soutien face à la détresse maternelle.

Une ancienne étude française (Fossey, 1996) n'a pas permis de conclure à un PPB « précurseur » de la dépression postnatale, mais aboutit à l'idée que « l'apparition et l'intensité du blues sont des facteurs importants à prendre en compte, dès le séjour à la maternité pour le dépistage de la dépression ultérieure ».

Plus récemment, S. Bydlowski-Aidan a effectué une thèse importante sur le PPB (2011) dans une population française. Cette recherche se réfère simultanément aux référentiels psychanalytiques de l'observation clinique, à la psychologie expérimentale de la théorie de l'attachement et à un traitement statistique de données quantitatives.

Trois hypothèses générales structurent l'ensemble :

- H1 : le « blues mixte » ou « blues-signal » participe à l'élaboration de l'événement naissance ;
- H2 : un « silence émotionnel » et le « blues-triste » (deux formes cliniques distinctes d'expression d'une même détresse) témoignent d'un « blues-débordement ». L'absence de blues signe un fonctionnement défensif par mise à distance des affects. Le blues-triste s'inscrit dans le risque de maladie dépressive ;
- H3 : le « blues-mixte » témoignant de la contenance maternelle à l'égard de son propre chaos, serait garant d'une capacité de contenance de la mère à l'égard de son enfant qui se traduit dans ses compétences neuro-psychomotrices et son style interactif.

La recherche a porté sur 22 dyades mères primipares en post-partum/bébé dans la maternité J. Rostand à Bondy (niveau 1) qui relèvent d'une « normalité », obstétricale, sociale et psychologique. Deux périodes d'observation ont été effectuées : d'abord entre J1 et J5 à la maternité (recueil de données générales, entretien semi-directif, questionnaire du blues de Kennerley, EPDS, MADRS, échelle de développement moteur du bébé de Vaivre-Douret, BNBAS) puis, deux mois plus tard, au laboratoire de recherche (entretien semi-directif, EPDS, MADRS, *symptom check-list*, évaluation vidéo des interactions mère-bébé).

Les résultats confirment globalement les deux premières hypothèses de trois catégories de blues : « blues mixte » (n=9; 42,85 %), « blues triste » (n=4; 19,04 %) et « pas de blues » (n=8; 38,09 %). Le premier témoigne du travail psychique nécessaire ; le second et le troisième signent un débordement émotionnel. Le « blues triste » semble plus à risque de décompensation dépressive (donnée que seule une étude longitudinale plus étendue permettrait de valider).

La plupart des variables de l'entretien sont très discriminantes selon ces trois groupes et plus négatives pour « blues triste » et « pas de blues » : la réalité de l'enfant, les représentations du père du bébé, la sexualité et le couple, les imagos (à l'exception de la disponibilité de la grand-mère maternelle dans la réalité comparable dans les trois groupes), la capacité d'*insight*, les interactions avec l'observatrice, l'état psychopathologique maternel.

L'hypothèse générale 3 semble aussi validée par les données de l'organisation psychomotrice, tonico-posturale des nouveau-nés en post-partum (notamment les originales gestuelles mains-bouche corrélées aux « blues mixtes ») et des interactions mères-bébés à deux mois. Une « certaine continuité du post-partum immédiat aux deux mois de l'enfant » est observée dans la qualité des interactions pour les « blues mixtes » et dans la dysharmonie pour les « blues tristes ».

Au bout du compte, grâce à l'étude de S. Bydlowski-Aidan, le PPB se décline désormais en deux dimensions :

- un PPB mixte, signal adaptatif, signature d'une contenance de soi et de son entourage à la mesure de la régression nécessaire en présence et synonyme d'interactions et de régulation psychomotrice du bébé suffisamment bonnes (PPB de vie) ;
- un PPB triste et un PPB absent, tous deux expressions d'une psychopathologie maternelle, facteurs de risque de dysharmonies interactives et de la régulation psychomotrice du bébé (PPB de mort).

À l'abri de tout dualisme favorisant le clivage, et dans une défiance justifiée à l'égard de toute tentation scientiste de *prédiction* fondée sur une typologie figée du PPB, l'étude de S. Bydlowski-Aidan est une base stimulante de départ pour éclairer les

acteurs du terrain en post-partum à la maternité et pour inciter à des recherches cliniques ultérieures déployées dans un suivi longitudinal psychosomatique véritablement périnatal.

Dernière remarque mais de poids au sujet du PPB, n'oublions pas combien les situations de suites de couches pathologiques, de révélation de pathologie chez le bébé, de soins en néonatalogie (en particulier si elles entraînent une séparation précoce), de précarité psychosociale viendront surdéterminer considérablement son évolution.

## La « continuité d'être » du bébé

De son côté, le nouveau-né va bénéficier de l'hy-persensibilité parentale pour donner libre cours immédiat dans un style unique à ses compétences cognitives et sa soif relationnelle. Il n'est plus aujourd'hui perçu comme prisonnier d'un état autistique initial, mais bien doté, d'emblée, d'un soi émergent qui lui dicte d'être pleinement acteur. L'accordage parent/enfant, en se complexifiant jusqu'à des partitions orchestrales complexes, met bien en exergue l'efficacité du bébé à s'inscrire dans la réciprocité.

Face à l'enfant, les parents jouent un rôle éminent dans la maintenance de son homéostasie souvent débordée par des afflux internes et externes dépassant ses capacités. Dans la progressive empathie parentale, synonyme de décodage et de valorisation des signaux de l'enfant, s'enracine l'ajustement comportemental, affectif et fantasmatique, préforme de la réciprocité symbolique et du langage. C'est certainement ce que Winnicott (1969b) nomme chez le bébé sa « continuité d'être » qui s'impose comme la condition de son accordage avec son environnement. Un nid « suffisamment bon » permettra au nourrisson de conquérir cette permanence.

Dans la majorité des situations où l'accouchement se passe comme prévu et où le bébé est en bonne santé, des soins attentifs et chaleureux de suites de couches et de puériculture permettent de vérifier la plasticité adaptative de la famille. Adaptés à chaque situation, évolutifs, analysés et formalisés collégialement, ces soins constituent la meilleure trame préventive. L'enfant imaginé par les parents, sur la base de leurs propres conflits avec les grands-parents, est suffisamment souple pour négocier l'épreuve de la réalité.

Avec une fréquence qui légitime l'attention de l'équipe, un accompagnement psychologique se justifie quand la confrontation à l'enfant met en scène des conflits intergénérationnels non résolus. Dans ce cas, l'objectif préventif est double : d'un côté, lever cette concession identificatrice aliénante avant que le nouveau-né la fasse sienne à travers des routines relationnelles symptomatiques; de l'autre, libérer la mère, le père de leur répétition aliénante toxique pour eux-mêmes et le devenir familial (Missonnier, 2009a).

## À la maternité, une attention périnatale partagée

La condition première d'une telle prévention en post-partum, c'est d'être envisagée, par l'ensemble des professionnels, comme un projet indissociable d'une action plus large : l'accompagnement périnatal de la parentalité. Face à la mère, au père, au nouveau-né, le postnatal gagne à être cliniquement appréhendé à la lumière de la période prénatale et plus généralement de l'histoire individuelle, conjugale, familiale, intergénérationnelle. Cette anamnèse périnatale cerne la personne dans sa globalité au prix du dépassement de clivages dogmatiques chez les soignants : psyché/soma, « normal »/pathologique, gynécologue-obstétricien/pédiatres, soignants du prénatal/soignants du postnatal...

L'interdisciplinarité – parfois dans sa féconde conflictualité répétons-le – est certainement d'un dynamisme très sûr pour s'engager dans cette voie de la continuité périnatale. La collaboration « somaticiens »/psychologue dans les équipes (mais aussi en libéral) offre une promesse d'unité si elle matérialise une orientation préventive commune. Cette collaboration ne signifie nullement soustraction aux « psy » de la part des « somaticiens » de tout ce qui touche au relationnel, à l'affectif et au traumatique. *A contrario*, cet axe préventif révélera sa fertilité s'il est un dénominateur commun que chacun occupera avec un éclairage singulier, reflet de sa formation, de son histoire.

En ce sens, la mobilisation d'un service autour d'une recherche-action paraît très fructueuse et en particulier si elle vient mettre en évidence la potentialité préventive des troubles de la parentalité dans le cadre des soins coutumiers.

## **Vers un accompagnement préventif « tout-venant »**

---

Les signes de souffrance « ordinaires » à la maternité risquent d'être ignorés ou banalisés et d'évoluer souterrainement : la récurrence, encore sous-estimée, des dépressions postnatales, des dysharmonies relationnelles familiales, des troubles psychosomatiques du nourrisson démontre cet aveuglement culturel. Dénonçant le mirage d'une « normalité » médicale conformiste, la prévention primaire à la maternité se justifie par la très grande variabilité individuelle de la nature, du contenu et de la chronologie de la maturation anticipatrice parentale du bébé. En réponse aux singularités de cette prévention parentale spontanée, la prévention institutionnelle tente d'être « sur mesure ». Elle s'inscrit dans une filiation humaniste en proposant une trame rituelle favorisant la reconnaissance,

l'accueil partagé et la mise en sens des ondes de choc de ce passage périlleux.

Indissociable d'une sensibilisation et d'une implication des professionnels concernés (membres des équipes de maternité, de pédiatrie, de lieux d'accueil, médecins de ville... idéalement réunis dans un réseau périnatal dynamique) et de la société dans son ensemble, cette prévention « tout-venant » ne se réalise qu'en réseau. Fort de cette alliance thérapeutique, nous (professionnels du périnatal) ne pouvons pas attendre des autorités politiques qu'elles nous consultent ; c'est à nous de dénoncer les situations à risque et de défendre des actions innovantes. Sans jamais perdre de vue l'infime frontière entre attitude thérapeutique contenant et attitude suspicieuse qui favorise l'éclosion ou la rigidification de ce qu'elle prétend combattre, souhaitons que la prise de conscience des potentiels structurants et déstabilisants des parents et du bébé stimule notre créativité de soignant.

# L'accompagnement périnatal : point de vue de la sage-femme

O. Tagawa

*Manon, premier bébé, cinq mois de grossesse : « Quand tu es une femme qui attend son premier bébé et qui a rompu les ponts avec sa famille, tu es perdue... Ça commence avec les consultations : tu ne sais pas ce que tu en attends mais en sortant tu es un peu déçue, tu te retrouves à la fin avec encore plus de questions que tu n'as pas osé poser, puis c'est la valse des échographies, prises de sang, pape-rasses... T'es un peu amère : c'est ça être enceinte? ... Tu restes avec tes questions : comment ça sera la vie avec un bébé? Est-ce que je vais m'en sortir? Est-ce que le bébé ne souffre pas de mon stress? ... Toutes ces questions : ce n'est pas des choses dont tu peux parler aux copines. »*

Cette situation illustre les enjeux du suivi de la grossesse : ce suivi doit-il être purement médical avec pour seul objectif de dépister et/ou traiter des pathologies somatiques? Ne doit-il pas plutôt articuler une surveillance médicale et un soutien adapté aux besoins de la femme? La notion d'accompagnement développée depuis les années 1970 par certaines sages-femmes en Europe et dans le continent nord-américain émerge de cette double préoccupation : assurer une qualité de suivi médical dans la période périnatale tout en assumant ce rôle de soutien. Ce concept d'accompagnement n'a trouvé que récemment une légitimité dans les textes officiels (plan périnatalité 2005–2007) et dans le renouveau de la culture

professionnelle périnatale. Cette évolution a pour origine la collaboration qui, depuis ces trente dernières années, s'est tissée entre des somaticiens et des psychistes dans un souci d'amélioration de la prévention psychique précoce.

Ainsi, face à une approche centrée uniquement sur le risque obstétrical émerge une vision plus globale de la naissance. Globale dans la temporalité du suivi et globale dans l'abord du processus : en réponse à la discontinuité des soins obstétricaux, il s'agit d'offrir une continuité de présence, de la grossesse aux premiers mois de vie avec l'enfant. En étant attentif à ce qui peut favoriser le bien-être physique et psychique de la mère et du bébé, il s'agit de s'intéresser à la femme, à son histoire, à son couple, sa famille, son environnement. Globale enfin dans la démarche de soin : l'attitude préventive concerne la prévention des troubles somatiques mais en vient peu à peu à s'inscrire dans un souci de prévention psychique précoce.

Pour autant de l'idée au concept, il y a un monde et Y. Knibiehler rend bien compte, dans *Accoucher, femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu de xx<sup>e</sup> siècle* (2007), du flou théorique autour de la notion d'accompagnement, des doutes et interrogations qu'elle suscite chez les professionnels.

Le propos de ce chapitre est de situer l'accompagnement par la sage-femme dans le suivi périnatal d'une femme et de son enfant :

- quel rôle joue cet accompagnement dans la mission de prévention psychique précoce?

- quel rôle spécifique la sage-femme peut-elle assumer? Rappelons ici que l'interdisciplinarité ne fonctionne que si chacun peut définir sa place, son rôle et sa fonction ;
- peut-on décrire précisément les étapes, les enjeux qu'induit un véritable accompagnement et peut-on en expliciter ses bases théoriques? Plus spécifiquement : que peut signifier *préparer à la naissance*? Cette troisième question est traitée dans le chapitre 11.

Avant d'aborder la question de la prévention, il importe de resituer l'intervention des professionnels au sein de la société. Pourquoi se mêlent-ils aujourd'hui de ce qui pourrait être considéré comme appartenant à la sphère privée de la famille, n'est-on pas avec la meilleure volonté du monde en train d'introduire, sous prétexte de prévention, un contrôle social sur les parents, une ingérence dans ce qui relève purement de l'intime? Pour légitimes que soient ces questions, elles relèvent d'une vision individualiste des processus liés à la naissance négligeant leur forte inscription culturelle.

## Aspects culturels

Le plan périnatalité 2005–2007 en s'intitulant *Humanité, proximité, sécurité, qualité* donne une reconnaissance aux deux enjeux à l'œuvre dans le soin périnatal : assurer les bonnes conditions du développement somatique (*l'humanisation*) et assurer les conditions du développement de l'humain (*l'humanisation*).

L'humanisation du petit de l'homme peut être pensée dans la dimension psychique – la dynamique à l'œuvre dans le processus du lien et du développement – et dans la dimension culturelle – ce qui soutient ou entrave, dans une culture donnée, ces processus. Le désarroi parental, massif dans nos sociétés post-industrielles doit nous amener à interroger l'efficacité culturelle de notre modèle sociétal.

Toute société humaine pense à sa façon la naissance et imagine un ensemble symbolique (récits, rites, coutumes, initiations...) qui prépare et accompagne les femmes et les hommes au devenir parent. Ainsi, H. Stork (1993) conclut son étude sur les rituels de maternage : « On observe dans le monde une grande richesse de traditions de soins infantiles qui ont

finalement toutes fait leurs preuves. Parmi celles-ci, on remarque des différences, mais aussi de nombreuses similitudes qui témoignent de l'invariance des besoins de l'être humain tant au niveau psychique que somatique. »<sup>17</sup>

L'accouchement lui-même est un acte tout autant naturel que culturel, et pour le favoriser l'homme invente des soins qui parlent au corps comme à l'esprit. Dans son texte sur « l'efficacité symbolique », C. Lévi-Strauss (1961) s'intéresse à un chant chamanique des Indiens Cuna, visant à aider la femme en proie à un accouchement difficile. Le chaman est appelé au chevet de la femme par la sage-femme : « [Il] fournit à sa malade un langage, dans lequel peuvent s'exprimer immédiatement des états informulés et autrement informulables. »<sup>18</sup> Les épreuves traversées par la femme prennent sens au travers d'un récit mythique. Le chant du chaman permet à la femme de s'inscrire dans un ensemble symbolique cohérent au cours d'un itinéraire et d'un séjour mythiques qui « représentent littéralement le vagin et l'utérus de la femme enceinte, qu'explorent le chaman et les *Nuchu*, et au plus profond desquels ils livrent leur victorieux combat. »<sup>19</sup>

La société post-industrielle a interrompu la chaîne des transmissions issues des cultures populaires et familiales (Page, 2004). Elle les a remplacées par une vision productiviste (rapidité, performance, technicité), mécanique (un corps machine, fonctionnel), soumise aux savoirs d'expertise (le scientisme, la gestion, le contrôle). Préoccupée par la maîtrise du risque, elle enferme l'événement naissance dans sa seule dimension médicale. La dimension symbolique est alors saturée de signifiants désubjectivants (dépistage, prévention, prédiction, gestion, contrôle, protocole) et de prise en charge du corps par le soignant (soigner, réparer, compenser, corriger) qui évacuent la dimension psychique et humaine de la naissance. Enfin, la femme se trouve écartelée entre les modèles de performances maternelles, professionnelles, conjugales et relationnelles. L'adaptation à son nouveau rôle est d'autant plus difficile qu'elle se retrouve souvent isolée avec son nourrisson et dans des tâches non reconnues. Dans sa recherche sur la dépression postnatale, P. Romito (1990) conclut : « [Lors des

17 H. Stork, 1993, p. 291.

18 C. Lévi-Strauss, 1961, p. 207.

19 C. Lévi-Strauss, 1961, p. 207.

interviews,] les femmes ne trouvaient pas lourd de s'occuper de leur bébé. Ce qu'elles trouvaient lourd c'était de le faire tout le temps, dans de mauvaises conditions et sans que le travail qu'elles accomplissaient fût véritablement reconnu, ni par leur compagnon, ni par la société dans son ensemble.»<sup>20</sup>

Notre culture actuelle, autour de la naissance, est en mutation : structurée massivement par l'idéologie de notre monde post-industriel, elle est peu à peu transformée par des pratiques innovantes de parents et de professionnels qui cherchent des issues aux impasses de notre modernité. Les années 1960 à 1990 ont vu se développer des réactions militantes de la part de parents et de professionnels qui ont défendu une vision féministe, libertaire et/ou écologique de la naissance. Des maternités (Les Bluets, Pithiviers, Pertuis...) ont été le théâtre d'expériences novatrices qui ont convergé avec les aspirations de parents souhaitant préserver leur autonomie et responsabilité dans la naissance.

À partir des années 1980, un autre mouvement se met en place, dans des maternités, des unités de néonatalogie, des centres médico-psychologiques (CMP et CMPP), dans des unités de néonatalogie, de soins psychiatriques pour la mère, dans des centres de protection maternelle infantile (PMI)... Par des pratiques innovantes, interdisciplinaires, théorisées sous l'impulsion de psychanalystes investis dans le soutien périnatal, cette lame de fond témoigne des efforts mis en œuvre pour articuler le somatique et le psychique et développer une prévention psychique précoce. Pour bien des familles, l'intervention de professionnels du périnatal recrée un lien social, offre une transmission des savoirs et parfois aussi un étayage capables, à l'instar des formes de soutien communautaire des sociétés traditionnelles, de favoriser leur processus de parentalisation. Cela exige des professionnels *familiers du bébé* qui puissent aider les parents à mettre sens et cohérence dans les messages de l'enfant, qui puissent être témoins auprès d'eux de ses compétences, qui les confortent dans leurs réponses au bébé ou soutiennent les ajustements nécessaires.

La pratique du travail en réseau, reconnaissant les compétences et la complémentarité de chaque

acteur ainsi que l'appui sur le groupal comme facteur de changement (Anzieu, Martin, 1968), réinventent un tissu social autour des parents. La créativité des professionnels les conduit de plus en plus à inventer des espaces collectifs qui constituent une réponse au besoin de partage autour de la naissance et de la parentalisation : groupes de préparation à la naissance, groupes d'hommes futurs pères, groupes de présentation des bébés, groupes de parents d'enfants porteurs de handicap, lieux d'accueil parents-enfants...

Je proposerai dans le chapitre 11 de montrer, au travers des différents temps de l'accompagnement, comment la sage-femme s'appuie sur le cadre théorique et les dispositifs pratiques de cette nouvelle culture autour de la naissance. Mais il est d'abord nécessaire de préciser en quoi elle joue, au sein du partenariat périnatal, un rôle spécifique, de situer ses frontières d'intervention et ses outils propres. En préalable, nous pouvons exposer ce partenariat au cœur de la démarche préventive.

## Suivi périnatal et prévention psychique précoce

---

Pour les professions de proximité (médecins généralistes, gynécologues, équipes de PMI, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, TISF<sup>21</sup>...) la prévention psychique précoce (cf. p. 14) doit s'attacher à préserver le potentiel de développement somatique et psychique du bébé et ce dès le temps de la gestation (Soulé *et al.*, 1989). Elle se met en place sous deux modalités :

- s'attacher à avoir une attitude prévenante. Nous sommes ici dans la prévention primaire telle que la définit l'OMS : tous les actes destinés à réduire l'apparition de cas nouveaux, ici de troubles psychopathologiques de l'enfant ;
- dépister les facteurs de risque et en fonction de ceux-ci penser et organiser le suivi : c'est la prévention secondaire dans sa notion de dépistage mais aussi de traitements précoces.

---

20 P. Romito, 1990, p. 251.

---

21 Technicienne de l'intervention sociale et familiale. Voir aussi chapitre 11 et référence Tagawa, 2008.

## Dépister les facteurs de risque, penser et organiser le suivi

La possibilité d'une prévention psychique précoce réelle et bienveillante passe par la possibilité pour les professionnels du périnatal, non spécialistes du psychisme, d'acquiescer des repères utilisables pour constater l'existence de risques psychiques. Nous ne pouvons pas nous contenter de nous référer uniquement à une liste de facteurs de risque pré-établie.

Ce n'est qu'en couplant la notion de facteurs de vulnérabilité avec celle de signes observés que nous pouvons passer d'une prévention du soupçon (sur le risque présumé) ou d'une prévention à panier percé (les situations non repérées) à une prévention prévenante.

Je développerai dans le chapitre 11 une démarche qui vise à construire ces repères. Nous verrons que la démarche d'accompagnement passe d'abord par la connaissance du cheminement ordinaire de la grossesse. Nous devons nous inquiéter du fait de difficultés inaccoutumées dans ce cheminement : lorsque ces difficultés envahissent le quotidien de la personne ou n'évoluent pas malgré la sollicitude du donneur de soins. L'accompagnement passe par la reconnaissance des enjeux subjectifs pour chaque sujet et donc de la spécificité de chaque situation. Ce sont ces enjeux psychiques qui sont abordés tout au long de cet ouvrage par mes collègues pédopsychiatres, psychologues et psychosomaticiens. Pour les *non-psychistes*, une sémiologie est à construire : de la même manière que nous avons dans la sémiologie médicale la notion de signes d'appel susceptibles d'évoquer une pathologie sous-jacente, je propose d'introduire pour les professionnels de proximité la notion de *signes d'appel psychiques*.

*Signes d'appel psychiques* : manifestations repérables par les professionnels de proximité et susceptibles d'évoquer la nécessité d'une aide psychique adaptée.

Précisons que le signe ne fait pas la pathologie mais nous invite à faire appel à un professionnel du psychisme. Il signale une difficulté ou une souffrance, de la famille ou du professionnel. Dans chaque cas, il y a indication d'un besoin

d'aide, celle-ci peut être en direct, auprès de la famille, ou indirecte, auprès du professionnel par un travail de soutien personnel, un travail d'élaboration de la pratique, de supervision ou de reprise. Les sensations de bizarrerie, d'impuissance, d'angoisse liées à la situation, voire de haine ou de terreur, l'envie de fuir, de revenir « à l'air libre, à la vie », l'envie de secouer la personne, l'incapacité à penser la situation, l'ennui dans l'intervention, l'impression d'être inutile, le doute qui persiste au fil de nos visites sur l'intérêt de notre rôle, doivent être considérés comme des signes d'appel.

Ainsi que l'énonce A. Ciccone (2009–2010), « Le professionnel doit se constituer ses propres signes d'appel à partir de l'écoute de ses propres éprouvés et en étant attentif à ce qui se passe à l'intérieur de lui, ce que cette écoute dit de l'autre et ce qu'elle dit de nos propres représentations et difficultés. »

À chaque séance de préparation à la naissance, Léa demande à la sage-femme si son bébé n'est pas trop petit. Celle-ci commence à en être exaspérée car elle a le sentiment que cette mère ne fait pas confiance à son examen clinique et à son expérience. Elle a aussi l'impression désagréable que ses paroles rassurantes n'ont aucun impact... Elle ressent un sentiment d'agressivité croissant dont elle parle lors d'une réunion d'analyse de pratiques. Les échanges mettent en évidence qu'il y a chez cette mère une angoisse sous-jacente qui ne peut pas s'apaiser avec la seule rationalité des examens médicaux. Ils permettent à la sage-femme de tenir conseil avec la mère et d'introduire au bon moment l'idée d'un travail avec la psychologue de la maternité. Proposition dont se saisit la maman et qui est l'occasion d'un travail d'élaboration dont elle dira, après la naissance, qu'il était primordial pour accueillir sereinement son bébé...

Le suivi périnatal, ainsi que le rapport Puech, Bréart et Rozé (2003) l'a souligné, est un suivi qui doit être global, tenant compte de la dimension somatique mais aussi psychique.

On peut regretter que le texte définitif du plan périnatalité n'ait repris que très partiellement les recommandations du rapport qui apportait une

vision salutairement novatrice à la question de la politique périnatale : « Il faut souligner l'importance d'un suivi personnalisé, privilégiant la continuité, l'idéal étant un suivi allant de la déclaration de grossesse à l'issue de l'allaitement. » Plus exactement, nous pourrions donner comme repères, pour l'issue du suivi, les premiers sevrages quels qu'ils soient, l'arrêt de l'allaitement maternel mais aussi la reprise du travail, la régulation du rythme des soins (cf. chapitre 11).

Le document souligne aussi l'importance de la précocité de l'action de prévention : c'est en anténatal que le suivi doit être anticipé, organisé, coordonné. Le temps des suites de couches sera toujours trop court pour improviser une prise en charge adaptée. Ainsi, il est préconisé d'établir avec les parents un projet de suivi de grossesse et d'accouchement qui tienne compte du caractère à bas ou haut risque de la grossesse, mais aussi des facteurs d'insécurité susceptibles d'entraver le lien précoce parents-enfant.<sup>22</sup>

Le projet de suivi s'accordera à la singularité de la situation et aux possibilités locales. Il est donc essentiel de connaître le réseau local, les fonctions de chacun mais aussi ses qualifications.

Une femme peut n'avoir besoin que d'un suivi médical mensuel et de quelques entretiens avec une sage-femme, une autre doit pouvoir bénéficier de tout le potentiel partenarial du réseau local, enfin pour une dernière, le choix du suivi ne peut se préciser qu'au cours de l'accompagnement prénatal en fonction de l'évolution des problématiques.

Nous pouvons ainsi définir trois projets types de suivi.

*Le projet de type I* correspond, en l'absence de facteurs de risque médicaux ou psychosociaux et de signes d'appel psychiques, à un suivi qui favorise la proximité et la simplicité.

Le suivi médical est assuré par le professionnel, médecin ou sage-femme lors des consultations prénatales mensuelles en s'attachant à maintenir la physiologie des processus (cf. *infra*) et à ne pas

alourdir inutilement ce suivi. Le rapport Puech, Bréart, Rozé insiste en effet sur l'effet iatrogène d'examen médicaux excessifs.

L'accompagnement par une sage-femme prévoit des séances de préparation adaptées : il faut définir avec les parents l'intérêt d'un travail individuel ou groupal. *A minima*, il peut être envisagé trois rencontres : lors de l'entretien prénatal précoce, en début du neuvième mois et en postnatal, les moments clés étant vers le quinzième et/ou quarantième jour suivant la naissance (cf. chapitre 11). Néanmoins beaucoup de parents bénéficient du portage groupal que constituent les séances de préparation à la naissance ainsi que du soutien postnatal lors de consultations ou des séances de rééducation périnéale.

*Le projet de type II* concerne les situations présentant des facteurs de risque, mais sans signes d'appel psychiques.

*Lydia a eu un enfant décédé de mort subite du nourrisson il y a trois ans. Elle a été aidée pendant ces années par un travail psychothérapeutique et elle est très bien soutenue par son pédiatre. Son compagnon a pu aussi trouver de l'aide et un lieu d'élaboration autour de sa souffrance. L'entretien prénatal révèle un couple certes éprouvé par ce drame mais capable de s'interroger et d'anticiper sur l'accueil de cet enfant. Ils sont désireux de participer à des séances en groupe..., nous prévoyons un accompagnement habituel en nous réservant des rencontres individuelles pour apprécier les nécessités de transmission vers l'équipe de la maternité en particulier avec la psychologue...*

Nous sommes là dans un niveau intermédiaire qui peut évoluer vers le type I ou le type III. Le suivi médical s'adapte à la situation obstétricale, mais il est important de prévoir un accompagnement plus rapproché par une sage-femme ou un médecin qualifié pour assumer un abord global. Cela sous-entend pour le professionnel un lieu d'élaboration de sa pratique et une expérience de travail en réseau. Le praticien peut alors, au cours du suivi, évaluer l'évolution de la situation vers le « rassurant » ou le « préoccupant » et anticiper en fonction de cela les transmissions nécessaires et le suivi postnatal adapté.

22 Le plan périnatalité remplace la notion essentielle de « projet de suivi » (rapport Puech) par le terme « projet de naissance ». Il réduit par là la portée des propositions du rapport initial : il est bien question ici de penser un suivi adapté, suivi médical et suivi psychosocial et non pas d'introduire une idée de projet de naissance isolée de la question du suivi (Tagawa, 2008).

*Le projet de type III* est à envisager dans les situations présentant à la fois des facteurs de risque et des signes d'appel psychiques. Le suivi est ici partenarial et certainement pluriprofessionnel. Il importe alors de s'assurer de la présence d'un professionnel référent pour la famille capable d'anticiper, organiser et coordonner les interventions. C'est ici que se déploie l'arsenal de soutien que chaque réseau construit et imagine aujourd'hui. L'efficacité psychique est fonction de la cohérence de l'intervention et de la capacité de chacun, de la TISF au psychologue ou pédopsychiatre, à interagir et à savoir travailler en partenariat.

*Françoise* est enceinte de cinq mois. Lors de l'entretien prénatal elle confie à la sage-femme que trois mois avant cette grossesse, elle a été hospitalisée pour une dépression avec phobies d'impulsion... Elle ne peut envisager de vie commune avec le père de l'enfant car pour elle les différences culturelles sont trop importantes... Sa famille est géographiquement éloignée et leurs rapports « catastrophiques »... Elle a très peur de la suite, d'être hospitalisée après la naissance de l'enfant... La sage-femme va articuler, après accord de la maman, un lien avec le pédopsychiatre d'une unité de soins mère-bébé. Ceci permet, dès l'anténatal, un travail psychothérapeutique ainsi que l'anticipation du postnatal. Lors des séances de préparation à la naissance, le groupe a été un soutien important pour cette femme et la cohésion des différents professionnels a été très rassurante.

La notion de dépistage et de projet de suivi s'inscrit dans une attitude d'observation dès la période anténatale qui indique le type de suivi adapté. Le chapitre 11 se propose de donner des outils pour structurer cette observation.

## Être dans une attitude prévenante

Être prévenant envers autrui consiste à anticiper ses besoins et à lui permettre de se sentir à l'aise dans la situation partagée. Le terme antagoniste nous dit le dictionnaire est « être désagréable, hostile, indifférent » (*Le Robert*, 1986).

Au cours de la grossesse, il va donc être question de mieux comprendre les besoins de la femme enceinte.

Si les besoins de sécurité réclament une attention médicale à l'évolution de la grossesse, il ne peut pour autant être question de réduire ces besoins à la seule préoccupation médicale.

C'est ce qu'expriment les femmes (cf. encadré ci-dessous).

« On me disait que tout allait bien dans les examens, dans les échographies, pour autant moi je ne me sentais pas si bien que ça... mais c'est comme si l'on n'avait pas le droit de le dire... y compris dans l'entourage, on ne me demandait que le résultat du Tritest, de l'échographie et quand je disais que c'était bon... alors je n'avais plus rien à dire : tout était rose... pour tous, sauf pour moi. »

« C'était bizarre durant la grossesse : soit je rencontrais des personnes qui idéalisait tout, du moment que ma grossesse était désirée, alors rien ne pouvait poser de problème soit c'étaient des gens qui me racontaient leurs tableaux de chasse, toutes les horreurs qu'ils avaient traversées sans que je ne leur demande rien... j'ai rarement rencontré des personnes qui m'aient simplement demandé comment j'allais et qui m'aient écoutée sans m'abreuer de conseils. »

Nous voyons ici s'exprimer les besoins d'une femme enceinte :

- trouver un espace contenant où exprimer ses peurs, ses doutes, ses ambivalences ;
- trouver un espace sécurisant où partager ses difficultés : être entendue mais aussi entendre d'autres femmes. Rompre par là leur solitude et sortir du lieu idéal où elles seraient censées être confinées ;
- être confirmée dans la validité des solutions trouvées pour s'adapter à cette nouvelle vie ;
- pouvoir expérimenter en toute sécurité de nouvelles solutions ;
- rencontrer des propositions de modèles de comportement qui puissent correspondre à leur réalité du moment, propositions auxquelles elles peuvent se confronter, qu'elles peuvent expérimenter, éprouver et au besoin adopter ou rejeter (Bryar, 1995).

Ces espaces, ces repères, transmissions et expériences font partie de la culture dans laquelle évolue la femme, et chaque société est parvenue plus ou moins bien à offrir à la future mère cet accompagnement. Ainsi peut-on analyser chaque culture à l'aune de ce qui est bienveillant (prévenant) ou malveillant pour les processus de maternité. Il est ainsi possible d'aborder le rôle spécifique de la sage-femme au sein de la nouvelle culture périnatale comme un agent de médiatisation des savoirs autour de la maternité dès la période anténatale.

Ces savoirs, nous le verrons ensuite, concernent ce qui peut favoriser :

- la physiologie des phénomènes de la période périnatale ;
- le cheminement sécurisé d'une femme vers son devenir mère.

## Objectifs et outils de travail de la sage-femme

### Le corps ausculté et le corps animé

Le détour par la question de la culture à l'œuvre dans la maternité nous permet d'introduire à côté des dimensions habituellement perçues par les professionnels de la périnatalité, à savoir les dimensions somatiques et psychiques, une troisième dimension, la dimension culturelle entendue au sens large : rites, traditions mais aussi habitudes corporelles, posturales, modes alimentaires, vestimentaires, préconisations et interdits, ce que l'on peut voir, entendre, sentir, goûter, toucher...

Introduire cette dimension, c'est réintroduire au sein de la question du suivi et de l'accompagnement le registre du corps et de la sensorialité. Il est ici question non du corps objet d'étude de la médecine, corps étudié, ausculté, mesuré, testé, évalué, mais du corps phénoménologique, lieu d'expériences et d'éprouvés, lieu de langage aussi. C'est un corps vivant, découvrant, ressentant, expérimentant, c'est un corps désirant : un corps animé. Un corps par lequel le sujet dit ce qui l'anime.

En tant que profession médicale, la sage-femme a affaire à ce corps du médical, ce corps ausculté.

En tant qu'accompagnatrice elle a affaire au corps animé, elle a à l'observer et à le découvrir dans son langage propre.

*Léa consulte pour des douleurs au bas-ventre qui l'inquiètent. Elle en est au septième mois de grossesse. L'examen obstétrical est normal, le col est long, tonique et fermé, l'interrogatoire montre que les tensions ressenties ne sont pas concomitantes à des contractions utérines. Pas d'inquiétude de ce côté-là. Par contre, l'utérus manque de souplesse, de moelleux, le visage de Léa est fatigué. Notre discussion montre qu'elle a du mal à réduire son rythme de travail. Interrogeant ce qui fait obstacle à une meilleure adaptation aux besoins de la grossesse, elle dira sa peur de sacrifier sa vie professionnelle à la maternité et sa volonté de prouver à ses collègues et à son chef de service qu'elle peut tout « mener de front »... Nous essayons alors de voir ensemble ce que son corps lui exprime et lui demande...*

La sage-femme a ainsi un rôle de repérage mais aussi un rôle de guidance et de transmission quant aux savoirs propices au bien-être corporel de la mère et du bébé. Le concept de « trace de la vie fœtale » développé dans cet ouvrage par N. Boige (cf. chapitre 4) confirme, au niveau théorique, l'importance des actes de sollicitude envers la femme gestante. Il est nécessaire ici de préciser la notion de *physiologie* chère à notre profession mais aussi source de malentendus pour nos partenaires.

### « Favoriser la physiologie »

Nous nous définissons volontiers comme les « gardiennes de la physiologie » ou encore les « spécialistes de la physiologie » et cette acception du mot *physiologie* est le plus souvent incomprise par nos partenaires médecins et psychistes. Il est vrai que nous utilisons, dans ces expressions, un raccourci lexical puisque nous voulons exprimer par là que nous nous attachons à *favoriser le bon fonctionnement des phénomènes physiologiques liés à la maternité* : gestation, accouchement, soins à l'enfant, allaitement, récupération postnatale.

Nous nous intéressons au soin des « choses ordinaires ». Manger et digérer sont certes des fonctions naturelles, pour autant, ces fonctions peuvent devenir dysfonctionnelles à la suite de pratiques inadaptées (comme on peut le voir dans une culture de la « malbouffe ») ou de conflits psychiques (le cortège des maladies psychosomatiques ou des troubles fonctionnels digestifs du nourrisson tels que nous les décrit N. Boige, cf. chapitre 6). En amont des préventions secondaire puis tertiaire qui repèrent les pathologies à traiter, soignent, pallient les désordres avérés, l'une des clés de la prévention primaire réside en la valorisation et la transmission des savoirs aptes à maintenir la fonctionnalité des processus.

Nous nous interrogeons lors d'une séance de préparation consacrée à l'allaitement maternel sur la cause si fréquente des échecs d'allaitement. Je joue alors avec un poupon le rôle d'une primipare avec son nouveau-né, inquiète et submergée de conseils contradictoires, je manifeste dans mes attitudes corporelles les tensions qui l'envahissent et je propose aux femmes du groupe de m'observer et de commenter ce qui va empêcher une bonne succion : axe du corps du bébé différent de celui de la mère, épaule bloquée qui ne permet pas à la mère de contrôler le moment de la mise au sein, précipitation dans les gestes qui entraîne une mise en bouche insuffisante, etc. Ainsi, chacune peut mieux se représenter, ou tout simplement confirmer les savoirs nécessaires à la mise en route de l'allaitement.

Le rôle décisif de ces attitudes préventives sur la santé en général et sur le suivi obstétrical en particulier est facilement oublié, voire nié. L'attention que porte la sage-femme au ressenti de la mère peut être vue par l'idéologie médicale dominante comme une gentille et délicate sollicitude mais rarement comme un élément majeur de la qualité de ce suivi.

Lorsque J. Lavillonnière (Lavillonnière, Clementz, 2001) rappelle que son travail de sage-femme a pour « souci majeur le respect de l'autonomie et

du savoir inné des femmes », elle affirme par là une démarche de santé publique et une démarche obstétricale originales par rapport aux modèles technoscientifiques dominants.

Nous avons là un levier essentiel d'une politique de santé cohérente et prévenante. Analysant le fonctionnement du savoir médical, J. Clavreul (1978) remarque : « Ce que la médecine ne peut énoncer, c'est ce qui distingue radicalement son savoir propre de ce que l'on pourrait appeler le *savoir de l'instinct*, ou plutôt, pour éviter ce que le terme d'instinct peut avoir d'incertain, voire de mystique, le savoir dont l'organisme est porteur et qui lui permet d'assurer sa conservation et sa reproduction. Savoir très assuré et complexe, même s'il peut être pris en défaut ou se fourvoyer. »<sup>23</sup>

## Les savoirs propres des femmes

C'est d'abord à ce savoir dont l'organisme est porteur que nous faisons référence dans une approche alternative de l'obstétrique, c'est ce savoir que J. Lavillonnière (2001) qualifie d'*inné* et à l'écoute duquel elle initie dans ses formations : inviter d'abord la femme à exprimer ce qu'elle ressent, les modifications ressenties entre deux consultations, la perception et interprétation qu'elle fait des mouvements utérins (lui paraissent-ils normaux ou inquiétants ?, etc.), les causes qu'elle peut identifier de cette activité utérine excessive, la façon dont peu à peu elle s'adapte aux besoins de la grossesse, les signes qui lui font penser que le travail commence, les éléments d'observation des parents pour évaluer la bonne croissance du bébé. Toutes ces informations récoltées, croisées avec les observations cliniques de la sage-femme, ramènent un riche matériel séméiologique qui bien souvent évite de lourds (et socialement coûteux) examens paracliniques, et affinent salutairement le diagnostic. Ainsi, la démarche est complémentaire de celle caractéristique de la médecine moderne et décrite par J. Clavreul (1978), où le malade est invité à se déprendre de toute interprétation subjective de ce qui lui arrive. La femme est ici invitée, sollicitée, encouragée à exprimer et ce qu'elle ressent et ce qu'elle pense.

<sup>23</sup> J. Clavreul, 1978, p. 141.

C'est ensuite un savoir collectif qui structure ce savoir propre concernant les processus vitaux : concernant les processus de la digestion, ce peut être le génie propre à chaque région, chaque pays, qui offre dans son alimentation traditionnelle l'ensemble des besoins biologiques liés aux modes et aux conditions de vie du lieu ; ce sont les transmissions intergénérationnelles des femmes quant aux soins pour le nouveau-né dans les sociétés à base communautaire ; les pratiques corporelles comme les danses rituelles qui assurent une mobilité riche du bassin favorisant par-là la vie gynécologique et sexuelle de la femme. Une société d'expertise comme la nôtre peut rapidement couper le fil de ces connaissances.

Une gynécologue chilienne raconte comment, à Santiago du Chili, où 60 % des naissances se font par césarienne, les étudiants obstétriciens peuvent finir leur apprentissage sans avoir pu observer les difficultés ordinaires et physiologiques d'un accouchement par voie basse de primipare (entretien personnel, 2001). Assurer la transmission de ce savoir doit être un souci de la profession.

Le collectif *Sages-femmes de Provence* a organisé une journée de formation dans un hammam de Marseille. Nous avons demandé à une masseuse marocaine, petite-fille d'accoucheuse traditionnelle, de nous enseigner la pratique des soins corporels à l'accouchée : massages, remise en place du bassin... Ces soins se pratiquent au quarantième jour qui suit la naissance, après la période de prise en charge de la mère par la communauté des femmes (repas, travaux ménagers, aide aux soins du bébé). Chaque geste a une signification psychique précise. Il y a par exemple un temps de massage où la femme est à plat ventre et la main de la masseuse s'enfonce délicatement et rythmiquement sous le ventre de la mère « pour lui dire que maintenant le ventre est vide, que le bébé est dehors... ». Plus tard, elle bercera la femme dans ses bras pour lui signifier « maintenant c'est à toi de bercer ton bébé, tu es dorénavant solide pour cela... ». Auparavant, avec une aide elle aura « refermé le bassin » pour donner à l'accouchée cette sensation de solidité, de fermeté nécessaire à son sentiment de compétence maternelle.

La sage-femme est souvent vue comme une professionnelle de la frontière, entre le somatique et le psychique, ayant un rôle à assumer de pivot entre somaticiens et psychistes. Pour autant sa place ne se situe pas qu'à la frontière, ni sa fonction à celle de pivot. C'est en faisant appel à une troisième dimension, le culturel, reliée indissociablement aux deux autres, que sa place peut être définie : à l'un des sommets d'un triangle dont les autres sommets sont les somaticiens et les psychistes. Triangle essentiel dans le suivi et l'accompagnement périnatal, où chacun a à penser son intervention en relation avec celle des autres. Ce triangle peut ainsi être défini avec comme sommets : le somatique, le psychique, le culturel. Ce culturel rassemble, dans une structure sociale donnée, tout ce qui est nécessaire, pour soutenir les besoins ordinaires de la femme enceinte, de la parturiente, du nouveau-né, ceux de la nouvelle accouchée, ceux d'un couple accueillant un enfant. Nous parlons là des besoins coutumiers de toute femme, toute famille.

## Le coutumier

*Coutumier* : ce qui est habituel, ordinaire par opposition à l'inaccoutumé, l'inattendu (Le Robert, 1986).

Cette notion d'accompagnement coutumier signifie que toute femme enceinte, que ce soit dans une grossesse tout à fait ordinaire ou dans une situation à vulnérabilités multiples, a besoin d'une certaine qualité de soins, de sollicitude, de soutien, de repères et de guidance. Le chapitre 11 s'attache à préciser comment cet accompagnement peut être envisagé dans notre modernité.

Ce soutien passe par le corporel (massage, ajustements posturaux, amélioration de la qualité des mouvements et du repos) tout autant que par le verbe (écoute, échange, confirmation, guidance). Cette aide s'inscrit au moment des soins de la période périnatale, consultations et entretiens, visites à domicile, séances de préparation, suivi postnatal, dans un espace de rencontre entre le professionnel et les parents. L'appui groupal en est un élément essentiel.

## Force du groupal

Dans ses recherches sur la relation femme/sage-femme, N. Leap (2000) a développé les notions à l'œuvre dans son intervention au sein d'une population majoritairement défavorisée. Elle a pu le résumer dans la théorie des quatre C : *choix, contrôle, continuité, communauté*. Choix pour la femme et la famille des modalités de suivi et de naissance, contrôle des processus favorisé par une meilleure connaissance de ce qui soutient la physiologie, continuité des soins favorisée par le recours à une sage-femme référente et/ou une équipe reliée par la même philosophie du soin. La notion de communauté a été introduite pour affirmer l'importance de l'environnement naturel des femmes, le soutien qu'elles peuvent trouver dans leur famille, leurs proches, leur quartier, leurs associations..., mais aussi celui qu'elles peuvent trouver dans un groupe de préparation à la naissance ou un groupe postnatal.

La vision de N. Leap rejoint les conclusions du psychosociologue G. Mendel (1993) et en particulier son concept d'*homogénéité* au sein du groupe. Il s'agit d'une attention à penser, dans la constitution d'un groupe, une homogénéité de problématique : objectifs communs, difficultés communes... Ainsi, dans cet ouvrage, N. Presme présente un groupe de femmes reliées entre elles par la commune expérience d'un deuil périnatal (cf. p. 132). Ainsi N. Leap (2000) nous montre l'intérêt de groupes réunissant dans une zone défavorisée des femmes partageant la « même galère » en termes sociaux et conjugaux. Pour cette même raison d'homogénéité, au cours de ma pratique de préparation à la naissance, j'en suis venue à renoncer à ces groupes hétérogènes où l'on retrouve, perdus parmi six femmes enceintes, deux ou trois malheureux pères. Une recherche auprès d'hommes qui ont expérimenté diverses préparations à la naissance, menée il y a douze ans avec une collègue psychologue, a mis en évidence un fait qui me semble essentiel si l'on veut mieux comprendre la place à ménager pour les compagnons. Beaucoup ont remarqué qu'il leur était impossible, devant leur compagne, de parler de leurs propres inquiétudes et interrogations, quant à leur présence au moment de l'accouchement : ils étaient limités dans la liberté de leur propos par leur attention à ne pas « rajouter d'angoisse à celles des mères » et à « assumer leur rôle de protecteur ». Par ailleurs il ressor-

tait que beaucoup se pliaient à l'injonction sociale « le père doit assister à la naissance » dans un sentiment d'obligation subie et non choisie.

Depuis quelques années, nous sommes un certain nombre de sages-femmes à avoir instauré une séance de préparation consacrée uniquement aux hommes et axée sur la question de l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement. Cette pratique confirme la nécessité de leur ménager un espace propre. C'est, en effet, dans un tel cadre, où ils se sentent libres d'exprimer leur incompréhension devant les sautes d'humeur de leur compagne, leur découragement fréquent devant leurs exigences sans fin, leurs hésitations quant au rôle et à la place qu'ils peuvent tenir en salle d'accouchement, qu'ils peuvent s'approprier la question du soutien de la naissance. Certains soulignent à cette occasion les impasses d'une société qui restreint l'expérience de la naissance et de la parentalité au cercle fermé de la famille nucléaire.

Chaque praticien construit, à sa façon et avec les limites imposées par son cadre de travail, les modalités de constitution d'un groupe mais cette construction doit prendre en compte comme paramètre essentiel cette idée d'homogénéité.

Il est aussi nécessaire, pour qui prévoit d'animer un groupe, de se former sur les conditions de fonctionnement d'un groupe : cadre, objectifs, rôle de l'animateur, outils pour favoriser une participation active de chacun.

La fertilité des recherches sur la dynamique de groupe des années 1970–1980 doit aujourd'hui alimenter les formations en périnatalité : la force du groupal, sur le soutien individuel et ses capacités à favoriser les transformations de représentations et de modèles comportementaux de chacun (Anzieu, Martin, 1968), assure à cette forme d'intervention à un avenir prometteur. Au travers de ces expériences novatrices, un lien social autour de la naissance se réinvente.

Pour ce qui est de la sage-femme, nous retenons donc comme rôle spécifique : un accompagnement dans les besoins coutumiers de la période périnatale, favorisant la physiologie des phénomènes et veillant à l'inscription communautaire adaptée des femmes et des familles pour les soutenir dans l'aventure de la naissance.

Le premier temps de l'accompagnement, l'*entretien prénatal précoce* (EPP), vise à identifier le dispositif

nécessaire à mettre en œuvre dans une situation donnée; dispositif qui peut aller d'un suivi médical assuré par un seul et même professionnel à la mise en œuvre d'une collaboration pluridisciplinaire mobilisant amplement les ressources locales.

Le deuxième temps de l'intervention de la sage-femme est l'*accompagnement périnatal* propre-

ment dit : suivi et préparation à la naissance, accompagnement de l'accouchement, suivi et accompagnement postnatal.

Nous verrons, dans le chapitre 11, au travers de ces trois temps, la cohérence de la démarche lorsqu'elle s'inscrit dès le prénatal comme *accompagnement du couple vers sa parentalisation*.

# Développement psychosomatique du fœtus/bébé

N. Boige

Pour aborder la clinique pédiatrique du premier âge, j'ai eu besoin de réfléchir aux fondamentaux du bébé et de l'humain. En effet, les questions multiples que je me posais n'étaient pas solubles par une seule réponse médicale. Par exemple, pourquoi y a-t-il des vagues et des modes dans les troubles fonctionnels digestifs du bébé? Pourquoi le reflux gastro-œsophagien (RGO) a monté en fréquence, en gravité et a été l'objet de tant d'examen complémentaires environ de 1970 à 2000? Pourquoi voit-on actuellement en consultation un nombre impressionnant de bébés très jeunes constipés ou supposés tels? Pourquoi dans un service de réanimation pédiatrique, l'on « sent » que tel bébé a une pulsion ou plutôt un instinct de vie impressionnants, avec souvent une solide pulsion de vie parentale, et pourquoi un autre, à pathologie somatique « analogue », va accumuler les complications jusqu'à la catastrophe? Et d'ailleurs, comment se développe le prématuré dans sa couveuse? Quelles vont être ses difficultés ultérieures éventuelles, sur le plan psychique et psychosomatique et sur quelles bases tenter une prévention? Pourquoi tant de troubles de l'oralité chez les bébés durant le premier trimestre, que les parents et soignants attribuent trop souvent au RGO?

Ma démarche a été pédiatrique, et psychanalytique, à la recherche de la compréhension d'un développement psychosomatique périnatal de l'humain, sans oublier les apports de la neurophysiologie. Je revendique ma filiation à l'égard de grands auteurs psychanalystes dont je cite souvent les textes *in extenso* en raison de leur beauté, et du plaisir que j'ai eu à y découvrir les origines de la

compréhension actuelle du fœtus/bébé, la base des recherches actuelles sur le développement fœtal. J'ai souhaité en citant ces auteurs donner l'envie au lecteur d'ouvrir le livre d'origine.

## Données fondamentales

Le développement, la santé et la maladie du bébé ne sont pas séparables en somatique ou psychique. Le fœtus/bébé est un être psychosomatique en essence et pour L. Kreisler (1976), fondateur en France de la psychosomatique de l'enfant, il n'existe pas chez le jeune enfant de maladie qui soit purement somatique ou psychique.

La vie psychique du bébé naît à partir du soma, et conserve un ancrage somatique. D. Anzieu, dans *Les contenants de pensée* dit (1993b) : « Ce n'est pas parce que je pense que je suis. C'est mon corps, ce sont les corps qui existent en premier et je leur dois les trois sentiments de ma propre existence en tant que corps, de l'existence des corps en général et de mon existence en tant qu'esprit capable de penser les corps. »

« *But it does not exist such thing as a baby!* » clame D.W. Winnicott (1952) traduit par : « Mais un bébé seul ça n'existe pas. » Le bébé est un être de relation totalement dépendant de l'environnement et se développe physiquement et psychiquement en interaction avec l'adulte; certains sont partisans d'une intersubjectivité primaire (Trevarthen, Aitken, 2003), alors que d'autres penchent pour un accès progressif à la subjectivité et à l'intersubjectivité.

Le développement psychosomatique du bébé ne débute pas à la naissance mais durant le « premier chapitre » de la vie que constitue la grossesse, expression que nous devons à S. Missonnier (2007b). La conception et le désir d'enfant sont déjà infiltrés de fantasmes maternels et parentaux (Bayle 2005; Stoléru 1995; Stoléru *et al.*, 1985). Le nouveau-né humain naît immature mais déjà riche d'un programme génétique sur lequel a agi « l'environnement » de la grossesse, gestation physique de la mère et psychique des parents, et qui constitue déjà une matrice psychosomatique. Sur un socle génétique et biologique, le développement psychosomatique du bébé est une réponse de son corps-psyché à la rencontre avec les parents par les interactions biologiques et fantasmatiques.

Évoquer le développement psychosomatique de l'embryon/fœtus/bébé comme un *continuum* paraît naturel, même si la fameuse césure de la naissance représente un épisode décisif qui peut entraîner un virage ou un changement d'axe. Pour le terme de césure, voir W.R. Bion (1977) : ce qui sépare et ce qui relie.

Nous n'allons pas nous lancer dans le projet ambitieux de chercher à comprendre comment ni quand la pensée vient au bébé, mais plutôt, en partant des observations pédiatriques, la façon dont les développements somatique et psychique de l'embryon au nouveau-né sont intriqués et interdépendants durant le premier chapitre de la vie.

Le nouveau-né n'est pas une cire vierge, et le langage commun attribue souvent à la période fœtale certains avatars psychosomatiques du bébé, impression qu'un traumatisme psychique ou une frustration maternels peuvent mettre en péril le bien-être psychosomatique du bébé. Quelle est la part de la fonction maternelle et parentale, biologique et fantasmatique, de la base biologique « innée » et des réponses aux interactions, « l'acquis », l'épigénétique ?

Quelles sont les voies de passage du transgénérationnel ?

## La vie fœtale

---

*Comment aborder la période fœtale ?*

Les adultes font plus souvent référence à la période fœtale pour les autres et les bébés qui les entourent

que pour eux-mêmes – nostalgie, contre-investissement, pudeur – mais ils sont touchés d'entendre parler et ont souvent leur propre théorie. Ceci équivaut à ce qui peut être reconstruit lors d'un travail analytique adulte, et on pourrait dans ces cas, en deçà et à côté du roman familial évoquer un « roman fœtal ».

Émettre des hypothèses sur la vie fœtale d'un bébé n'est pas sans risque d'adultomorphisme, risque de projeter du postnatal sur le prénatal, de psychologiser et d'interpréter abusivement ou au contraire de biologiser. C'est aussi à haut risque de culpabilisation maternelle.

On peut aborder le développement fœtal par les avatars de la maturation psychosomatique fœtale : certains troubles psychosomatiques ultraprécoces du bébé tels que reflux gastro-œsophagien (RGO), pleurs inexplicables, malaises semblent parfois « induits » ou programmés dans une répétition transgénérationnelle, mais sont aussi pré-inscrits dans le corps du bébé. Certains symptômes pédiatriques tels que le RGO et le mérycisme peuvent être des signes d'une fixation à des phénomènes physiologiques durant la vie prénatale (sachant que le fœtus déglutit, et régurgite du liquide amniotique en abondance, de façon physiologique).

## Les interactions précoces et ultraprécoces

Les interactions précoces mère (parents)/bébé ont d'abord été étudiées chez le nourrisson.

Le terme d'interaction vient de la physique, on parle de deux corps en interaction, ce qui sous-entend que l'action est réciproque (le premier emploi date de 1876 d'après *Le Petit Robert*). Le bébé a autant d'action sur ses parents que l'inverse, et sa naissance est un bouleversement qui ne cesse de se confirmer pour le meilleur et pour le pire : si ce bébé peut être la source des satisfactions les plus intenses, il a aussi le pouvoir d'être à l'origine des angoisses les plus térébrantes... Il s'installe entre le bébé et ses parents une spirale interactionnelle, chacun modifie l'autre sans retour à l'origine. Du côté du bébé, on parle d'épigénèse interactionnelle qui débute déjà durant la vie fœtale, et pour les parents du développement de la parentalité. « La famille est pour l'enfant non

seulement son univers, mais ce sur quoi il exerce son pouvoir. L'enfant a autant de poids sur sa mère et son père que ses parents sur lui-même. Plutôt que l'alternative d'une série d'impacts mieux vaut retenir l'image de la spirale de transaction.» (Lebovici, Stoléru 1983.) Le terme de spirale transactionnelle a été introduit par S. Escalona en 1968 : «L'enchaînement complexe des processus bidirectionnels ne se développe pas en cercle fermé mais plutôt en spirale, c'est-à-dire en un processus continu de développement et de changement.»

Les interactions précoces mère/bébé dans leur versant observable constituent les interactions comportementales ou réelles, qui sont le témoin externe et corporel des interactions entre la vie psychique des deux partenaires. Ceci a conduit L. Kreisler et B. Cramer (1881) à définir l'interaction fantasmatique : «L'interaction réelle n'est qu'un indice; pour arriver à définir ce qui est le plus important, à savoir la qualité de la relation d'objet et des investissements qui la sous-tendent, il faut pouvoir appréhender "l'interaction fantasmatique". Par ce terme apparemment hybride, nous entendons les caractéristiques des investissements réciproques (que représente l'enfant pour la mère? et vice versa; que représente l'oralité? etc.), ainsi que celles des projections et identifications réciproques. Une identification projective de la mère sur l'enfant agit sur ce dernier, entraînant une réaction, soit de refus, soit au contraire d'«introjection consentante. Il y a là un jeu de forces réciproques qui mérite qu'on y attache le terme d'interaction fantasmatique». S. Lebovici et S. Stoléru (1983) ont avancé dans le même mouvement, en décrivant les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques.

À partir d'un capital génétique donné, le fœtus se développe biologiquement et psychiquement dans son environnement qui est le milieu intra-utérin, ce qui nous conduit au concept d'épigénèse environnementale. Le fœtus est en interaction permanente avec le corps et la psyché maternels, et paternels de façon externe (toucher, audition) et intermittente. Compte tenu des connaissances sur la maturation et les dates de fonctionnalité des capacités sensorielles de l'embryon/fœtus/bébé (dans l'ordre toucher, odorat, goût, audition, vision), de la continuité avec la période postnatale, des observations chez le bébé prématuré, et des

études sur l'animal, il est évident que le nouveau-né n'est pas une cire vierge et que les interactions fœto-maternelles sont riches et dépassent le registre biologique : sur une base biologique humorale, sensorielle et mécanique proprioceptive, rythmique, les interactions fœto-maternelles peuvent véhiculer un contenu affectif et fantasmatique. M.J. Soubieux et M. Soulé (2005) évoquent des «facteurs psychiques sensoriels et biologiques». Ce versant fantasmatique des interactions parents/fœtus est remarquablement exploré et illustré par S. Missonnier (2003a) dans sa conception d'une relation d'objet virtuelle (ROV) qui constitue dans l'espace utéro-placentaire la relation réciproque parents (virtuels), fœtus (bébé virtuel), qui permet durant la grossesse «une double métamorphose progressive et interactive», avec le passage du fœtus d'extension narcissique maternelle à objet partiel (ou plus précisément objet virtuel, préobjet) puis objet total pour les parents, et du côté du fœtus la métamorphose de l'humanisation et de l'intersubjectualisation, l'accès à une fonction contenante (cf. p. 21).

Les sens à l'éveil sont le toucher, l'odorat, le goût, l'audition, ainsi que la sensibilité proprioceptive. Celle-ci, par définition, dépend de propriorécepteurs sensibles aux mouvements et pressions (rythmes maternels, tonicité et contractions de la paroi utérine, mouvements propres du fœtus), par opposition à la sensibilité interoceptive qui concerne les viscères. Le fœtus engrame des perceptions sensorielles et des affects non encore mémorisables. Il existe un véritable dialogue tonique avec la paroi utérine, et ce dialogue tonique et tactile est largement utilisé dans les techniques de toucher relationnel dont l'haptonomie.

Si la vie fœtale a été considérée comme le support du narcissisme primaire, et comme une période où le besoin est immédiatement satisfait, on sait maintenant qu'il s'agit d'une période qui n'est pas que de plénitude et d'élévation, mais durant laquelle le fœtus est exposé à des frustrations et des traumatismes biologiques et psychiques : il existe une synchronie entre un état de satisfaction et de détresse (*désaide*, *hilflosigkeit*) dont il ne garde pas de souvenirs, faute de représentation, mais des traces sensorielles et affectives qui peuvent être retrouvées par des opérations de liaison ultérieures.

## **Le travail biologique : le placenta fonction d'échanges, filtre, tiers, médiateur, pare-excitant ?**

La constitution du placenta et sa fabrication lors de la nidation de l'œuf, à partir des cellules du syncytiotrophoblaste embryonnaire, sont décrites par M. Blazy dans le chapitre 5, p. 86.

M. Soulé (1999), à la suite de B. This (1982), a porté un grand intérêt à la vie du fœtus et au placenta, avec un œil de pédopsychiatre, parfois observateur, parfois métaphorique, parfois interprétatif. Force est de constater que dans les réflexions sur les interactions foeto-maternelles, le placenta est le plus souvent absent, ignoré, alors qu'il joue un rôle « d'intermédiaire », probablement dans tous les sens du terme, y compris mécanique, sensoriel et proprioceptif, entre la mère et l'embryon/foetus.

Il existe pour M. Soulé une lutte biologique entre mère et foetus qui se situe à un équilibre entre violence fondamentale et tolérance paradoxale biologique de cette hétérogrefe qu'est le fœtus pour sa mère, contrôlée par la fonction régulatrice et médiatrice du placenta. Les conflits entre le fœtus et sa mère vont resurgir dans certaines maladies immunologiques et dans la personnalité allergique (réaction immunologique et humorale). Certaines maladies auto-immunes survenant à l'âge adulte trouvent leur origine dans la période foetale.

Les hypothèses concernant la maturation et certaines pathologies psychosomatiques du fœtus/bébé virtuel sont compatibles avec des médiations humorales, et avec ce que l'on connaît des échanges à travers la « barrière » ou filtre placentaire qui laisse passer des molécules jusqu'à une taille élevée (ex. : immunoglobulines, selon le terme de la grossesse), donc *a fortiori* les catécholamines et certains neurotransmetteurs (de petit poids moléculaire), dont le rôle dans la maturation et la synchronisation du tractus digestif ou respiratoire est largement démontré et étudié.

Précisons qu'il n'y a aucun obstacle théorique, compte tenu de ce que l'on sait de l'innervation et des neuropeptides digestifs, pour que stress, fantasmes, projections, angoisses, pulsions destructrices de la mère ou, au contraire, interactions positives ne puissent avoir une action *in utero* sur la façon dont le fœtus va synchroniser et harmo-

niser ses fonctions digestives, par l'intermédiaire de neurohormones. Cependant, dans les travaux de recherche à l'échelon moléculaire, la tentation scientifique est grande, et l'interprétation des données nécessite de la prudence pour ne pas adhérer à une physiopathologie simple « unimoléculaire » : il n'y a pas de relation causale simple entre un fantasme et l'issue de la grossesse, pas plus qu'avec un neurotransmetteur donné, mais des phénomènes multiples intriqués, où la pluralité des facteurs intervenant et probablement le rôle de « filtre » et de recombinaison, de réaménagement du placenta (comme on parle de « l'épaisseur du préconscient ») prennent toute leur importance.

Comme dans toute réflexion psychosomatique, les fantasmes, anticipations et projections de la mère et du père s'intriquent et s'expriment par des mouvements biologiques au niveau moléculaire dont la résultante continuera à s'exprimer durant la vie postnatale, comme une prolongation de la complexité du développement intra-utérin.

## **Les traces de la vie foetale**

### **La recherche des traces foetales et leur passage à travers la césure de la naissance**

S'il est connu de longue date que la grossesse, sur un plan strictement biologique, peut laisser des traces somatiques, il est de plus en plus évident qu'elle laisse également des traces psychiques et psychosomatiques.

Mentionnons ici J. McDougall (2002) qui retrouve dans la reconstruction lors de cures d'adultes des traces traumatiques remontant à la vie foetale (l'auteur précise qu'il s'agit d'hypothèses de travail). Ceci lui permet d'émettre l'idée d'une protosymbolisation ultraprécoce du symptôme : « Je placerais le traumatisme encore plus avant, dans la vie foetale. Il m'arrive de plus en plus de demander à mes analysants ce qu'ils peuvent imaginer de ce que leur mère a pensé, subi, vécu, quand elle les attendait et les réponses sont étonnantes... (...) C'est juste une trame dans la compréhension de ce qui peut être emmagasiné dans le corps, psyché-corps, le psycho-corps foetal. (...) C'est un peu de la science-fiction d'imaginer la vie psychosomatique du fœtus, et pourtant ce n'est pas sans intérêt. »

J. Bergeret (Bergeret, Houser, 2006) insiste sur l'importance du vécu fœtal dans la psychogenèse du sujet. «Les conditions affectives et relationnelles environnementales ayant entouré la conception ainsi que la vie intra-utérine d'un sujet nous apparaissent donc devoir être prises en compte avec la plus grande attention.» Il insiste sur la nécessité de s'intéresser aux sources véritables des déficits ou des traumatismes de la période fœtale. Pour J. Bergeret (2006), il se développe durant la vie fœtale des perceptions sensorielles et des affects, «souvenirs non-souvenirs»<sup>24</sup> en quête de représentation pour devenir des fantasmes conscients et pouvoir fonctionner au registre pulsionnel, et certains désordres sévères du sujet remontent à la vie intra-utérine, sous la forme de carence affective, traumatismes ou déjà conflits relationnels. Les traces de traumatismes originaires peuvent prendre pour expression un registre caractériel, des maladies psychosomatiques, ou des dépressions sévères.

W.R. Bion (1989), dans une publication sur les cas limites, se penche sur le devenir des traces de la vie prénatale et évoque la résurgence dans le langage ou dans des comportements archaïques de «turbulences émotionnelles». Ces turbulences émotionnelles seraient le contenu latent de la psyché. «Ces vestiges mentaux ou éléments archaïques opèrent d'une manière alarmante et perturbante en brisant la surface calme et magnifique de ce que nous imaginons habituellement comme correspondant au comportement rationnel et sain.» Pour W.R. Bion, le fœtus a déjà une personnalité, un caractère, et à propos d'un bébé «hurleur infatigable» dès la naissance (sans apparement de traumatisme important périnatal), il suggère qu'il «s'agissait d'un événement très tardif dans cette histoire, caché seulement à cause de "l'impressionnante césure de la naissance"». Il propose de considérer ces vestiges comme des traces mnésiques ou plutôt «comme une ombre que le futur projette en avant (*casts before*)» (1979); cela correspond à des éléments bêta selon W.R. Bion, des signifiants formels selon D. Anzieu, des protoreprésentations, très ancrés dans le corps. W.R. Bion insiste sur «la contribution vitale apportée par ces archaïsmes». Il incite à établir ou repérer des communications entre les éléments prénatals et les pensées postna-

tales à travers la césure de la naissance. «En d'autres termes, il existe bien une continuité entre le fœtus arrivé à terme et le nourrisson, encore que celle-ci soit à la fois maintenue et brisée par ce qui fonctionne comme une synapse, un diaphragme ou un écran, permettant à la pensée primordiale du fœtus et d'être projetée dans cette césure et de faire le trajet inverse du nourrisson jusqu'à ses niveaux primordiaux de pensée et de sensation. Le contact, à travers cette membrane perméable se fait donc dans les deux directions à la fois. La césure est un miroir transparent.» (Pistiner de Cortinas, 2002.)

«Pour attester de cette vie psychique prénatale, on me demande des preuves cliniques», dit Bion (1987). Or : «Il ne peut pas y avoir de preuve clinique parce que personne n'a analysé un fœtus. Seulement, il est ridicule de supposer qu'un nouveau-né n'a pas de psyché, ou qu'un enfant de cinq ans a une psyché, mais ne l'avait pas avant sa naissance ou lorsqu'il était un nourrisson.»

S. Korff-Sausse observe dans des créations artistiques la représentation de signifiants originaires s'enracinant dans la vie intra-utérine et le passage de la naissance. «Je pars de l'hypothèse que les traces des éprouvés prénatals apparaissent de multiples manières dans la vie psychique adulte : les symptômes, les rêves, les somatisations, les passages à l'acte, les œuvres d'art.» (2009a.) «Chaque instant qui passe nous éloigne davantage de l'instant de notre naissance, et plus encore de notre ancienne vie fœtale. Lorsque nous nous penchons sur ce berceau, miroir de nos illusoirs commencements, comment en repérer les traces? Et d'abord peut-on parler de traces mnésiques? Quel statut épistémologique donner à ce qui n'a pas encore de statut psychique? On ne s'en souvient pas. On en rêve peut-être? Ou les poètes les mettent en mots. Ou les peintres en donnent une vision. Les traces du prénatal sont projetées sur la surface du tableau, ou évoquées dans le langage poétique, ou encore l'espace de la séance, ou l'écran du rêve.» (2009b.) Cette auteure met en rapport avec une grande poésie la reproduction de formes, de sensations vibratoires, auditives et proprioceptives dans les sculptures, l'architecture, la peinture, et dans des vignettes cliniques psychanalytiques d'enfants et d'adultes, sans qu'il y ait eu intervention de la vision et de la pensée consciente, sinon pour une transformation.

24 J. Bergeret, 2006, p. 172.

## Hypothèses biologiques sur la trace

F. Ansermet (2009) et P. Magistretti (2010) ont abordé la trace fœtale et son destin sous l'angle d'une réflexion conjointe neurophysiologique et psychanalytique.

Schématiquement, il existe au départ une perception sensorielle venue de l'extérieur qui crée une trace synaptique par facilitation d'un réseau de neurones, la facilitation mettant en jeu la plasticité neuronale (ex. : augmentation des dendrites). Les traces synaptiques sont indissociables d'un état somatique : les stimulations du monde extérieur non contrôlables par la volonté sont traduites par le biais des circuits nerveux amygdaliens en réponses somatiques par l'intermédiaire du système nerveux végétatif. La réponse somatique peut ainsi concerner toutes les fonctions physiologiques contrôlées par le système neurovégétatif (système sympathique et parasympathique) dont dépendent les viscères et le système endocrinien : rythme cardiaque, tension artérielle, libération d'hormones (ex. : insuline), sécrétion gastrique, motilité intestinale, ventilation. Le système neurovégétatif contrôle tous les mécanismes permettant à l'organisme de maintenir un état d'homéostasie. L'occurrence simultanée d'un stimulus externe et d'un état somatique associé serait à la base de la perception d'une émotion.

Ainsi la trace synaptique des neurosciences, est-elle l'équivalent de la trace psychique chez S. Freud, des signifiants primordiaux chez J. Lacan. Il n'y a pas encore de représentation associée, mais des proto-représentations, équivalents des pictogrammes (P. Aulagnier, 1975), des éléments bêta de W. Bion, des « souvenirs non-souvenirs » de J. Bergeret.

### **Le cas normal : nécessité de la trace, *mapping* somatique, fonction homéostatique, représentation et fantasme, une théorie de l'épigenèse ?**

La trace que nous venons d'évoquer a une vertu constructive pour la psyché et le psyché-soma, c'est un *building block*.

L'élément initial (la perception, le signifié) peut être extéroceptif mais aussi intéroceptif. Pour A.D. Craig (2002), sur des bases anatomiques et

fonctionnelles, l'intéroception doit être redéfinie comme le sens de l'état physiologique du corps dans sa totalité (*the sense of the physiological condition of the entire body*), et regroupe proprioception (os, muscles, sensation de la position du corps) et entéroception (sensations issues des viscères). Ainsi, dès la période fœtale, la constitution de traces synaptiques permet, par le traitement permanent de l'information, un « mappage » ou *mapping* des états somatiques, et une sensation du corps et de son fonctionnement. En cas de rupture de l'état basal, la trace a une fonction homéostatique d'équilibration face à un état somatique en excès.

Tout ce travail est inconscient et non mémorisable. Les processus originaires s'inscrivent durant la vie fœtale mais ont besoin de la rencontre avec le langage, le travail psychique parental et donc de la naissance pour être primarisés et secondarisés. Ainsi selon W. Bion (1962), les éléments bêta deviennent des éléments alpha grâce à la capacité de rêverie et la contenance maternelles. Le langage lie une trace à un état somatique, et l'élaboration, dans ce contexte, est le rapport de la trace à l'état somatique. Les sensations sont conservées parallèlement à leur représentation, et peuvent être rappelées à la conscience dans l'ordre sensation/émotion/représentation. Elles constituent la mémoire du corps (précurseur de la madeleine de Proust, sensations prénatales de S. Korff-Sausse). Les traces peuvent aussi être mobilisées, assemblées différemment, et constituer des représentations nouvelles (réattributions, réaménagements des frayages) rappelables à la conscience, ou inconscientes sous forme de fantasmes associés à des états somatiques impliqués dans l'émotion liée à ces représentations. L'expérience est un ensemble de traces qui s'associent et se combinent, constituant une réalité psychique qui l'emporte sur la réalité externe qui devient méconnaissable. Les réseaux de traces constituent l'inconscient.

Ainsi, on pourrait dire que les processus originaires passent en pont au-dessus de la naissance, et que ce sont les parents qui font le lien avec le bébé d'avant la naissance. C'est la réponse de l'autre qui assure l'intrication pulsionnelle, la narration de la mère, et sa capacité de rêverie... ou du parent voire du soignant lorsque celle-ci est défaillante (cela a à voir avec. *La violence de l'Interprétation*, de P. Aulagnier, 1975). Dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique*, S. Freud (1895a) décrit comment

l'attention et l'intervention de l'adulte, en apportant de la nourriture, donnent sens aux cris de décharge du bébé, les cris acquérant ainsi une fonction secondaire de compréhension mutuelle.<sup>25</sup>

Dans la suite du développement, les traces peuvent être réutilisées ou reconstruites dans l'après-coup. Le rapport entre trace et état somatique permet l'anticipation du plaisir, car selon le principe de plaisir freudien (Freud, 1900, 1920), ce sont les représentations associées à des états somatiques qui permettent cette anticipation. En cas de stress périnatal, le fœtus/bébé est dans un état de détresse et d'excitation pulsionnelle désintriquée, et l'on comprend que dans ce système, le traumatisme se situe dans la non-réponse de l'autre. Le stress périnatal dépressif ou traumatique serait un trauma par « non-événement » (cf. le *traumatisme à trois temps* tel que le définit B. Golse, p. 52).

*On voit bien là une théorie de l'épigénèse.*

Selon les belles formulations de F. Ansermet, « génotype, vie psychique et environnement se meuvent dans la plasticité », et pour cet auteur, la plasticité englobe génome et environnement au même niveau logique.

*Résumons-nous* : la plasticité neuronale permet qu'une causalité psychique puisse modifier l'organique. Le génotype peut être modifié par l'environnement. Le développement n'est pas purement endogène mais passe par la rencontre avec l'autre. Pour B. Golse, les traces prénatales sont la place de l'autre et l'inscription de l'autre dans le corps du bébé, et elles font la différence entre le développement qui est déterminé par la génétique, les instincts, un programme, et le devenir qui dépend des choix du sujet, des réponses de l'autre, de l'émergence et de l'intrication des pulsions (Golse, 2010). La clinique épigénétique du fœtus n'est pas une clinique de la cause mais de la réponse et de la rencontre.

### **Traumatisme durant la grossesse : voies de passage *in utero* ? Le traumatisme chez le fœtus/bébé, traumatisme en trois temps**

Nous utilisons dans ce manuel la définition du traumatisme telle qu'elle est donnée par T. Bokanowski (2002a) (cf. p. 104 et 180).

<sup>25</sup> S. Freud, 1895a, p. 336.

Je conseille également au lecteur une monographie reprise des textes fondateurs de S. Ferenczi écrits entre 1930 et 1934 (2006b).

Des traumatismes psychiques maternels survenus pendant la grossesse peuvent se traduire en pré- et postnatal, du côté parental, par une dépression maternelle, des angoisses de mort, une exacerbation des angoisses de séparation, une impossibilité d'accès à une ambivalence tempérée, ou une souffrance « blanche » non mentalisée, et avoir des implications psychosomatiques pour le déroulement de la grossesse (cf. chapitre 5.2) et pour le bébé (hypotrophie). Quelles sont les voies de passage possibles ? *In utero*, par les interactions fœto-maternelles et la biologie, et après la naissance, par voie interactive ?

Du côté de l'enfant, en dehors des contextes pathologiques biologiques sévères, des ruptures ou des discontinuités dues à la défaillance du pare-excitant maternel peuvent se repérer dans l'histoire prénatale de bébés présentant des symptômes psychosomatiques précoces ou ultraprécoces (cf. chapitre 6). Se pose alors la question de la transmission, du passage du traumatisme de la mère ou des parents à l'enfant.

R. Diatkine (1979b, cité par B. Golse, 2006b), introduit l'après-coup au sein des interactions précoces. Pour cet auteur, l'enfant subirait un traumatisme en deux temps dont le premier est en creux, une rencontre pathologique entre l'enfant et une mère qui n'a pas de capacité de rêverie, qui est défaillante dans sa fonction alpha. Le bébé ne saura pas traiter le deuxième temps. La capacité de rêverie maternelle insuffisante véhicule quelque chose de l'abandon.

J. Bergeret (2006) propose l'idée que les représentations se constituent en deux temps : « un premier temps fœtal très ancien où se développent des perceptions sensorielles et des affects "souvenirs-non souvenirs", et un second temps où ces perceptions et affects liés à des "souvenirs" initialement non mémorisables, chercheraient "après coup", chez l'enfant ou même chez l'adulte, à se fixer à des représentations possibles pour pouvoir fonctionner ainsi au registre pulsionnel, et devenir des fantasmes conscients, exprimant ce qui n'était pas représentable originellement. (...) En invoquant l'hypothèse d'une certaine "mémoire fœtale", nous pourrions dire que des traumatismes précoces, survenus au cours de la vie intra-utérine, et

à ce moment-là non représentables bien que laissant en quelque sorte des "traces mnésiques", sont susceptibles de se voir réveillés ou réactivés dans un climat d'angoisse et de déplaisir, à l'occasion de traumatismes plus tardifs devenus représentables quant à eux. L'identification projective tirerait son origine, selon nous, de ces traumatismes subis par le fœtus... ».<sup>26</sup>

Les différentes modalités de transmission de l'environnement au fœtus sont la voix, les hormones, les corticostéroïdes, etc. et leurs variations.

Complétant et dépassant ces hypothèses B. Golse (2006b, 2006c), propose la définition du traumatisme en trois temps : « C'est donc bien une théorie du traumatisme en trois temps qui se profile ici. *Premier temps* : inscription de traces mnésiques sensitivo-sensorielles pendant la vie foetale (traces porteuses de l'histoire de la grossesse et peut-être de l'histoire de sa filiation dans son ensemble, via les interactions fœto-maternelles qui sous-tendent l'organisation des précurseurs de l'attachement et de l'accordage affectif) *Deuxième temps* : rencontre avec le travail psychique de l'objet maternel qui va primariser ces signifiants archaïques. *Troisième temps*, enfin, et qui est évidemment contingent : rencontre ultérieure avec des événements relationnels qui pourront être, ou non, métabolisés en fonction de la qualité du travail psychique intériorisé. Il est intéressant de noter que ce schéma pourrait valoir autant pour le normal que pour le pathologique. »

Pour F. Ansermet, le premier temps du trauma est prénatal, physique et psychique, neuropsychique et synaptique, et implique une vulnérabilité à un « stressor » ultérieur (WAIMH, conférence juin 2009). Qu'est-ce que cette vulnérabilité sinon la mémoire, la trace ?

Pour B. Cyrulnik le changement qui s'opère dans la résilience est le récit et le réaménagement des traces. Le récit permet des passages métaphoriques d'extéroceptif à intéroceptif, et le langage affecte le corps qui produit de l'affect.

## Le modèle du stress prénatal

De nombreux travaux de recherche animale, et d'études rétrospectives chez l'humain ont cherché à mettre en évidence ou repérer les éventuelles

conséquences d'un stress maternel (materno-fœtal) durant la grossesse sur le développement psychosomatique du fœtus.

Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage collectif dirigé par L. Roegiers et F. Molénat sur *Stress et grossesse* (2011). L. Roegiers utilise la définition *princeps* et classique du stress donnée par H. Selye en 1956 (Selye, 1976) qui est la *réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite*. Il s'agit d'une définition biologique et physiologique, ce qui n'empêche que les conséquences repérées chez l'enfant appartiennent à la fois au registre somatique et psychosomatique. Selon H. Selye, lorsque l'équilibre homéostatique (ici maternel) est perturbé par une demande environnementale, l'organisme réagit toujours par une double réponse. La première est spécifique et correspond à une réponse propre aux demandes environnementales, tandis que la deuxième est non spécifique, identique pour toutes les situations. Cette dernière est une réponse innée et stéréotypée qui se déclenche d'elle-même dès que l'homéostasie est perturbée. Ainsi peu importe que l'agent stressant soit d'origine physique ou psychique, interne ou externe, objectif ou subjectif, plaisant ou déplaisant, la réponse non spécifique, physiologique, sera toujours la même.

On sait biologiquement que le stress maternel agit sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et la médullosurrénale maternels, accroît le CRF maternel (*corticotropin releasing factor*) donc l'ACTH (*adrenocorticotrophic hormone*, ou hormone corticotrope) et le cortisol qui passent dans le placenta. Il y a accroissement du CRF placentaire, augmentation du cortisol (par transfert) chez le fœtus et diminution de l'ACTH. La sécrétion accrue de catécholamines (norépinéphrine) par la médullosurrénale maternelle diminue le flux sanguin utérin et la croissance foetale qui est aussi altérée par l'accroissement du cortisol. Il se produit chez l'enfant une double réponse, en dehors du risque de prématurité : hormonale et immunitaire (l'accroissement du cortisol entraîne une diminution de la réponse immune). Le risque est donc l'hypotrophie, la prématurité, la diminution des défenses anti-infectieuses à court terme et les complications obstétricales.

Concernant la santé ultérieure de l'enfant, seules des hypothèses sont émises. Les études animales ont montré que le stress prénatal entraîne des

26 J. Bergeret, 2006, p. 160.

perturbations de la mise en place de l'axe hypothalamo-hypophysaire fœtal, modifie la sécrétion de corticostéroïdes en réponse au stress, et plus tard la régulation émotionnelle. Chez le primate comme chez l'homme soumis à des stress intenses et/ou prolongés, le nombre de neurones producteurs de CRF augmente, avec pour conséquence une plus grande production de cortisol. Ce dernier, en trop grande quantité, est toxique pour certaines cellules (CA<sub>3</sub>) de l'hippocampe, d'où une diminution du volume de ce dernier (Egliston *et al.*, 2007; O'Connor *et al.*, 2002). Ceci est encore mesurable 25 ans après les événements. « On comprend que les détresses intra-utérines ou celles du nouveau-né, à une époque où s'édifie la structure cérébrale, puissent avoir de très importantes conséquences sur la santé ultérieure. » (Cité par L. Roegiers, 2008.)

Pour F. Ansermet le stress prénatal est un carrefour psychosomatique : le « trauma » durant la grossesse est à la fois physique et psychique et le stress affecte la santé future de l'enfant : risque développemental, modifications du génome, HTA, maladies cardiovasculaires, diabète..., et il le rapproche d'observations pédiatriques postnatales (ex. : retard de croissance intra-utérin, bébés hypertoniques et effets sur le tempérament du bébé).

Dans la revue de la littérature sur le stress prénatal de R. Graignic-Philippe, S. Tordjmann *et al.* (2005), la définition du stress est différente selon les publications. De plus, les conséquences négatives psychiques et physiques chez l'enfant d'un événement survenant chez la mère sont mêlées : prématurité, hypotrophie (causes de mortalité et de troubles neurodéveloppementaux), complications obstétricales, troubles du développement psychomoteur et émotionnel des enfants, comportement difficile et pleurs.

Dans cette acception, le stress est non spécifique avant la signification (par l'intermédiaire de l'amygdale maternelle), et la réaction émotionnelle précède le sens. La communication du stress au fœtus est biologique et aspécifique (psychosomatique au sens restreint). Notons qu'il y a probablement un effet filtrant également biologique maternel (équivalent du pare-excitant) selon la réactivité maternelle au stress, ce qui réintroduit des données psychodynamiques (Missonnier, 2011), puisque cette réactivité dépend probablement des « avant-coups » personnels et transgénérationnels de l'histoire maternelle.

## **Le traumatisme de la naissance : traumatisme maternel, traumatisme fœtal, douleur chez le nouveau-né**

---

Envisageons maintenant la naissance sous un angle véritablement psychosomatique et non purement biologique comme il est coutume et surtout priorité de l'aborder en pédiatrie. Je laisse donc aux manuels de pédiatrie l'analyse médicale du passage de la naissance et de ses risques. Le traumatisme de la mère a été évoqué bien avant celui du bébé comme nous le verrons pour la douleur physique.

C'est à O. Rank (1924), le célèbre disciple de S. Freud, que nous devons la vision la plus catégorique de la naissance comme le traumatisme *princeps* : selon sa thèse, le traumatisme de la naissance est l'objet d'un refoulement général, masqué par des souvenirs écrans, et constitue pourtant la première cause d'angoisse, la source de notre vie psychique et le noyau de l'inconscient. Il évoque en ces termes la source dernière de l'inconscient psychique : « On constate que cette source est située dans la région du psychophysique et peut être définie ou décrite dans des termes biologiques : c'est ce que nous appelons le *traumatisme de la naissance*, phénomène en apparence purement corporel, que nos expériences autorisent à envisager cependant comme une source d'effets psychiques, d'une importance incalculable pour l'évolution de l'humanité, en nous faisant voir dans ce traumatisme le dernier substrat biologique concevable de la vie psychique, le noyau même de l'inconscient. » Cette hypothèse s'enracine dans son expérience clinique, où il constate de façon récurrente que ses analysants se trouvent durant le traitement dans une situation rappelant la vie intra-utérine, voulant retrouver le paradis de la matrice maternelle, et que la résolution des névroses à la fin de la cure, la « guérison », est souvent vécue comme un fantasme de seconde naissance dans le sens précis où l'analysant revit sa naissance.

La naissance est pour O. Rank la première séparation et source de névrose traumatique.

« L'angoisse de la naissance est à la base de toutes les variétés d'angoisse, tout plaisir tend, en dernière analyse, à la reproduction du plaisir primitif,

en rapport avec la vie intra-utérine. Les névroses et les symptômes névrotiques quels qu'ils soient expriment la tendance à une régression de la phase de l'adaptation sexuelle vers l'état primitif et prénatal, et conséquemment vers le traumatisme de la naissance dont le souvenir doit, à cette occasion, être surmonté.»

Pour cet auteur et pour la première fois en psychanalyse, il y a un *continuum* entre expérience physique (trace) et traumatisme psychique. Il renvoie dans l'angoisse biologique une virtualité psychique, et étend ses réflexions aux domaines spirituel, religieux et artistique. « Le contenu biologique le plus profond (que seule la répression interne rend méconnaissable) se retrouve tel quel, sous une forme manifeste, dans nos productions intellectuelles les plus élevées.»

Cette thèse d'O. Rank a été la cause d'une discorde avec S. Freud (1926) et ses successeurs. Il a été accusé, pour considérer l'angoisse primitive comme source des angoisses ultérieures et de tous les symptômes, de reléguer et minimiser l'importance structurante de l'Œdipe en privilégiant l'épisode antérieur de la naissance, de trouver au traumatisme de la naissance et à ses conséquences un aspect inéluctable, incontournable avec une psychologisation excessive (anagogique, spirituel). La naissance est-elle un événement étiologique ou un modèle de discontinuité précoce et de perte? Pourtant, S. Freud (dans une note ajoutée en 1909 à l'*Interprétation des rêves*, 1900) écrit « la naissance est d'ailleurs le premier fait d'angoisse et par conséquent la source et le modèle de toute angoisse », et dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), il mentionne le trauma de la naissance comme angoisse première, mais en conservant une distinction entre angoisse physique et psychique<sup>27</sup> : « Dans les deux perspectives, aussi bien comme phénomène automatique que comme signal d'alarme, l'angoisse apparaît comme le produit de l'état de détresse du nourrisson, corrélative, cela va de soi, de son état de détresse biologique. Cette coïncidence frappante : que l'angoisse de la naissance, aussi bien que l'angoisse du nourrisson ait pour condition la séparation de la mère, ne nécessite pas une interprétation psychologique; le fait biologique suivant l'explique assez simplement : la mère qui d'abord avait satisfait tous les

besoins du fœtus par les dispositifs somatiques de la grossesse, continue, après la naissance encore, à remplir la même fonction, encore que partiellement par d'autres moyens. La vie intra-utérine et la première enfance sont bien plus en continuité que ne nous laisse croire la césure frappante de l'acte de naissance. L'objet maternel psychique remplace pour l'enfant la situation fœtale biologique.»

D.W. Winnicott dans *La nature humaine* (1988) et surtout dans *Birth memories, birth trauma and anxiety* (1949a) a largement évoqué la vie fœtale et la naissance. Pour lui, toute naissance n'est pas traumatique. Les expériences « normales » de naissance sont « bonnes, peuvent développer la force et la stabilité du moi (ego) ». Le traumatisme de la naissance peut être modéré et est déjà « un après-coup » d'expériences d'empiètement vécues par le fœtus et qui l'ont préparé; il revit quelque chose qu'il a déjà expérimenté. « La naissance est une expérience, un processus, un passage entre deux états, ne pas être né et être né. Si la naissance peut être traumatique, il est nécessaire de faire l'hypothèse qu'elle peut être normale, ni précipitée ni prolongée, sans empiètement excessif pour l'enfant. Du point de vue de l'enfant nouveau-né, ce sont ses propres mouvements qui l'ont fait naître? (...) Une naissance normale, c'est un enfant prêt et une mère prête à l'accueillir, dans une situation aussi simple que possible, comme être tenu dans les bras, être en contact avec la respiration de la mère, en contact avec sa nudité... Le développement émotionnel du bébé peut prendre un nouvel élan et la psyché commencer à résider dans le corps... » (D.W. Winnicott, 1988.) Il pense donc erroné de lier au traumatisme de la naissance, qui est un cas particulier, l'angoisse qui est un phénomène universel. En revanche, il reconnaît plus loin qu'il n'en sait pas suffisamment pour affirmer qu'il peut exister une relation intime (*intimate*) entre l'angoisse (universelle) et une naissance normale atraumatique. Il y a durant la naissance, si elle est « légèrement » traumatique, un empiètement et une rupture du sentiment de continuité d'être qui sont réparés lorsque la mère donne sens aux expériences d'empiètement; ainsi, le sentiment continu d'exister se construit à partir d'épisodes successifs d'empiètement et d'adaptation de la mère. D.W. Winnicott voit plutôt dans une naissance traumatique la source d'un

27 S. Freud, 1926, p. 62.

sentiment de persécution (disposition paranoïde congénitale) que d'angoisse. Il évoque ailleurs certaines naissances traumatiques et des symptômes psychosomatiques que l'on peut y rapporter (céphalées intenses, soif d'air, épisodes de régression stuporeuse...), et il reconnaît dans des cures d'adultes des affects qui surgissent avant le sens, et chez certains patients, en particulier des personnalités *borderline*, un besoin de régresser et de revivre leur naissance. Ces émergences qu'il repère d'abord sur les affects en manque – attente – de sens témoignent pour lui d'expériences originaires.

Dans les souvenirs de la naissance, D.W. Winnicott (1949a) met en correspondance le traumatisme de la mère et celui du bébé : « Parmi les traits caractéristiques d'un véritable souvenir de naissance, il y a le sentiment d'être aux prises avec quelque chose d'extérieur, de telle sorte qu'on est sans défense... Il y a une relation tout à fait évidente entre l'expérience du bébé et celle de la mère lorsqu'elle accouche. Pour une mère saine, une étape du travail est alors abordée et elle doit se résoudre à vivre elle-même un processus presque exactement comparable à celui dont le bébé fait l'expérience au même moment. »

Pour W.R. Bion, la vie protomentale du fœtus comprendrait une préconception de la naissance. La césure de la naissance (Bion, 1977) est un événement important mais pas forcément traumatique pour le naissant, et contrairement à O. Rank, il n'y voit pas là le début de la vie psychique mais un passage d'un état à un autre, permettant des communications. D. Houzel, cité par S. Korff-Sausse (2009a), dans ses commentaires sur la pensée de Bion, reprend cette idée : « La naissance ne serait donc pas vécue comme la perte d'un monde intra-utérin paradisiaque, mais comme une libération et un émerveillement. L'afflux de stimulations sensorielles, qui assaillent le bébé après la naissance, donnerait lieu à une expérience esthétique d'une extrême intensité. Mais ce serait une expérience énigmatique et angoissante, tout se passant comme si l'enfant, émerveillé par la beauté du monde et d'abord par la beauté de son objet d'attachement primaire, sa mère, butait sur l'énigme des qualités intérieures de cet objet, énigme que Meltzer articule de cette façon : "Est-ce que c'est aussi beau à l'intérieur?" ». S. Korff-Sausse commente : « Comme si l'enfant

n'attendait que ça : exercer ses compétences toutes neuves au service de pulsions épistémophiliques. On peut imaginer en effet qu'à la fin de la grossesse, le fœtus non seulement se trouve dans une situation inconfortable, compressé de toutes parts dans un espace devenu trop petit, mais qu'il a hâte de pouvoir rencontrer le monde. Un bébé qui s'ennuierait dans un espace trop limité. Un bébé en quête d'objet qu'il veut rencontrer enfin. »

Ces hypothèses sur le traumatisme de la naissance nous permettent une transition avec la douleur chez le nouveau-né. Je me réfère à l'ouvrage d'O. Fresco, *Entendre la douleur du nouveau-né* (2004). L'auteur, pédiatre, précise d'emblée que nulle douleur n'est purement physique. Face à un nouveau-né douloureux, peu importent les questions de définitions et de distinctions entre douleur physique, stress, inconfort, angoisse et souffrance psychique : à cet âge, il est totalement submergé par un vécu global de l'agression qu'il subit, dont il ne peut discriminer les composantes et auquel il ne peut opposer de réponse adéquate.<sup>28</sup> Cette douleur a été très longtemps refoulée, ignorée ou niée, « tabou », et comme toute douleur, elle laisse des frayages.<sup>29</sup> O. Fresco nous enseigne ou nous rappelle la précocité de la sensibilité cutanée chez le fœtus. La peau est un organe des sens fondamental dès la vie intra-utérine et le premier à se mettre en place au niveau de la région péribuccale. Les récepteurs sensoriels cutanés à la douleur apparaissent dès 7 semaines de gestation, puis vont s'étendre pour recouvrir l'ensemble des surfaces cutanéomuqueuses à la 20<sup>e</sup> semaine. Le fœtus a une extrême sensibilité à la douleur, et la douleur cutanée existe à 5 mois et demi de grossesse. La douleur est objectivement perceptible chez le bébé prématuré dont l'enveloppe cutanée est très fragile et sensible. L'observation courante de naissances difficiles montre la sensibilité du crâne lors d'utilisation de ventouse ou de forceps, ou de prélèvements. La précocité sensorielle et la fragilité émotionnelle sont liées.<sup>30</sup> Les enveloppes corporelle et psychique sont intimement liées, et la douleur submerge le bébé dans sa globalité.

28 O. Fresco, 2004, p. 53.

29 O. Fresco, 2004, p. 94.

30 O. Fresco, 2004, p. 53.

Revenons à D.W. Winnicott (1992) pour qui « le bébé est un être humain immature et extrêmement dépendant. C'est aussi un individu qui fait des expériences et les emmagasine. Les implications pratiques de cette constatation sont capitales pour ceux qui gèrent les stades les plus précoces de sa vie ». La douleur fait trace, est emmagasinée. En 1914, dans *Pour introduire le narcissisme*, S. Freud écrit que la douleur modifie la relation d'objet sous forme de désinvestissement ou suspension, de repli narcissique.

Ces données à la fois corporelles et psychiques montrent l'intérêt physique et psychique pour le bébé et les parents de prendre en compte, mettre en mots et traiter par des moyens non spécifiques (antalgiques) la douleur du nouveau-né. Ce traitement est pluridisciplinaire, s'adresse autant à la douleur qu'à la détresse, et les implications pratiques sont multiples : par exemple, en salle de naissance et en maternité, diminuer les prélèvements au strict nécessaire, pratiquer les gestes le plus doucement possible, avec un accompagnement de paroles et de *holding*, utiliser des moyens antalgiques médicamenteux et empiriques (sérum glucosé), et si cela est possible en présence des parents.

## **Le modelage psychosomatique du fœtus/bébé et les voies de passage ; le prénatal et la continuité psychosomatique (continuité = liaison des parties d'un tout) : introduction aux rythmes chez le bébé**

---

Voyons maintenant la façon dont les psychanalystes comprennent la maturation psychosomatique du bébé, en prolongeant pour certains leur questionnement vers la vie fœtale. Plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse d'une maturation psychosomatique du fœtus, en restant dans le domaine de l'extrapolation du biologique au psychique ou du psychosomatique périnatal au psychosomatique anténatal. On peut ainsi tenter un cheminement du fantasme aux rythmes et à l'échelon moléculaire.

Il y a une certaine concordance dans les différents systèmes de pensée pour reconnaître le rôle

*princeps* de la libidinisation maternelle des fonctions biologiques du fœtus/bébé qui d'automatiques deviennent programmées, d'instinctuelles deviennent pulsionnelles, le bébé reprenant à son compte à travers l'étayage le développement de son activité pulsionnelle à partir de son activité biologique. Cela ouvre des horizons sur la dépression maternelle et ses différents registres, essentielle « blanche » ou névrotique.

Si, de l'autre côté de la naissance, l'effet de la libidinalisation maternelle, des messages inconscients, des identifications projectives, des interactions réelles et fantasmatiques avec le bébé est largement évoqué sur son développement psychosomatique, il est logique de penser que cette action ne débute pas brutalement lors du passage à la vie extra-utérine, mais mûrit progressivement en fin de grossesse.

R. Debray (1996) évoque une communication instantanée d'inconscient à inconscient entre la mère et le bébé, et une économie psychosomatique commune : « Je rappelle que l'économie psychosomatique de la mère englobe celle du bébé, ce qui est incontestable durant le temps de la grossesse, mais ce qui persiste après la naissance, l'économie psychosomatique du bébé ne se dégageant que d'une manière progressive et discontinue de celle de sa mère, voire de son père. »<sup>31</sup>

À cheval sur la naissance, P. Marty se réfère à la fonction maternelle (Fain, 2001) qui est dépendante de l'Inconscient maternel. Il décrit, dans *L'ordre psychosomatique* (1980), le rôle de la fonction maternelle dans l'organisation psychosomatique du bébé, en l'étendant à la période prénatale, sur la base des rythmes biologiques. Il s'agit d'une hiérarchisation des fonctions biologiques à partir de la « mosaïque première » qui est une juxtaposition de fonctions biologiques. Il émet l'hypothèse que les fonctions vitales du nouveau-né sont régies par un rythme correspondant à la succession de phases d' « automation » (besoins de base) et de « programmation » (ouverture vers la vie, désir, sexualisation). Existait déjà durant la vie prénatale, d'essence phylogénétique et dépendante de données héréditaires, la modalité d'alternance de ces rythmes est soumise à des « corrections » ou des inflexions par la fonction maternelle qui, investissant électivement une fonction sur le

---

31 R. Debray, 1996, p. 95.

mode libidinal, va moduler le rythme dans le sens de la programmation. À chaque niveau de développement correspond un niveau de fixation pouvant être utilisé ultérieurement, et la qualité de cette libidinalisation initiale maternelle privilégie certaines fonctions et niveaux de développement, et leur confère une forte valeur réorganisatrice (« revitalisants ») lors de mouvements de régression-fixation ultérieurs à leur niveau.

### **Remarque personnelle**

Ces données pourraient étayer l'hypothèse, qui vient souvent à l'esprit lors des consultations pédiatriques, d'un choix du symptôme du nourrisson en fonction de l'inconscient maternel, mais qui peut être aussi pertinente chez le nouveau-né et le fœtus, selon que la mère choisit inconsciemment de privilégier ou « d'escamoter » telle phase du développement.

Pour P. Marty, l'organisation psychosomatique du bébé (fonctions vitales, cohésion et hiérarchisation, émergence d'une unité psychique) est donc dépendante de la qualité et de la quantité d'investissement libidinal de la mère, et infiltrée par l'inconscient maternel, ceci dès la période prénatale. Il rappelle que certaines fonctions ont un rôle important *in utero* (échanges humoraux mère-fœtus) et à la naissance (telles que la peau et la respiration). Le fœtus constitue des fixations humorales, immunologiques. Il y a régression à ces fixations immunologiques, ainsi que des manifestations cutanées et respiratoires chez l'allergique, chez qui P. Marty a décrit une relation objectale particulière, fusionnelle, visant à l'indistinction d'avec l'objet, d'essence « humorale », à l'instar des interactions foeto-maternelles (1958). « On peut concevoir par exemple qu'aux moments archaïques de l'évolution individuelle, pendant la vie intra-utérine, des conflits existent, d'ordre immunologique peut-être, dans la relation avec la mère. Ces conflits, troublant la programmation du développement foetal, renvoient à des fixations-régressions intra-systémiques qui marquent alors toute la vie de l'individu en créant très tôt des points d'appel régressifs. En dehors de transmissions héréditaires du même ordre, on comprendrait de cette manière le départ prénatal de l'organisation allergique d'un sujet. »

A. Konicheckis (2008) dans un ouvrage sur les berceuses, insiste sur l'importance des rythmes

biopsychiques de la mère et du bébé, de leur accordage et leur modulation mutuelle dès la vie fœtale, et suggère leur rôle dans la régulation psychosomatique du fœtus. Il y voit une fonction homéostatique, structurante, intégratrice et de libidinisation. « De l'extérieur, elle [la mère] module et assure la régulation de l'expérience interne du bébé. » La recherche d'une synchronie de la part de la mère commence déjà dès la grossesse dans le rythme de communication des deux corps durant la berceuse, entre deux sensorialités ; il y a mise en jeu d'une plurisensorialité du bébé (sensation kinesthésique, tactile, ouïe), et d'un rôle de la mère qui vient rassembler le tout. « Le chant de la mère, autre, adulte, extérieur, porte l'enfant. Se produit une sorte de rencontre entre le préconscient maternel, dans sa fonction pare-excitante et l'appareil psychique infantile en voie de formation. La mère offre sa sensibilité, son empathie, sa créativité, son monde représentationnel au service de la recherche d'une synchronie affective avec le bébé. »

Ainsi, l'accordage des rythmes existe déjà en prénatal, et probablement dans les deux sens. On peut émettre l'hypothèse d'un « étayage » sur la libidinisation maternelle des fonctions biologiques du fœtus/bébé, qui deviennent base d'étayage pour la sexualité infantile du bébé ; quelque chose de ce double étayage se prépare en anténatal entre la libido maternelle et l'intégration psychosomatique du fœtus/bébé virtuel. Insistons en particulier sur le dernier trimestre de la grossesse, sorte de phase de finition qui assure la cohésion et la solidité du moi corporel. Ceci pourrait expliquer la persistance chez certains enfants anciens prématurés, très au-delà du terme théorique, de symptômes particuliers et surprenants, survenant en dehors d'une pathologie sévère néonatale, que l'on attribue à l'immaturation du fonctionnement du tractus digestif (ex. : RGO, dysmotricités digestives fonctionnelles), et dans certains cas une grande fragilité avec des désorganisations somatiques brutales et explosives même tardives (ex. : déshydratation aiguë pour une gastro-entérite, bronchiolite sévère survenant à l'âge de 2 ou 3 ans en l'absence de telle pathologie préalable), comme si ces enfants expérimentaient un manque de solidité, de « cohésion » et de réponse aux agressions en dehors de toute pathologie de fond immunologique ou biologique.

Pour poursuivre notre transition du fœtus psychosomatique au bébé psychosomatique, suivons D.W. Winnicott (1949a) qui stipule que, à partir de la conception, le corps (*body*) et la psyché se développent ensemble.<sup>32</sup> Il s'intéresse à la place fondamentale que va prendre l'environnement dans la vie du bébé. Pour lui, il existe déjà des relations mère-bébé avant la naissance qui peuvent se continuer pendant et après la naissance. Il postule l'existence d'une sorte d'état d'esprit (*state of mind*) chez l'enfant pas encore né. Pour D.W. Winnicott, la notion de narcissisme primaire n'est pas si naturelle (évidente), car il se produit déjà avant la naissance et même dès la conception des expériences d'empiètement (*impingement*) où l'environnement empiète sur le self en voie de construction (est délétère). Le traumatisme de la naissance est alors déjà un second temps sur un fœtus préparé. La mère, par identification et adaptation, peut donner sens aux expériences d'empiètement, et dans ce cas le sentiment de continuité d'exister n'est pas menacé. « Avant la naissance et particulièrement si elle prend du retard, le bébé peut très facilement avoir des expériences répétées qui mettent l'accent sur l'environnement plutôt que sur le self... Ainsi, selon un processus naturel, l'expérience de la naissance fait vivre de manière accentuée quelque chose qui est déjà connu du bébé... » Ceci prépare l'intégration et la personnalisation. « Être aimé signifie au début être accepté... l'enfant a le projet d'être normal, ce qui est largement l'affaire de la forme du corps qu'il a et de son fonctionnement. Presque chaque enfant a été accepté durant le temps qui a précédé sa naissance, mais l'amour se manifeste par les soins physiques qui sont en général adaptés au fœtus *in utero*. Ainsi, la base de ce que j'appelle personnalisation – ou l'absence d'une propension particulière à la dépersonnalisation – commence avant même la naissance de l'enfant : il est certainement très important que l'enfant puisse être tenu par des personnes dont l'investissement émotionnel compte autant que leur réponse physiologique. » (D.W. Winnicott, 1970.<sup>33</sup>)

32 D.W. Winnicott, 1949a, p. 191.

33 D.W. Winnicott, 1970, p. 264–77.

## La maturation psychosomatique aérienne

---

### La préoccupation maternelle primaire, les identifications projectives

L'intérêt des psychanalystes post-freudiens s'est d'abord tourné vers le bébé d'après la naissance. Nous avons déjà évoqué les interactions précoces et ultraprécoces (Lebovici, Stoléru, 1983; Brazelton, Cramer, 1990).

Face au nouveau-né qui est dans un état de dépendance totale, D.W. Winnicott (1956) décrit la préoccupation maternelle primaire, stade d'hypermotilité, presque une maladie, et les trois fonctions principales des interactions précoces : le *holding* ou tenue, maintien (*cf.* le portage, portance, la fonction phorique de P. Delion, 2000), le *handling* ou maniement (*handling*, expression de son amour), la fonction *object presenting*, présentation de l'objet. Ces soins maternels, s'ils sont de bonne qualité, « suffisamment bons », donnent sens aux vécus et aux messages corporels du bébé et lui permettent, avec la fonction de miroir du visage de la mère, de se sentir exister, réel, de vivre dans son corps et d'avoir « une psyché qui habite le soma ». Cette installation de la psyché dans le soma, décrite sous le terme de personnalisation (Winnicott, 1970), permet le développement du self et l'intégration psychosomatique. Ce processus requiert de la part de la mère une disponibilité, une empathie et une identification au bébé pour atteindre la « maladie normale qu'est la préoccupation maternelle primaire ». « L'édification précoce d'une relation solide entre la psyché et le soma dépend d'un degré raisonnable d'adaptation aux besoins du nourrisson. » (Winnicott, 1958.)

Il décrit ensuite un désillusionnement progressif du bébé par une succession de défaillances et de réparations maternelles (Winnicott, 1949c, 1965). « Il y a ainsi un aspect normal du trauma. La mère est toujours traumatisante dans le cadre de l'adaptation. De cette manière, le bébé passe de la dépendance absolue à la dépendance relative, mais cela n'aboutit pas à un résultat traumatique car la mère perçoit pas à pas les capacités d'adaptation du bébé, et que le processus de désillusionnement est relayé par les parents et la famille. » La mère passe

son temps à avoir des défaillances et à les réparer ; c'est ainsi que le bébé apprend à connaître sa fiabilité, à penser et à communiquer. Le sentiment de sécurité se construit par la communication et l'adaptation (Winnicott, 1968). En revanche, la défaillance maternelle, si elle est excessive ou non réparée, entraîne des perturbations de la personnalité, des distorsions du moi, ne permet pas l'intégration mais un clivage psyché-soma. Dans cette situation de défaillance maternelle, D. Winnicott décrit chez le bébé les agonies primitives dont la traduction est autant somatique que psychique (cf. p. 29), et, dans certains types de défaillances, le développement d'une hyperactivité du fonctionnement mental, et une opposition entre l'esprit et le psyché-soma sur laquelle peut se développer un faux self intellectuel.

Avec le concept d'*identifications projectives* (IP) entre mère/parents et bébé, M. Klein (1952) puis W. Bion (1959) apportent une contribution majeure au développement de l'individu et à sa structuration, en particulier psychosomatique. Les IP ont été décrites par M. Klein en 1946,<sup>34</sup> chez le bébé, à la phase schizoïde et dans des troubles psychotiques, comme une relation d'objet agressive consistant pour le bébé à déposer dans l'objet des parties mauvaises du Moi. W.R. Bion distingue ensuite, à partir du témoignage d'une cure, les IP normales et pathologiques. L'alternance d'IP « normales » (W.R. Bion dit réalistes) et d'identifications introjectives constitue les bases du développement normal, la première forme de communication du bébé avec une mère adéquate. Elles font appel à la capacité de la mère d'introjecter les IP du bébé, qui peut ainsi communiquer ses sentiments et les éprouver au sein d'une personnalité capable de les contenir et de lui renvoyer une forme modifiée, tolérable et digeste, des éléments projetés. Les IP sont réciproques et mutuelles. Pour W. Bion, le double mouvement projection-introjection a un rôle ontogénique qui nécessite chez la mère l'existence d'une contenance et d'une capacité de rêverie adéquates. Dans le cas d'IP maternelles pathologiques, le travail de subjectivation est en échec. La mère renvoie des IP qui ne sont pas introjectables pour le bébé mais incorporatives. Si la mère renvoie des IP sous forme introjective cela fabrique

du Moi, dans le cas d'IP incorporatives, l'objet externe continue à vivre dans le Moi qui est aliéné.

A. Ciccone (2007) y voit un processus central d'un point de vue ontogénique et distingue clairement les trois processus des IP : communication, évacuation, ou pénétration intrusive, les trois coexistant chez le bébé. Il différencie les IP normales, du côté de la vie et de la pensée, processus nécessaire au développement de la personnalité et à l'édification psychosomatique, et *a contrario* les IP pathologiques qui ont un degré excessif de nature intrusive et évacuatrice. Il distingue dans la réciproque l'identification introjective, qui permet la constitution d'objets internes, de l'incorporation où la partie externe reste un corps étranger à l'origine d'un appauvrissement du moi, d'angoisse et de perte ou de non-acquisition du sentiment d'identité. Du côté des parents, les IP parentales ont de façon naturelle un certain degré de fusionnel et d'intrusif (cf. la violence de l'interprétation, P. Aulagnier, 1975), leur caractère potentiellement pathologique étant alors quantitatif (IP massives) ou qualitatif (IP évacuatrices, empiétantes, annexantes, aliénantes) jusqu'à l'induction comportementale appauvrissant le Moi et la pensée du destinataire.

La transmission intergénérationnelle et transgénérationnelle, selon la distinction introduite par E. Granjon (1989) et reprise par D. Houzel (2010), pourrait être la différence entre les deux (communication ou pénétration intrusive, introjecté ou incorporé).

D. Meltzer *et al.* (1982) décrivent le rôle crucial des IP dans l'édification du Moi psychosomatique du bébé.

S. Missonnier (2009b) élargit à la période prénatale le rôle des IP, évoquant la succession réciproque d'IP mère/parents-fœtus puis nouveau-né sous la forme d'une « effusion identificatoire » entre mère, parents et bébé.<sup>35</sup>

De ces données, on peut inférer que les IP sont largement impliquées dans l'intégration et la pathologie psychosomatiques.

## La relation orale et la maturation psychosomatique aérienne, la théorie de l'étayage revisitée

Qu'il s'agisse d'un allaitement au sein ou au biberon, la relation orale permet (cf. chapitre 6) la

34 M. Klein, 1946, p. 282-3.

35 S. Missonnier, 2009b, p. 179.

maturation psychosomatique des fonctions biologiques et véhicule ce que S. Missonnier et moi-même avons évoqué sous le terme de « lait lien » dans nos travaux sur les troubles précoces touchant l'oralité et le fonctionnement digestif (Missonnier, Boige, 1999). Le lait, s'il véhicule les bons nutriments, est aussi le vecteur métaphorique du don d'amour et des IP pour le meilleur et pour le pire, et le bébé le sait vite et réagit selon son socle génétique et son tempérament. Ainsi, toute la palette existe entre des IP avec introjection par le bébé du bon lait lien, de la fonction alpha de la mère, de sa contenance et de sa pulsion de vie ainsi que d'une ambivalence souple et bien tempérée, et les IP pathologiques, possiblement à l'œuvre en cas de conflit d'ambivalence chez la mère, de dépression, qui sont plutôt intrusives avec incorporation par le bébé de corps étrangers « indigestes » et non métabolisables. Dans le premier cas, la réponse du bébé est le plaisir et la satiété, d'où la reconnaissance et la confirmation narcissique de la mère dans ses capacités de mère nourricière, et dans le cas inverse, on peut observer chez le bébé : colère, rage, ou retrait relationnel. Cette sémiologie évoque une possible dépression primaire, une non-intégration psychosomatique, un nonaccès à une fonction alpha, à une contenance et à un plaisir partagé.

La tétée est un moment de relation totale (regards, paroles, *holding*, *handling*) et l'observation d'une tétée pourrait être une façon de comprendre les difficultés physiologiques, affectives et fantasmatiques du côté de la mère (ou substitut) et du bébé. Les enjeux du nourrissage sont la croissance physique du bébé, son intégration psychosomatique, sa maturation affective et relationnelle (alternance fusion et relation objectale, intersubjectivation), l'acquisition de la contenance, et la base de l'étayage de la pulsion orale. Les troubles de l'interaction précoce sont particulièrement perceptibles durant la relation de nourrissage et délétères, source de conséquences psychosomatiques. Un petit dysfonctionnement physiologique, ou un tempérament plus difficile (génétique ou après coup) chez le bébé, ou un trouble physiologique, affectif ou fantasmatique de la mère peuvent faire un grain de sable dans la relation orale, et les troubles de l'oralité sont rapidement pourvoyeurs de conséquences relationnelles majeures, de déception parentale et d'emballlement psychosomatique du bébé.

Revenons sur la théorie de l'étayage de S. Freud : l'oralité initiale est le socle biologique sur lequel va s'étayer la pulsion sexuelle du bébé. Dans nos hypothèses sur le développement psychosomatique du bébé, nous insistons sur la nécessité, auparavant, que la relation nourricière initiale s'installe et se développe dans de bonnes conditions de transmission de la pulsion de vie maternelle et de bien-être physique, pour que l'enfant introjecte quelque chose de cette pulsion de vie et accède à des échanges et un vécu libidinalisés. Il y a d'abord étayage du physiologique du bébé sur la physiologie et la libido maternelles, et transmission de la pulsion de vie de la mère au bébé. Dans cette hypothèse, la pulsion de vie du bébé ne se développe pas *ab nihilo* mais à partir de ce que lui apporte sa mère (étayage et transmission orale).

Nous pouvons aussi suivre S. Missonnier (2002a et b) dans son exploration du prénatal, qui propose de « revisiter » la théorie freudienne de l'étayage, en suggérant, à partir de ce que nous savons sur le fœtus, que l'étayage de la pulsion orale débute déjà *in utero*. On sait de connaissance échographique que le fœtus/bébé humain est le seul des mammifères à posséder deux types de succion, l'une nutritive et l'autre non nutritive, qui ont des caractéristiques (fréquence, durée de la « salve »), et des dates d'apparition différentes durant la gestation (Lecanuet, 2002). Tout le monde connaît les images échographiques du fœtus déglutissant et recrachant le liquide amniotique, ou suçant son pouce ou autre partie de son corps. On peut supposer que la pulsion orale pourrait déjà s'étayer sur la succion prénatale et débiter *in utero* chez le fœtus, période qui n'était pas explorée du temps de Freud, et n'attendrait pas l'alimentation du nouveau-né.

Ceci appelle la question sous-jacente de l'origine de la pulsion de vie du bébé, qui est un point central dans son développement psychosomatique. J. Laplanche (1970), dans ses réflexions sur l'étayage émet trois hypothèses, que l'on peut ainsi résumer, au risque de schématiser excessivement. Dans une première hypothèse, la pulsion surgirait sur une base organique, il y a un parallélisme génétique, le fonctionnement de l'autoconservation déclenchant la stimulation érogène. Dans la deuxième hypothèse, il y a émergence de la pulsion à partir de l'organique, la pulsion s'appuie et se confond initialement avec le biologique

puis s'en détache. La troisième hypothèse, privilégiée par l'auteur dans sa théorie de la séduction généralisée, considère les deux premiers schémas comme insuffisants. La pulsion sexuelle ne saurait surgir du fonctionnement biologique par un simple mouvement de psychisation, comme une création endogène, elle nécessite pour apparaître l'intervention de l'autre (adulte) dont le rôle est primordial. C'est la « séduction généralisée », s'exerçant à travers les « messages » de l'adulte, infiltrés de son inconscient sexuel qui permettrait que s'effectue le clivage du sexuel à partir de l'organique et sa liaison aux fantasmes. Nous nous rapprochons alors de C. Dejours (1986) qui, dans sa théorie de la subversion libidinale, fait remonter la sexualité psychique, et donc l'investissement et le fonctionnement du corps érotique qui est « acquis », à partir du corps physiologique « inné », à la rencontre même des parents avant la conception de l'enfant et à la façon dont ils ont eux-mêmes géré la perte de la fusion initiale avec l'objet primaire. « Le développement sexuel de l'enfant n'est donc que la somme des représentations successives que l'enfant se forme de cette relation triangulaire. » Ceci nous ramène à la psychopathologie conceptionnelle évoquée par B. Bayle (2005), et nourrit la réflexion sur les possibles difficultés de développement du bébé, en particulier psychosomatique, dans les situations de dépression maternelle pré- et postnatale mais aussi paternelle.

Il est temps cependant de rappeler maintenant, en se référant aux noyaux psychosomatiques de L. Kreisler (1995), que le nouveau-né a un socle génétique et biologique et n'est pas que le produit des fantasmes maternels.

## La théorie de l'attachement, un éclairage complémentaire

À ces références psychanalytiques s'ajoutent des données issues de la théorie de l'attachement (Pierrehumbert, 2005; Guedeney N et Guedeney A, 2002; Fonagy, 2001). Cette théorie, à partir d'observations en particulier éthologiques, clame la propension naturelle et première du bébé à établir des liens d'attachement, contrairement à l'hypothèse d'une pulsion initialement étayée sur le nourrissage par la mère. Le bébé a des schèmes ou modèles d'attachement qui rentrent dans une clas-

sification *secure*, *insecure*, évitant, ambivalent etc. Ce comportement d'attachement se dessine selon des « modèles internes opérants », en grande partie hérités des parents, néanmoins différents selon le *care-giver* et modulables, en particulier par des abords thérapeutiques, et des expériences vécues dans le soin fondées sur la théorie de l'attachement. Le but de l'attachement est d'assurer la proximité du donneur de soins (et non « l'objet ») et avec elle l'état ou le ressenti de sécurité. L'attachement a une fonction développementale et des tâches importantes sur le plan ontogénique dans les domaines physiologique, psychologique et psychosomatique. Plusieurs auteurs ont décrit une relation entre le caractère *secure* de l'attachement et la qualité de la base de sécurité que constitue l'attachement primaire, et les possibilités d'ouverture et de découverte cognitives de l'enfant, sa liberté affective, le développement et l'harmonie psychosomatiques. On décrit une fréquence accrue de troubles physiques d'ordre psychosomatique chez les enfants carencés ou à l'attachement très *insecure*. « Ainsi, le comportement d'attachement apparaît comme un élément clé de l'équilibre psychosomatique précoc. Il permet de relier la compréhension de faits cliniques et d'éléments théoriques jusqu'ici dispersés : liens entre la sécurité d'attachement et la capacité de mentalisation et de résilience face au traumatisme, liens entre la sécurité de l'attachement et la régulation physiologique, liens entre l'attachement et le développement des structures neurologiques et la régulation de l'affect, et donc liens entre cet équilibre physiologique et la capacité de donner sens à l'expérience et d'exprimer adéquatement les émotions qui lui sont liées. » (N. Guedeney, A. Guedeney, 2002<sup>36</sup>).

## Le bébé psychosomatique, ou la pathologie psychosomatique périnatale selon Winnicott et Kreisler

Pour terminer cette réflexion, nous allons nous intéresser au « bébé du désordre psychosomatique », selon la formule de L. Kreisler (1995), et comparer, mettre en miroir la façon dont

36 N. Guedeney, A. Guedeney, 2002, p. 107.

D. Winnicott et L. Kreisler comprennent les avatars du développement psychosomatique du bébé.

D. Winnicott décrit deux instances : l'esprit, purement intellectuel, et le « psyché-soma ».

Notons qu'il a intitulé son célèbre recueil « *through* » *paediatrics to psychoanalysis* et non « *from* » ce qui sous-entend une traversée, une compréhension du symptôme et de la situation clinique d'abord par le versant somatique pédiatrique, par un soignant qui a « fait ses classes » en pédiatrie, avant d'en proposer un éclairage psychanalytique. Sa théorie se construit à partir de la clinique pédiatrique, il part du symptôme et du corps puis fait des aller et retour dans les deux sens du somatique au psychique, du bébé observé au bébé reconstruit.

« Le bébé est une personne. » Dans *The ordinary devoted mother and her baby* (1949b), D.W. Winnicott raconte qu'au début de son activité de pédiatre, il avait « la plus grande difficulté à considérer le bébé comme un être humain ». « Ce fût seulement grâce à l'analyse que j'ai pu, très progressivement, voir un bébé comme un être humain. Avant, j'en avais été absolument incapable. Ce fut le principal résultat de mes cinq premières années d'analyse. » (Winnicott, 1967a.)

Il insiste sur l'importance des soins maternels et leur rôle dans l'intégration psychosomatique du bébé, et fait des comparaisons entre la relation primaire et la relation patient-psychanalyste (chez les patients adultes, principalement les sujets « *border-line* » très dépendants dans la régression, et en proie aux « agonies primitives »). Cependant, chez la mère « suffisamment bonne », il énumère dans *La haine dans le contre-transfert* (1947) 17 raisons qu'elle a de haïr son bébé. Il décrit de façon très explicite l'ambivalence des sentiments : chez le bébé comme chez un autre humain, il n'y a pas d'amour sans haine (il se réfère comme exemple à son pouce qu'il suce et mord), et il lui faut haine pour haine. Ceci rejoint la déclaration de S. Freud (1915a), stipulant que « l'objet naît dans la haine ».

La psychosomatique selon Winnicott (1964) est une question d'intégration-dissociation. Il situe dans la première année de la vie l'intégration psychosomatique qu'il nomme personnalisation. La psyché s'installe dans le soma, y habite (*indwelling*). L'enfant acquiert alors un schéma corporel, et on peut considérer qu'il existe pour lui une réalité psychique interne ou personnelle. *Psyché-soma* est un ensemble,

mais la psyché d'un nourrisson normal peut perdre le contact avec le corps (dissociation psyché-soma, par exemple lors d'un accès de pâleur, au réveil). Chez l'adulte même sain, l'intégration de la personne se fait et se défait, et parfois l'esprit perd le contact avec le psyché-soma (dans le rêve, chez les artistes), ce qu'il nomme dépersonnalisation. Il s'agit d'un jeu permanent de jonctions-disjonctions, d'un phénomène dynamique dans les deux sens d'intégration et de dissociation. C'est la persistance d'un clivage dans l'organisation du moi du patient ou la répétition des dissociations qui constituent la véritable maladie psychosomatique. Le sujet est dans la crainte de l'annihilation dans l'intégration, et utilise le clivage (*splitting*) comme défense. Pour Winnicott, l'état de maladie psychosomatique est la dissociation, alors que lorsque le patient « psychosomatique » souffre de sa maladie somatique, il restaure un lien entre psyché et soma et « va mieux ».

**Ceci diffère de l'approche de Léon Kreisler.** Pour lui, il s'agit véritablement d'un *bilinguisme permanent*.

Toute pathologie est psychosomatique chez le bébé, qui s'exprime en permanence psychiquement et physiquement (la maladie admet une composante psychique dans son apparition ou sa pérennisation). L. Kreisler, dont la sémiologie pédiatrique est particulièrement fine, ne décrit jamais un symptôme physique sans immédiatement en décrire le correspondant psychique, comme s'il y avait une métaphorisation permanente du psychique vers le somatique et inversement.

Il parle de la psychosomatique de la dyade au sens de déficitaire, lorsque les interactions peuvent être observées essentiellement dans le réel, le concret avec une pauvreté fantasmatique sous-jacente de la part de la mère, et propose selon les cas une intervention à un des deux niveaux, réel ou fantasmatique.

*Il développe une vision économique.* L'économie de l'interaction entre la mère et l'enfant régit l'économie mentale et somatique du bébé. Il oppose à la pathologie du manque celle de l'excès, de l'irrégularité et de l'incohérence; il insiste également sur l'importance des rythmes et de l'excitation.

Il s'intéresse plus finement au choix de l'organe ou de la fonction et définit dans *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique* (1995) ce qu'il nomme des noyaux psychosomatiques originaires.<sup>37</sup> Ce terme « désigne les caractéristiques physio- et psychopa-

37 L. Kreisler, 1995, p. 331.

thologiques inscrites à la fois dans l'organisme et dans le psychisme sous l'influence interactive des premières relations, sans omettre les prédispositions biologiques et psychologiques propres à l'enfant».

*Proposons une comparaison rapide des deux visions de la psychosomatique de l'enfant :*

- chez D.W. Winnicott, la langue, la poésie, une vision dynamique; chez L. Kreisler, une précision extrême du mot sur l'expression somatique de l'enfant, une compréhension physiologique;
- d'un côté, une compréhension en halo élargie à l'environnement, qui métaphorise; de l'autre côté, une compréhension incisive qui transperce, met à jour et délimite;
- chez l'un, le jeu des interactions et de la rêverie, des métaphores, des dissociations; chez l'autre, les données économiques : sur-stimulation, ce qui n'empêche pas la dimension fantasmatique;
- chez D.W. Winnicott, le maniement de la régression, alors que chez L. Kreisler (1976), M. Fain apporte à sa clinique des concepts psychanalytiques issus de la psychanalyse adulte;
- enfin, D.W. Winnicott nous enseigne le respect du symptôme, ce qui éclaire bien certaines de nos expériences cliniques.

## **Implications thérapeutiques et préventives**

---

Le bébé a un socle génétique, un tempérament et un profil physiologique innés et singuliers sur lequel joue l'environnement.

Il est en permanence en interactions et échanges dans son intégration et son développement psychosomatique, dès la vie intra-utérine, pour le meilleur et pour le pire, le normal et le pathologique. Ceci nous introduit à l'aspect relationnel des symptômes, la spirale interactive somatopsychique, et à la compréhension des traumatismes ou souffrances postnatales déjà comme des effets d'après coup de traumatismes survenus durant la vie fœtale, à la naissance, ou dans l'histoire des parents, mais aussi à des hypothèses sur la transmission des rythmes biologiques et de la pulsion de vie.

Dans ce contexte, insistons sur l'importance du travail en maternité, des travaux sur la douleur chez le nouveau-né, des réflexions sur le traumatisme parental et infantile, de la prévention et de la narration durant la grossesse.

# Psychosomatique des situations médicales à risque psychologique

## 5.1. Les grossesses à risque

M. Blazy

### Vomissements incoercibles de la grossesse

Ce sujet suscite un intérêt d'intensité variable chez des professionnels médicaux d'horizons très divers : obstétriciens et sages-femmes bien sûr, endocrinologues, gastro-hépatologues, psychologues et psychiatres.

Les définitions et la prévalence sont également variables (d'un facteur 10 pour cette dernière!). Enfin, la pathogenèse et l'étiologie restent floues et discutées, laissant supposer une origine plurifactorielle.

On peut relever dès maintenant comme dénominateur commun, la sévérité de la symptomatologie, l'existence de thérapeutiques efficaces, et le malaise des soignants face à ces patientes.

Je me suis intéressée à ce sujet en raison d'une impression que j'ai pu, par la suite, partager avec d'autres obstétriciens et sages-femmes : celle que cette pathologie rencontrée relativement fréquemment dans les services de maternité il y a 20, 30 ans lorsque j'étais interne, avait disparu « au profit » de la menace d'accouchement prématuré, elle, de plus en plus fréquente. Et puis, on la rencontre à nouveau, il me semble plutôt chez les femmes immigrées.

### Définitions

#### Nausées et vomissements gravidiques

Les nausées et vomissements gravidiques (NVG) sont fréquents (atteignant 50 à 90 % des femmes enceintes, 56 % pour les vomissements seuls), banals, limités au 1<sup>er</sup> trimestre et relativement supportables. Ils surviennent dès la 6<sup>e</sup> semaine de grossesse, avec une acmé entre 8 et 12 semaines et ne subsistent au 2<sup>e</sup> trimestre que dans 10 % des cas (Chaussade *et al.*, 1995). Essentiellement matinaux, exacerbés par certaines odeurs alimentaires, de café, de tabac, on peut les juguler par de petits remèdes, voire des anti-émétiques s'ils entravent l'alimentation et altèrent l'état général.

Il s'agit d'un phénomène physiologique dépendant du système neurovégétatif modifié par les taux hormonaux. En effet, ces NVG sont majorés dans les grossesses multiples et les grossesses molaires, situations où les taux hormonaux sont plus élevés que lors d'une grossesse unique normale (Maggioni, Mimoun, 2000). Je reviendrai plus en détail sur cette pathogenèse hormonale au sujet des vomissements incoercibles.

## Vomissements incoercibles

Les vomissements incoercibles de la grossesse sont bien plus rares et bien plus graves.

On les appelle aussi hyperémèse gravidique (HG) ou *hyperemesis gravidarum* chez les Anglo-Saxons ou, tout simplement, vomissements gravidiques sévères.

Ils représentent une forme aggravée et prolongée des précédents, entraînant un jeûne, une déshydratation avec perte de poids de 5 % par rapport au poids d'avant grossesse, nécessitant le plus souvent l'hospitalisation. La prise en charge précoce et adaptée des NVG éviterait le passage à l'HG pour les Canadiens. Pour d'autres, il s'agirait d'une entité à part.

L'incidence de cet HG est de :

- 3 à 5 pour 1000 pour Chaussade *et al.* (1995) Pons *et al.* (2005), obstétriciens;
- 1 pour 1000 pour Dayan (1999b), psychiatre;
- 1 à 2 % pour Karpel (2004), psychologue;
- 1,5 % pour Meyer (2007), endocrinologue;
- 1 % (Arsenault *et al.*, 2002), selon les obstétriciens canadiens.

On voit que, de façon troublante, le taux d'incidence varie de 2 % à 1 pour mille... S'agit-il de la confirmation de mon impression clinique d'une pathologie qui réapparaîtrait après une période de repli, juste après l'an 2000? D'une différence de définition ou bien d'une erreur recopiée d'un auteur à l'autre? Et dans ce cas, quelle version est la bonne?

## Ptyalisme

Ce symptôme, ignoré par la plupart des auteurs, est évoqué ici car il relève probablement du même mécanisme physiopathologique que les NVG. Il s'agit d'une hypersalivation majeure, existant jour et nuit, faisant suite, pendant la grossesse, aux NVG ou à l'hyperémèse gravidique. Je ne l'ai rencontré que chez des femmes d'origine subsaharienne quelle que soit leur durée de résidence en France. Il est souvent traité par le mépris parce qu'il ne menace pas la santé de la parturiente, ni celle de son fœtus. D'ailleurs, la femme ne s'en plaint pas toujours, malgré la gêne occasionnée, tant ce symptôme fait partie, pour elle, du tableau gravidique. Un peu de honte s'en mêle, qui expliquerait peut-être le silence :

baver toutes les 5 minutes sa salive dans un crachoir, en interrompant la conversation est un tableau ingrat. Pour donner un ordre d'idée, la patiente que je voyais hier à la visite remplissait quatre à cinq crachoirs en une matinée et son sommeil était perturbé par le besoin de vider sa bouche... Comme « nous, les Blancs », disent-elles, ne prêtons pas grande attention au ptyalisme, elles ont recours à une méthode africaine pour se soulager : elles mangent de l'argile. Celle-ci chélate le fer dans le tube digestif, entraînant une anémie que l'on n'arrive pas à corriger si l'on ne pense pas à poser la question : « Mangez-vous de l'argile? »

## Historique

Un papyrus de 2000 ans avant J.-C. évoque déjà les vomissements gravidiques.

Soranus d'Éphèse, l'inventeur du spéculum, en fait la première description détaillée au I<sup>er</sup> siècle avant J.-C. à Rome.

Ils sont vus sous un jour nouveau au XIX<sup>e</sup> siècle. Les patientes relevaient alors de la névrose hystérique; un débat animé faisait rage entre partisans et opposants à l'avortement thérapeutique pour vomissements incoercibles. Il faut dire que c'est une pathologie dont on mourait, il n'y a pas si longtemps : on pense que Charlotte Brontë, auteur du roman *Jane Eyre* serait morte en 1855, un an après son mariage, de vomissements gravidiques incoercibles.

Aujourd'hui, on sait soulager ces patientes même si l'amélioration est lente et les rechutes fréquentes, y compris lors des grossesses ultérieures.

## Symptomatologie

La symptomatologie est bruyante, éprouvante pour la femme et pour son entourage. Les vomissements durent toute la journée, sont subintrants entraînant angoisse et idées dépressives : les patientes ont l'impression qu'elles vont en mourir, ce qui les angoisse, bien sûr, et d'ailleurs elles sont tellement mal qu'elles ont envie d'en finir. « Je vomissais ma vie » me disait une conseillère gynécologue. Elles ne se reconnaissent pas, sont déçues et blessées de ne pas être capables d'être enceintes normalement. Elles ne sont plus qu'un

corps malade, source de douleur, court-circuitant ainsi toute capacité de penser. Certaines femmes demandent en hurlant qu'on leur « enlève » cette grossesse tellement cette maladie dont elles espéraient avec impatience, mais en vain, l'arrêt des symptômes à l'entrée du 4<sup>e</sup> mois est éprouvante et invalidante. On imagine que l'entourage et les équipes soignantes sont très impressionnés par ces comportements. D'ailleurs quelques IVG sont régulièrement dues à l'HG tant les effets collatéraux se comparent à ceux d'une chimiothérapie anticancéreuse.

Toute prise alimentaire étant difficile et souvent impossible, déclenchant un redoublement des vomissements, la perte de poids (supérieure à 5 % du poids avant grossesse) et la dénutrition sont inévitables, avec déshydratation, troubles électrolytiques (hypophosphorémie, hypokaliémie, hyponatrémie), cétonurie, alcalose métabolique, insuffisance rénale fonctionnelle, perturbation de la fonction hépatique. Les efforts de vomissements peuvent entraîner un syndrome de Mallory-Weiss (déchirure œsophagienne), et des hémorragies rétinienne.

Enfin, le déficit provoqué en vitamine B1 peut amener à l'extrême à l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke.

L'hospitalisation est nécessaire pour perfuser la patiente, l'apaiser elle ainsi que son entourage. On en profite pour éliminer les classiques diagnostics différentiels, éternels pièges de la médecine, que sont : l'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë, la méningite et la tumeur cérébrale (Pons *et al.*, 2005), ainsi que l'occlusion intestinale et les hyperthyroïdies (Chaussade *et al.*, 1995).

## Cas cliniques

*Bilana* est pakistanaise, immigrée en France depuis 5 ans. Elle ne parle pas du tout français. Elle a déjà un petit garçon de 4 ans pendant la grossesse duquel elle a souffert de vomissements incoercibles, au point qu'elle hésitait à démarrer une deuxième grossesse. Son mari, lui, désirait ardemment un autre enfant. Elle est enceinte de 6 mois quand nous faisons sa connaissance. Hospitalisée dans le service, elle est tellement déshydratée que l'on peine à trouver une veine pour la perfuser. Dès qu'on y

parvient, avant même que les médicaments aient pu faire effet, elle va déjà mieux. C'est de ce constat que nous avons tiré l'image du cordon ombilical; d'autant que Bilana est recroquevillée en position fœtale autour de son tuyau de perfusion, dans une chambre sombre. Ce qui m'a frappée, c'est le comportement maternant du mari à son égard. Malgré la distance et l'absence de véhicule, il venait tous les jours, servait d'interprète et de lien avec l'équipe soignante, apportait à sa femme des petits plats de leur pays. D'ailleurs, son état clinique s'étant amélioré, cette patiente a englouti moins de 48 h après son arrivée une assiettée de poulet aux arachides malgré nos conseils prudents de réalimentation hydrique!

Profitant de la traduction du mari, nous l'avons interrogée sur sa mère qui lui manquait cruellement sans qu'on puisse déterminer une quelconque pathologie de leur relation.

Deux tentatives de sortie à domicile ont échoué, chacune au bout de 24 heures. La même symptomatologie a nécessité la même prise en charge, suivie de la même amélioration spectaculaire. L'hospitalisation a été maintenue jusqu'à l'accouchement.

Je n'étais pas sûre que ce couple aurait un troisième enfant. En fait, si.

C'est le côté maternant du mari qui est commun dans ma deuxième histoire. Il s'agit d'une jeune femme d'une trentaine d'années, Christine, infirmière en psychiatrie, enceinte de son premier enfant. Même tableau clinique, même réconfort du mari (le poulet aux cacahuètes en moins).

*Christine* a été hospitalisée dans notre service à 23 semaines, adressée par la maternité qui la suivait; elle en est sortie pour accoucher à 39 semaines soit après environ 3 mois et demi d'hospitalisation. Cette patiente suivie en psychothérapie depuis 4 ans avait de bonnes capacités d'élaboration. Ses vomissements incoercibles étaient apparus très tôt, vers 4 semaines de grossesse. Elle a été hospitalisée quatre fois en 4 mois dans sa maternité avant de nous être adressée. Elle avait perdu 20 kg (mais pesait 100 kg au départ), apparaissait

déprimée et présentait un syndrome de Mallory-Weiss (déchirure de l'œsophage due aux efforts de vomissement). La sérologie d'*Helicobacter pylori* était négative.

Dès l'entrée, le traitement a consisté en :

- la pose d'une perfusion pour hydrater et rééquilibrer les électrolytes et administrer les médicaments par voie veineuse (Largactil®, Mopral®, Laroxyl®);
- des entretiens avec le psychiatre;
- un soutien psychothérapeutique par la psychologue;
- des séances d'haptonomie tous les 15 jours avec participation active du conjoint;
- une prise en charge obstétricale habituelle.

Comme dans l'histoire précédente, les tentatives de sortie définitive ont échoué. Seules, des permissions le week-end avec retour dans le service le dimanche soir ont permis que cette grossesse se poursuive dans un – très – relatif confort plus propice à la préparation du couple à l'accueil de leur nouveau-né. Tout en regrettant la séparation d'avec les siens, elle se dit « rassurée par l'hôpital où elle se sent autorisée à être malade ». Elle est soulagée lorsque c'est le médecin qui suspend l'autorisation de sortie pour le week-end. La patiente finit par dire se sentir plus chez elle dans le service qu'à la maison. Ce qui, dit en passant, n'était pas sans nous inquiéter, soumis que nous sommes, nous aussi en soins de suites, à l'obligation d'avoir des séjours de plus en plus courts...

Cette longue hospitalisation, donc, a été rythmée de pas moins de huit rechutes et on perçoit, à la relecture du dossier, l'interrogation et le découragement des soignants qui essaient de comprendre, de faire des liens. Il est noté, par exemple, qu'après quelques jours de calme, déperfusée, Christine vomit à nouveau « à la seule évocation du week-end chez ses beaux-parents », ou encore lors d'une séance de préparation à la naissance ayant pour thème l'accouchement.

Le compagnon, comme on l'a dit plus haut, est très soutenant, très présent, plein d'attentions pour sa femme, et participant activement aux séances d'haptonomie.

Il s'agit d'une grossesse désirée par le couple.

Elle est fille unique de parents divorcés; elle entretient une relation étroite avec sa mère dont elle attend les visites, et souffre de la séparation quand elle repart. Cette mère qui dira un jour en entrant dans sa chambre : « Alors, quand est ce qu'on s'arrête de vomir? », cette mère qui « l'a eue jeune, qui a fait ce qu'elle pouvait mais ça ne devait pas être facile ».

Dès que son état s'est amélioré, cette patiente a pu nous dire combien elle se sentait coupable vis-à-vis de son fœtus : elle savait, et surtout sa mère le lui avait dit, que si elle vomissait ainsi, c'est qu'elle ne voulait pas de ce bébé. Or, ce n'est pas du tout ce qu'elle ressentait... Elle avait donc l'impression que guérir ne dépendait que de sa volonté et elle n'y arrivait pas. Elle craignait que son état ne retentisse sur la santé mentale de son bébé.

C'est en haptonomie qu'elle se révèle très proche de son fœtus, et ce, dès la première séance, invitant tout de suite le père à prendre sa place. Ces moments sont très contrastés avec d'autres où l'angoisse et la culpabilité la submergent complètement, avec un aspect dépressif très prégnant.

À 7 mois de grossesse, on note que, malgré ses capacités d'élaboration, Christine a peu conscience de son ambivalence par rapport au bébé, à la violence qu'elle peut éprouver à son égard. Elle parle, par ailleurs, des patientes hospitalisées dans le service où elle travaille qui ont perpétré des infanticides...

Elle avait compris – ou voulu comprendre – que son obstétricien envisageait de déclencher son accouchement avant Noël, dès 37 semaines; ce n'était pas le cas, et il lui fallait attendre au moins les 39 semaines. Cette « nouvelle », inattendue pour elle, a déclenché une réaction de grande violence à l'égard du fœtus, et beaucoup de culpabilité dans l'après-coup. Au moins a-t-on pu constater par la suite, que, tout en pleurant beaucoup, elle arrivait à exprimer sa haine, sa crainte que ce bébé ne vienne détruire l'équilibre conjugal.

À 8 mois de grossesse, tout se recentre sur la préparation à la naissance : l'haptonomie, le sevrage progressif en médicaments, la préparation classique. Christine vomit toujours de temps en temps jusqu'à l'accouchement...

Elle est revenue quelques mois après nous présenter son bébé et nous dire sa reconnaissance. Ils allaient bien tous les trois.

## Étiopathogénie

Elle est bien peu claire ! Entre le « tout corps » et le « tout psy », on a envie de penser à une origine plurifactorielle qui ferait le lien entre toutes les hypothèses que je vais survoler pour vous.

## L'hystérie

Au XIX<sup>e</sup> siècle, on parlait d'hystérie, de nervosisme. Jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, les travaux et études du profil psychopathologique des femmes présentant ce symptôme orientent vers soit une névrose hystérique avec phénomène de conversion, soit un processus psychosomatique (Marty, 1958; Barrucand, 1968). Des arguments épidémiologiques viennent corroborer ces hypothèses psychogènes.

## Les hypothèses sociales et épidémiologiques

Dayan *et al.*, dans leur ouvrage *Psychopathologie de la périnatalité* (1999), citent différents auteurs qui, entre 1968 et 1994, rapportent que l'HG serait l'apanage des humains (les vomissements incoercibles n'existent pas chez les animaux), des sociétés industrialisées et du milieu urbain. Elle serait déclenchée par le stress, le manque de soutien social, de mauvaises relations conjugales, en tout cas des relations de couple assez pauvres, marquées par un déni de la conflictualité.

Ces femmes auraient une personnalité de type hystérique, elles seraient immatures et dépendantes, profondément suggestibles (selon Marty). La relation à leur mère serait marquée par la soumission ou la domination, traits que l'on retrouve chez les femmes présentant une menace d'accouchement prématuré. Le symptôme vomissements pendant la grossesse pourrait refléter une ambivalence face à la grossesse, résonnant au niveau du corps avec celle liée à l'oralité, à l'acte de nourrissage.

Elles auraient fréquemment des troubles du comportement alimentaire, ou du moins, selon L. Karpel (2004), des « antécédents de problèmes autour de la sphère orale ». Cela reviendrait à dire que ne vomirait gravement pendant la grossesse qu'une femme qui aurait déjà vomi. Ce qui est contredit par certains témoignages postés sur Internet et l'étude de S. Staraci (2004–2005).

D'après C. Maggioni et S. Mimoun (2000), il s'agirait de femmes infantiles, fragiles psychologiquement,

de milieu peu favorisé, peu cultivées, les autres ayant plutôt des crampes abdominales ou des contractions utérines (sans modification du col).

Quant à J. Bernuau (1995), hépatologue, il relève une plus grande fréquence chez les femmes émigrées, ce qui correspond à mon impression clinique et à celle de mes correspondants obstétriciens et sages-femmes, ainsi qu'à celle de S. Staraci qui trouvait huit patientes sur dix originaires de différents pays du continent africain. Ceci pose la question de l'aspect culturel. Par contre, l'étude faite à Béclère par L. Karpel (2004) trouve très peu d'étrangères dans son échantillon de 23 parturientes.

Enfin et surtout pendant ce XX<sup>e</sup> siècle apparaissent et se développent la psychanalyse et les dosages hormonaux, venant enrichir la palette déjà large des hypothèses.

## L'hypothèse psychanalytique<sup>38</sup>

Celle-ci s'appuie sur plusieurs concepts théoriques :

- *le désir d'enfant et sa relation à l'inconscient* : au cours de la grossesse, deux niveaux s'intriquent, l'un d'identification maternelle archaïque, l'autre de réalisation œdipienne. Pour certains psychanalystes, les vomissements gravidiques incoercibles seraient une tentative inconsciente d'expulsion du fœtus, une façon de signer symboliquement son désir d'avorter par voie orale. La reviviscence des représentations archaïques de fécondation orale, refoulées chez l'adulte, donne son sens au symptôme. Pour A. Freud (1955), le « choix » de ce symptôme se réfère à des conflits intrapsychiques dominés par l'oralité, au cœur de la relation première nourricière entre la mère et son nouveau-né ;
- *l'ambivalence du désir d'enfant*, qui fait partie de la vie psychique normale des femmes enceintes (*cf.* p. 20 et 114) : cette notion qui date des années 1960 signifie qu'au désir que l'enfant vive peut s'associer le désir inverse, qu'il ne vive pas. Aussi désiré soit-il, l'enfant du dedans peut s'imposer comme un rival narcissique et une femme aux assises narcissiques fragiles sera en difficulté face à sa propre violence fondamentale. Citons H. Deutsch (1987) pour qui les vomissements pathologiques de la grossesse ne peuvent trouver une origine psychologique que si « les tendances à l'expulsion orale sont accompagnées d'émotions

<sup>38</sup> Je m'inspire à nouveau de J. Dayan et de S. Staraci.

inconscientes, et parfois même conscientes (ou sur le point de l'être), d'hostilité envers la grossesse ou envers le fœtus ». Ces émotions « peuvent prendre la forme d'une protestation irritée, d'une autopunition pour des sentiments hostiles, d'une peur ou de violents affects semblables ». Elle insiste sur l'ambivalence de ces mères souffrant d'HG qui sont très soulagées, consciemment, par la suite, que leur enfant ait pu naître en bonne santé ;

- *les concepts de transparence psychique* (M. Bydlowski) et de *séparation-individuation*. S. Missonnier (2003b) pointe que la finalité fonctionnelle de la gestation psychique, contenance et interaction avec l'enfant à venir, n'est possible qu'au prix d'une renégociation du narcissisme primaire maternel, dont l'embryon est, au départ, le dépositaire.

*Voici comment je comprends les choses.* Certaines femmes, parce que lorsqu'elles étaient elles-mêmes bébé n'ont pas pu intégrer des soins maternels sécurisants prodigués par leur propre mère, parce qu'elles ont eu des expériences carenciales précoces, n'ont pas pu se constituer un bon objet interne. Ces femmes, lorsqu'elles sont enceintes, alors même qu'elles ont désiré parfois ardemment ce bébé, peuvent ressentir leur fœtus comme menaçant, persécuteur, car il est, au début de la grossesse, l'incarnation de cet objet interne.

L'excitation engendrée par la présence du fœtus atteint une telle intensité que le pare-excitation, barrière entre le dedans et le dehors, est débordé : l'excitation ne parvient pas à être métabolisée par l'appareil psychique et on assiste à l'émergence du trouble psychosomatique. Or, lors des vomissements, il y a aussi passage du dedans au dehors, une projection à l'extérieur de ce que ces futures mères n'arrivent pas à intérioriser : leur devenir de mère en gestation.

L'absence d'enveloppe contre l'anxiété est testée de façon répétée, ce qui correspond bien à la répétition des vomissements. La répétition de l'expérience douloureuse vise à la maîtrise rétroactive de l'excitation et court-circuite l'élaboration.

Pour dépasser la projection du conflit *au dehors*, elles doivent s'appuyer sur un contenant externe, leur mère, ou toute personne ou cadre thérapeutique ayant une fonction maternelle substitutive, qui va leur permettre d'élaborer autour de cette grossesse, de ré-injecter du pensable *au-dedans*. C'est bien ce que nous a montré la clinique.

Je vous donne rendez-vous à l'item de la MAP (p. 78) où les mêmes théories vont servir à expliquer le manque de contenance utérine, cette fois dans la sphère génitale.

## L'hypothèse hormonale et autres causes somatiques

L'hormonologie a ouvert de nouvelles perspectives physiopathologiques face aux théories psychologiques et sociales.

L'hypothèse de la cause hormonale des NVG banals du 1<sup>er</sup> trimestre se justifie par le fait qu'ils sont aggravés lors des grossesses molaires et des grossesses multiples pendant lesquelles les sécrétions hormonales sont majorées. Mais si l'on a longtemps pensé qu'il s'agissait des œstrogènes et de la progestérone, il semble de plus en plus certain que l'hCG (hormone gonadotrophine chorionique humaine) soit responsable par son action TSH-like, c'est-à-dire ressemblant à l'hormone qui stimule la thyroïde.

L'hCG est sécrétée très tôt après la conception par le trophoblaste puis par le placenta. C'est sa fraction bêta que l'on dose dans les tests de grossesse ; sa fraction alpha est semblable à celle de la TSH d'où une similitude d'action possible.

Elle permet de maintenir le corps jaune et sa sécrétion d'estrogène et de progestérone, donc de maintenir la grossesse, puis de stimuler par le placenta la sécrétion, là encore, d'œstrogène et de progestérone. Dans les cas d'hyperémèse gravidique, l'hCG en excès augmente la sécrétion des hormones thyroïdiennes, ce qui a pour effet d'effondrer la TSH par le rétrocontrôle, même si très peu des femmes atteintes ont une hyperthyroïdie symptomatique. La sévérité de l'HG est corrélée au taux d'hCG et au degré d'hyperthyroïdie.

Ces théories étiologiques n'expliquent pas tout : pourquoi certaines femmes enceintes ont-elles un taux plus élevé de certaines hormones ou encore une plus grande sensibilité, que ce soit aux hormones sexuelles, hCG ou thyroïdiennes qui les font vomir à ce point-là ?

Quelques auteurs rapportent aussi une dysmotilité gastrique et l'infection par *Helicobacter pylori* fréquemment associées aux vomissements gravidiques incoercibles sans que l'on sache au final ce qui revient à la poule ou à l'œuf. Mais au moins ces découvertes servent-elles à soigner plus efficacement ces patientes.

## Traitements

L'hospitalisation est souvent nécessaire et utile à plusieurs niveaux : rassurer la femme et son entourage, mettre en place la perfusion pour la réhydratation et la rééquilibration électrolytique, administrer un traitement parentéral et initier une prise en charge psychothérapeutique ou autre.

Puis, dès que la symptomatologie s'améliore, une reprise progressive de l'alimentation est possible.

Un relatif isolement de l'environnement familial peut parfois être bénéfique également grâce à l'hospitalisation. Il y a encore peu de temps, la « vomisseuse » était enfermée dans sa chambre, dans le noir, sans visite, sans téléphone, sans télévision, soit le même traitement que pour les anorexies mentales. Cette méthode très coercitive, traduisant bien l'agressivité des soignants à l'égard de ces patientes, n'a pas fait la preuve de son efficacité, mais il est vrai qu'en début de prise en charge, l'absence de stimuli sensoriels comme affectifs est une aide certaine au traitement.

Aucun médicament n'a été recommandé officiellement ni homologué dans l'HG. Cependant, A. Debourg, psychiatre du service, dose un cocktail remarquablement efficace de neuroleptiques, anti-histaminiques (Donormyl®, Atarax® par exemple) et parfois bêtabloquants ou IPP (inhibiteurs de la pompe à protons, ex. : Mopral®) comme adjuvants. Les neuroleptiques utilisés sans encombre pendant la grossesse et efficaces dans cette indication sont Largactil®, Dogmatil® et Haldol®.

La manière dont ce traitement est administré, expliqué, entouré, accompagné, compte évidemment pour beaucoup. J. Dayan parle d'une réponse placebo (efficacité du traitement en dehors de l'action pharmacologique du médicament) parfois supérieure à 50 % dans les divers travaux.

Les Canadiens, très pragmatiques, font feu de tout bois : gingembre, acupuncture ou acupression, médicament à base de vitamine B6 et d'anti-histaminique ou vitamine B6 seule, phénothiazines (chlorpromazine, prométhazine) et même corticoïdes dans les formes réfractaires après le 1<sup>er</sup> trimestre.

Ils rapportent qu'éliminer *Helicobacter pylori* et traiter la dysmotilité gastrique ont des effets bénéfiques également.

Le Zophren®, anti-émétique puissant utilisé en prévention des effets de la chimiothérapie, anta-

goniste de certains récepteurs à la sérotonine est très efficace mais, même si aucun effet tératogène n'est noté chez l'animal, on manque de recul chez la femme enceinte.

Les traitements psychiques me semblent impératifs. Plusieurs types peuvent être proposés :

- l'hypnose, associée aux médicaments depuis 1942;
- la thérapie comportementale;
- la psychothérapie de soutien;
- la psychothérapie brève prénatale d'orientation psychodynamique.

Je pense que tout dépend des outils et des compétences dont dispose l'équipe, des désirs de la patiente, de ses capacités d'élaboration, d'expression en langue française, du matériel psychique qu'elle exprime.

Tous ces traitements, médicamenteux ou psychiques, ne « marcheront » pas si l'hospitalisation ne sert pas de contenant, d'utérus. Je dirai la même chose pour les MAP, d'ailleurs. C'est la fonction maternelle de l'institution, giron réconfortant pour ces femmes en pleine régression. Il y a la chambre seule, calme, sombre, la perfusion qui joue le rôle de cordon ombilical, mais surtout il y a l'équipe de soignants.

L'équipe a un rôle de contenant majeur. Mais il se trouve que les soignant(e)s éprouvent un malaise devant ces femmes qui vomissent leurs tripes alors qu'elles sont enceintes, et ce malaise risque de diminuer l'effet thérapeutique de la prise en charge.

Je pense que ce malaise vient pour partie de l'ambiance qui règne dans la chambre de la « vomisseuse » comme on l'appelle élégamment : la femme, couchée en position fœtale, ou recroquevillée sur son haricot, baignant dans une odeur âcre, ne se prête en rien au bavardage, comme ce peut être le cas avec « la MAP » d'à côté. C'est une chambre dans laquelle on ne traîne pas. Il y a aussi l'impuissance, si contraire à la vocation de soignant, à soulager une symptomatologie bruyante, grave; la mort se profile avec toute sa violence et renvoie à une peur archaïque qui reste refoulée.

Enfin, le reproche n'est pas loin, plus ou moins conscient, parfois verbalisé : « elle vomit son bébé », « mais enfin, vous n'êtes pas contente d'être enceinte ? ». C'est dans ces situations que l'équipe dans son entier

doit jouer le rôle de contenant pour ces soignant(e)s qui, sinon, sont en grande difficulté. C'est une pathologie qui rend les soignant(e)s humbles; ils doivent se serrer les coudes pour ne pas se décourager et offrir toute une palette de soins. C'est la cohérence de l'ensemble qui pourra améliorer la clinique et permettre une avancée psychique sur le chemin de la parentalité. C'est ensemble qu'ils auront une action contenante, de «bonne mère».

## Menace d'accouchement prématuré

On nomme familièrement «MAP» la menace d'accouchement prématuré.

Il s'agit d'un chapitre important parce qu'elle atteint une femme enceinte sur six, voire sur cinq (mais avec quelle définition?), et représente la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse; et, si seulement 30 à 40 % des femmes ayant présenté une MAP accoucheront effectivement prématurément, l'accouchement prématuré (AP) est la première cause de mortalité et de morbidité néonatale, chère en conséquences physiques et psychiques chez l'enfant, et en conséquences psychologiques chez les parents.

Elle est chère dans tous les sens du terme, la MAP représentant avec sa conséquence redoutée d'accouchement prématuré un enjeu financier pour la santé publique. Ainsi, la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) se demande s'il y a un bénéfice à dépister précocement et jusqu'à 35 SA (par des examens cliniques mais aussi des échographies du col et une recherche de fibronectine) et à traiter ces MAP (repos avec arrêt de travail, hospitalisation ou visites à domicile, tocolyse voire cerclage du col) dont moins de la moitié se termineront par un accouchement prématuré. Par ailleurs, l'intérêt de ces traitements préventifs de l'AP est de plus en plus controversé.

Les Britanniques ont répondu à cette question : pour eux, la MAP n'existe pas, ils n'ont même pas de mot pour la dire. La meilleure approximation en est *preterm labour*.<sup>39</sup> Il s'agit d'un diagnostic rétrospectif, c'est-à-dire confirmé dès lors que l'AP a eu lieu... Du coup, ils ne font pas de tou-

chers vaginaux pour évaluer le col (ce qu'obstétriciens et sages-femmes français faisaient tous les mois encore récemment), ne dépistent pas une pathologie qui n'existe pas, et se contentent de traiter les nouveau-nés prématurés.

En France, des voix d'obstétriciens modernes commencent à s'élever pour dire la même chose, avançant qu'une femme qui doit accoucher prématurément le fera de toute façon quoi que l'on fasse, et que les progrès de la néonatalogie rendent le dépistage et le traitement de la MAP obsolètes. Et lorsque le discours n'est pas aussi radical, la tendance est très nettement à la diminution des durées d'hospitalisation, de traitement, de prise en charge.

Je ne suis personnellement pas d'accord avec cette conception et vais tenter de m'en expliquer.

### Définitions

#### Menace d'accouchement prématuré

La MAP survient entre la 22<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée révolues et se caractérise par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines (CU) régulières et douloureuses. En l'absence d'intervention médicale, elle conduira à l'AP. Il s'agit donc d'un diagnostic de probabilité.

Un col normal pendant la grossesse est long, postérieur, tonique et fermé.

Les mécanismes exacts à l'origine de l'accouchement sont à l'heure actuelle encore inconnus. Pourquoi les signes de maturité cervicale se produisent-ils plus tôt dans certains cas? On l'ignore également.

Les modifications cervicales sont cliniquement : un col raccourci, ramolli, moins postérieur, ouvert à l'orifice externe seulement, ou sur toute sa longueur, voire y compris à l'orifice interne. À l'échographie, la longueur du col est réduite à 20 ou 30 mm, le seuil de 30 mm ayant une bonne valeur prédictive négative avec nombreux faux positifs, et inversement pour le seuil à 20 mm (Haute Autorité de santé<sup>40</sup>).

Les éléments de gravité sont : l'ampliation du segment inférieur de l'utérus, la présentation foetale (céphalique ou siège) plongeante dans l'excavation

39 Travail avant le terme.

40 Haute Autorité de santé, service d'évaluation des actes professionnels, 2009 : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

et sollicitant le col; à l'échographie, l'ouverture en entonnoir de l'orifice interne avec protrusion de la poche des eaux.

Les contractions utérines de la menace d'accouchement prématuré sont non dépressibles, douloureuses, surviennent au moins toutes les 10 minutes et durent au moins 30 secondes (Bérardi, 1995). Elles sont souvent le premier signe d'appel, mais un quart des femmes présentant une MAP n'en ont jamais ressenti, soit parce que la modification de leur col est due à un autre mécanisme, soit parce qu'elles n'ont pas su les reconnaître.

J'insiste sur l'association des CU et de la modification cervicale. C'est l'association qui a une valeur prédictive supérieure à 80 % (Bérardi, 1995). En effet, les contractions utérines seules, certes, inquiètent les femmes enceintes, mais sans modification de leur col, ce ne sont pas des menaces d'accouchement prématuré. Dans le service, nous les appelons des « mapounettes ». Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas en tenir compte; bien sûr, il s'agit d'un symptôme à entendre, mais la conduite à tenir sur le plan obstétrical doit être bien différente. C'est peut-être le traitement à l'identique par les tocolytiques des MAP et des « mapounettes » qui, non seulement, a fait exploser les chiffres d'incidence, mais a jeté un doute sur l'entité nosologique de la MAP (Dayan, 1999c) : on finit par considérer comme MAP ce qui est traité par tocolytiques, et on traite par tocolytiques, parce qu'ils sont disponibles, des symptômes qu'une simple réassurance de la femme ou un traitement non médicamenteux suffirait à calmer... avec plus de temps que la rédaction d'une ordonnance, il est vrai ! Poser une main sur l'utérus plutôt que de brancher un monitoring des contractions est évidemment plus chronophage pour la sage-femme, mais c'est la main bienveillante de la professionnelle qui sera le mieux à même d'objectiver les contractions utérines... et de rassurer ! Pendant ce temps passé côte à côte, ou lors de la préparation à la naissance (cf. p. 39), la femme pourra apprendre à distinguer les contractions normales du muscle utérin des contractions dangereuses, des douleurs ostéoligamentaires, des mouvements actifs de son bébé, ou de douleurs abdominales extra-utérines, intestinales par exemple.

La MAP repose donc sur des données cliniques et ne doit pas être confondue avec le risque d'accouchement prématuré qui repose, lui, sur des données épidémiologiques (Goffinet *et al.*, 2005).

## Risque d'accouchement prématuré

Certains facteurs de risque sont :

- plutôt liés à la prématurité modérée (après 32 SA) : l'âge maternel avancé, le tabagisme, l'obésité et le niveau socio-économique;
- plus fortement liés à la grande prématurité (avant 32 SA) : infection, anomalie placentaire, utérine, béance cervicale, grossesse multiple...

Le risque d'AP, qui concerne potentiellement toutes les femmes enceintes est évalué en début de grossesse par l'interrogatoire, l'anamnèse et l'examen clinique; on distingue ainsi trois niveaux de risque :

- les femmes asymptomatiques à bas risque (sans antécédents);
- les femmes asymptomatiques à haut risque d'AP (grossesse multiple avec 20 % de grande prématurité, ATCD de fausses couches tardives, d'accouchement prématuré);
- les femmes symptomatiques qui sont celles présentant des signes cliniques de MAP.

Ce sont ces dernières qui nous intéressent tout particulièrement. On fait couramment l'amalgame entre les femmes asymptomatiques à haut risque d'accouchement prématuré et les MAP parce que les premières finissent par avoir aussi des signes cliniques de MAP; mais la distinction me paraît intéressante à garder à l'esprit parce que pour une femme, il est très différent d'être à risque d'accoucher prématurément pour une raison qui n'est pas de son fait : attendre plusieurs bébés, avoir une malformation utérine ou un col béant parce que sa propre mère a pris du Distilbène® pendant sa grossesse par exemple. (On notera l'ironie de cette situation puisque le Distilbène® était essentiellement prescrit à l'époque comme traitement de la MAP. D'où aussi la prudence de mise pour tout médicament pendant la grossesse.)

Le ressenti, la culpabilité vont être bien différents quand les médecins n'ont pas de cause somatique à proposer, ou quand la béance du col de l'utérus

est due à un « forçage » cervical lors d'IVG à répétition. Le regard des soignant(e)s sans doute aussi. Ces distinctions étant faites sur le plan théorique, en pratique clinique, on a tendance à mettre dans le même sac étiologies et facteurs de risque et appeler MAP tout ce qui, sans prise en charge thérapeutique, pourrait aboutir à un accouchement prématuré. La majorité de ces femmes présentant une MAP accoucheront à terme, ce qui peut signifier deux choses : soit pour la plupart, on a fait un diagnostic par excès, le diagnostic de MAP étant un diagnostic de probabilité et on a joué la prudence, ou encore on a inclus les « mapounettes », soit le traitement a été efficace, prévenant la survenue de l'AP comme c'est sa mission.

## Étiologies

Les causes des MAP sont-elles les mêmes que celles des AP? Pas sûr. Elles se recouvrent sans doute, mais ne sont certainement pas exactement superposables. La difficulté restant de prédire quelles MAP sont une réelle menace d'AP avec une sensibilité et une spécificité correctes, le diagnostic de MAP étant un diagnostic de probabilité.

Pour les AP, un tiers est de cause identifiable :

- un tiers est dû à la rupture prématurée de la poche des eaux ;
- un tiers est idiopathique.

## Étiologies des menaces d'accouchement prématuré

### Cause infectieuse

C'est elle qui arrive largement en tête des causes identifiées.

Elle est la principale responsable des ruptures prématurées des membranes (RPM), elles-mêmes à l'origine de 30 % des AP. L'infection par voie ascendante est la plus fréquente. Les germes en cause sont de type *Gardnerella*, *Trichomonas*, staphylocoque doré, *Chlamydia*; ils détériorent le collagène de la matrice directement par la libération de protéases et par le biais de l'inflammation qu'ils provoquent (Goffinet *et al.*, 2005). Le prélèvement bactériologique vaginal (PV) est systématique dans le bilan étiologique de la MAP.

Mais on peut également voir des infections à membranes intactes (poche des eaux non rom-

pue). La chorio-amnionite infraclinique est retrouvée *a posteriori* dans 30 % des accouchements prématurés. Elle pourrait être responsable des MAP inexplicables (Bérardi, 1995). C'est sur cette notion que se fondent les obstétriciens, que j'ai appelés « modernes », pour dire que le traitement de la MAP est inutile et dangereux.

Dans ces situations, le dosage de la *C-reactive protein* est une aide au diagnostic à condition d'utiliser un seuil relativement élevé : 20 à 40 mg/L (Goffinet *et al.*, 2005). Pour autant, la prescription d'antibiotiques par voie générale n'est pas recommandée (Kayem *et al.*, 2005).

Toute infection, ne serait-ce que par la fièvre qu'elle provoque, peut être responsable de CU : appendicite, pyélonéphrite, infection buccodentaire (Jacquet, 2009). De plus, le fœtus et ses annexes peuvent être atteints par voie hémato-gène lors d'une bactériémie, c'est-à-dire par le passage dans le sang des bactéries venant de l'infection maternelle.

Les infections urinaires basses ou hautes, et même les bactériuries asymptomatiques sont de grandes pourvoyeuses de MAP (Bérardi, 1995; Kayem *et al.*, 2005), d'où l'importance de rechercher les nitrites à la bandelette urinaire, systématiquement tous les mois, et de l'ECBU dans le bilan étiologique de MAP.

### Cause mécanique

Béance cervico-isthmique, congénitale ou acquise

Selon nos définitions précédentes, il s'agit là d'un facteur à haut risque de très grande prématurité, voire de fausse couche tardive (FCT). On parle aussi d'« incompétence » du col, terme vraiment malheureux pour la mère...

Son diagnostic se fait sur l'anamnèse, et son traitement par cerclage prophylactique entre 13 et 16 SA. Le diagnostic est nettement plus difficile lors d'une première grossesse : le dépistage des modifications du col en l'absence de CU, que ce soit par le toucher vaginal ou par mesure échographique du col, revêt là toute son importance. On peut être amené à pratiquer un cerclage « à chaud ».

### Mauvaise adaptation utérine

La mauvaise adaptabilité de l'utérus peut survenir en raison d'une surdistension utérine : hydramnios ou grossesse multiple (le taux

d'AP est multiplié par six dans les grossesses gémellaires par rapport aux grossesses simples). Elle peut aussi être due à une malformation utérine, souvent non diagnostiquée pendant la grossesse. Celle-ci peut être acquise (fibromes, synéchies), ou congénitale : utérus cloisonné, bicorne, plus ou moins hypotrophe, associé ou non à une béance cervico-isthmique.

### Placenta prævia

Le placenta prævia peut provoquer une MAP par frottement du segment cervico-isthmique.

## Facteurs favorisants non spécifiques

Ils sont étroitement mêlés aux étiologies. Ce sont :

- des causes générales :
  - anémie due à la malnutrition quand l'hémoglobine est inférieure à 9 g,
  - altération de l'état général (AEG) qui comprend l'anémie et l'asthénie,
  - diabète (source d'hydramnios et d'AEG),
  - tabac, alcool, toxicomanie probablement non pas tant par l'intoxication en elle-même que par le mode de vie qui l'accompagne. Par exemple, le tabac par lui-même ne réduit que de quelques jours la durée de la gestation, mais sa poursuite pendant la grossesse est corrélée à un mode de vie et un profil psychologique défavorables (Dayan, 1999c);
- les conditions socio-économiques :
  - depuis Pinard en 1895 qui avait mis en évidence que les ouvrières de Paris accouchaient bien plus souvent prématurément que les bourgeoises, jusqu'à J. Lumley (1993), E. Papiernik (1995) avec le CRAP (coefficient de risque d'AP), et N. Mamelle (1997) avec le score de fatigue professionnelle, on sait que le risque d'AP est clairement corrélé au niveau socio-économique que nous appelons aujourd'hui avec Dayan le «risque psychosocial». Il touche les femmes pauvres, peu éduquées, d'autant plus qu'elles sont isolées,
  - notons que l'activité professionnelle n'est pas en soi un facteur de risque car la femme au foyer a un risque d'AP légèrement supérieur à celui de la femme «active» (Dayan, 1999).

Peut-être celle-là bénéficie-t-elle de moins d'égards car moins reconnue socialement pour son «activité» justement? Le risque professionnel est lié à la pénibilité physique et au stress mental (4 % chez les cadres, 10 % chez les ouvrières).

- l'isolement social peut exercer à lui seul un effet négatif; lorsqu'il y a rupture ou divorce avec le conjoint, souvent seul support direct à la femme enceinte dans nos sociétés, le risque est augmenté de 43 % (Mimoun, Maggioni, 2000);
- les facteurs épidémiologiques :
  - les facteurs obstétricaux : la FIV dans les ATCD et pour la grossesse en cours, les ATCD de MAP, d'AP, de FCT, ou de deux IVG ou plus pratiquées à plus de 10 SA,
  - l'exposition au Distilbène<sup>®</sup>,
  - le mauvais suivi prénatal,
  - l'âge maternel : inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans (discuté) (Kayem, 2005),
  - le poids maternel inférieur à 45 kg et la taille inférieure à 1,50 m (discutés),
  - la parité : primipare ou parité supérieure à 5,
  - les grossesses illégitimes ou sans conjoint,
  - la race noire : elle serait un facteur de risque indépendant d'un surplus de stress (Virgi *et al.*, 1991),
  - la migration multipliant de 1,5 à 2 fois le risque d'AP;
- le facteur immunologique : en effet, depuis 1990, des travaux ont démontré un lien entre l'existence d'anticorps antithyroïdiens et le risque d'AP, même chez des femmes en euthyroïdie, ce qui serait en faveur d'un dysfonctionnement immunitaire global (Thangaratinam, 2011).

## Causes inconnues

Enfin, dans la moitié des cas, on ne trouve pas de cause (Bérardi, 1995).

Il se peut que nos connaissances ne nous permettent pas encore d'appréhender les causes médicales qui expliqueraient les symptômes. Une collègue pédiatre à qui je racontais mon travail d'écriture sur la MAP me mettait en garde de tout «psychologiser». Elle-même avait vécu trois

grossesses entièrement couchée au lit dans la plus grande culpabilité et sous le regard soupçonneux des soignants devant l'absence d'étiologie retrouvée. Bien plus tard, au cours d'une petite intervention chirurgicale, on s'est aperçu qu'elle avait une malformation utérine, cause très vraisemblable de ses trois MAP.

A *contrario*, comme le souligne Dayan (1999c), «certaines étiologies, en apparence organiques, n'ont pas d'explications satisfaisantes en dépit d'une valeur prédictive souvent forte : tendance à la récurrence d'accouchement prématuré, PMA (procréation médicalement assistée)». Berkowitz (1983) a montré que la fréquence des AP est deux fois plus élevée chez les femmes infertiles que dans le groupe contrôle. On peut penser que, dans ces cas où le désir de grossesse s'exprime avec tant de force et s'inscrit socialement au travers d'un traitement long et coûteux, l'ambivalence, pourtant légitime quel que soit le mode de procréation, soit autocensurée, et que le rejet du fœtus ressorte par le symptôme physique.

Ces situations si nombreuses de MAP sans causes organiques retrouvées ont excité la curiosité de nombreux chercheurs tentant de cerner des facteurs psychologiques qui, sans forcément induire une MAP à eux seuls, pourraient à tout le moins la favoriser.

Malheureusement, les études qui ont été faites sont trop souvent rétrospectives, ce qui empêche de démêler si les facteurs psychologiques sont causes ou conséquences de la MAP : une femme menacée d'accouchement prématuré n'est pas sereine, elle est anxieuse, parfois même angoissée, le fœtus peut devenir persécuteur en l'empêchant de vivre normalement avant même que le processus de maturation menant à la préoccupation maternelle primaire ait pu s'initier, et la position couchée ajoute encore à la régression naturelle de la grossesse et à l'aspect dépendant.

Les nombreuses recherches ont d'autres défauts : faiblesse statistique des effectifs, validité ou spécificité des échelles pendant la grossesse non établies, confusion des différents facteurs de risque : médicaux, obstétricaux, sociaux, psychologiques, si souvent tous intriqués.

Cependant, Dayan *et al.* ont fait le tri de ces études, nous permettant de citer les facteurs de risque psychologiques, qu'il me semble important que les obstétriciens aient davantage à l'esprit afin de ne pas les oublier dans la prise en charge préventive et thérapeutique.

## Facteurs de risque psychologiques

### Stress

Chez la rate gestante soumise à un stress, la conséquence est, notamment, le raccourcissement de la durée de gestation (Roegiers, Molenat, 2011). En laboratoire, chez la femme (non gestante, je vous rassure), le stress entraîne des contractions utérines ; à l'inverse, cette fois chez la femme enceinte, la relaxation diminue le nombre de CU, d'où un intérêt thérapeutique des techniques dites corporelles.

Il existe plusieurs échelles mesurant le stress : échelle d'événements mineurs, majeurs, de tensions engendrées par les rôles sociaux comme celui de parent par exemple. La plupart des travaux récents convergent pour montrer l'existence du lien entre prématurité et événements de vie stressants, mais surtout ressentis subjectivement comme stressants par la patiente.

Ainsi, il y a plutôt moins d'AP dans les périodes très stressantes de guerre par exemple, quand les événements sont vécus en groupe dans une ambiance de cohésion sociale. Au contraire, un divorce sera un facteur de stress pouvant générer des contractions utérines et une MAP. La migration engendre un stress majeur.

Mimoun (2000) pose la question intéressante de savoir si le stress psychosocial induit le risque d'AP par le style de vie, le comportement ou au travers des effets des hormones du stress. On verra plus bas que F. Palacio-Espasa et N. Nanzer (2011) parlent de stress et de dépression, à la fois comme inducteurs de MAP et parfois d'AP, par le biais non seulement des hormones de stress mais aussi des conflits intimes non résolus.

### Anxiété

Aucune étude n'a prouvé de lien entre prématurité et anxiété qu'elle soit état ou anxiété-trait (Dayan, 1999c). Par contre, l'annonce de la MAP génère de l'anxiété.

### Dépression anténatale

Les études ne trouvent pas de lien vraiment direct entre MAP et dépression, sauf dans la population socialement défavorisée chez qui les autres facteurs de risque sont intriqués : comportements à risque,

isolement, mauvaise utilisation des circuits de soin, addictions, manque de considération pour son corps, retard à consulter.

J. Dayan *et al.* (1999c), cependant, dans une étude portant sur 400 femmes enceintes, retrouvent un taux double de MAP chez les femmes déprimées (EPDS), même en ajustant les variables comme la gémellité. Cependant, les données sociodémographiques n'étaient pas prises en compte.

Enfin, F. Palacio-Espasa (2011) et son équipe de Genève étudient actuellement des femmes traitées médicalement pour leurs contractions utérines par des tocolytiques. D'après les premiers résultats de cette étude encore non publiée, ils constatent 3 fois plus d'AP dans les situations de stress et de dépression chez la future mère. Les entretiens réalisés auprès de ces patientes révèlent des conflits intimes avec leur propre mère, une « dépression de type masochiste ». Cependant, le symptôme somatique rend le conflit psychique plus difficile à appréhender sur la scène thérapeutique que lors d'une « simple » dépression anténatale sans transformation somatique.

### Attitude psychologique globale face à la grossesse

Que ce soit par la mesure de l' « investissement de la grossesse » (De Muylder *et al.*, 1992) ou l' « attitude envers la grossesse » (Mamelle *et al.*, 1997), les chercheurs trouvent un lien direct entre les difficultés psychologiques liées à la grossesse et le risque d'accouchement prématuré. Le questionnaire de cette étude n'étudie pas directement le désir de grossesse de la femme, mais plutôt le retentissement de la grossesse sur celle-ci : image du corps, sentiment de plénitude, recherche de maîtrise...

Une large étude prospective, portant sur 8000 femmes enceintes et leur désir de grossesse (Laukaran et Van den Berg, 1980), conclut à l'absence de corrélation entre le désir de grossesse et le terme de l'accouchement, le poids de naissance, le déroulement de l'accouchement; par contre, les auteurs observent plus de décès périnataux, d'infections, d'hémorragies du post-partum, plus de consultations pour anxiété et d'accidents chez les femmes qui ne désiraient pas leur grossesse.

A. Blau *et al.* (1963) rapportaient quant à eux plus de sentiments conscients d'hostilité et de rejet de la grossesse chez les mères des enfants prématurés,

un matériel inconscient livré révélant davantage de fantasmes de destruction. Mais il semble que là l'enfant soit déjà né, et on verra dans les conséquences de la prématurité combien le trop petit, né trop tôt est disqualifiant pour la mère, les sentiments d'hostilité « au-delà de l'ambivalence normale » étant alors courants. Encore une fois, il faut se méfier de ne pas mélanger les causes et les conséquences de la prématurité.

### Personnalité de la parturiente à risque d'accouchement prématuré

Chez les femmes qui ont accouché prématurément, on trouverait des traits de personnalité communs : des femmes plus nerveuses, anxieuses, dépendantes et immatures, narcissiques, ayant plus de préoccupations corporelles notamment des difficultés à assumer les transformations physiques de la grossesse, une fragilité de l'identité féminine. Elles auraient une image maternelle dominante, la mère étant un modèle ou au contraire un anti-modèle absolu. Enfin un conflit entre le désir de grossesse et les ambitions professionnelles est décrit (Herms *et al.*, 1982).

Notons que nous avons exposé sensiblement les mêmes traits dans la partie traitant des vomissements incoercibles de la grossesse (*cf.* p. 69). Comme si, *sur un terrain semblable, les conflits psychiques non élaborés prenaient des voies d'extériorisation physiques différentes*. Comme si le nonaccès à l'ambivalence et la difficulté à intégrer les métamorphoses psychiques de la grossesse, chez certaines femmes, entraînaient la somatisation sous différentes formes; l'intensité et la gravité des symptômes, aussi bien dans l'exemple des vomissements que dans celui de la MAP, suivraient le curseur de l'impossibilité à symboliser.

### Hypothèse psychanalytique

Dès les années 1950, elle est soutenue par les pionniers de l'Institut de puériculture de Paris (Soulé, 1977; 1997).

On peut faire l'hypothèse que pour les MAP sans étiologies organiques, y compris quand les AP récidivent, il y ait un *continuum* chronologique et de gravité entre la « mapounette », la MAP et l'AP.

Ainsi, les contractions utérines, qu'elles modifient le col ou non, seraient une « plainte, un symptôme à entendre comme un signal de détresse psychique », comme dit J. Dayan. La MAP serait alors, selon Racamier (1984), « la décompensation somatique de la grossesse », la manifestation d'un conflit inconscient qui, pendant les derniers mois de la grossesse, se jouerait entre deux pulsions opposées, l'une qui vise à retenir le fœtus, l'autre à l'expulser selon H. Deutsch (1987). Cette ambivalence conflictuelle peut alors aboutir à ce compromis qu'est le symptôme prématurité, nous dit Le Vaguerese (1983).

La MAP serait l'expression somatique d'une détresse psychique (Alexander, Slater, 1987), une manifestation psychosomatique (Donabédian, 1994).

Dans cette hypothèse, il semble bien important d'entendre les premiers symptômes repérés, contractions utérines et/ou modification du col, d'en tenir compte sans la désinvolture maintenant facilement affichée, de prendre soin de la femme, de faire en sorte qu'elle soit entourée par ses proches ou, à défaut, par les soignants.

B. Alexandre (Bérardi *et al.*, 1988) disait déjà : « Le support social et affectif sert de contenant psychique aux angoisses de la femme enceinte qui peut alors à son tour contenir la grossesse et le bébé. Ce rôle de contenant psychique peut être dévolu aux soignants. »

Ces mesures simples et assurément peu coûteuses éviteraient l'escalade des symptômes pouvant devenir incontrôlables et aboutir à l'accouchement prématuré.

## Prévention et traitement

Pourquoi est-il très important d'éviter l'accouchement prématuré, c'est-à-dire l'accouchement avant 37 SA (soit 259 jours d'aménorrhée) ?

La prématurité est responsable de conséquences chez le bébé, bien sûr, que je développerai plus bas, mais aussi de conséquences difficiles à évaluer (et c'est dommage pour convaincre les financiers de l'intérêt de la prévention) sur les parents en termes de culpabilité, sentiment d'incompétence, problème conjugal, familial, répercussion sur la fratrie surtout quand la prématurité génère un handicap (Scelles, 2010).

En termes de santé publique, on estime que le coût d'une naissance prématurée est 30 fois supérieure à celle d'une naissance à terme.

## Conséquences néonatales de la prématurité

Ces conséquences de la prématurité sont d'autant plus graves que l'âge gestationnel au moment de l'accouchement est bas. Elles sont également liées au poids de naissance.

Ainsi selon l'OMS, la grande prématurité désigne toute naissance d'un fœtus vivant, pesant plus de 500 g et né entre la 22<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> SA révolues.

On distingue en pratique trois niveaux de prématurité :

- la « très grande » prématurité entre 22 et 28 SA (1 à 2 % des cas ; 50 % de mortalité) ;
- la « grande » prématurité entre 28 et 31 SA + 6 jours (10 % des accouchements prématurés) ;
- la prématurité « moyenne » entre 32 et 37 SA qui représente, heureusement, 80 % des cas.

Il faut noter qu'un accouchement prématuré sur trois est provoqué suite à une décision médicale pour sauvetage maternel ou fœtal. Nous ne nous intéressons ici qu'aux accouchements prématurés spontanés car ils sont, le plus souvent, précédés d'une MAP.

La prématurité est responsable de plus de 80 % des morts néonatales,<sup>41</sup> d'une morbidité néonatale importante (hypothermie ; troubles respiratoires, hémodynamiques, neurologiques, métaboliques, digestifs...), de séquelles redoutables psychomotrices, visuelles, respiratoires, cognitives, et ce d'autant plus que l'âge gestationnel est faible à la naissance (études EPIPAGE).

Les conséquences physiques pédiatriques, parfois très graves sont bien connues ; je n'entrerai pas dans le détail ici ; mon intention est plus de souligner les conséquences délétères psychiques sur la mère, les parents, la famille dans son ensemble, et, du coup, des conséquences sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant prématuré.

*Les difficultés de l'enfant à long terme* sont dues à des lésions organiques, mais plus encore

41 Encyclopédie médicale : *Médix*, 2010.

semble-t-il, aux conséquences de la grave perturbation de la relation mère-enfant que peut générer l'absence de corps à corps précoce suite à une séparation radicale et souvent en catastrophe d'avec la mère, et aux contraintes de l'hospitalisation plus ou moins longue, limitant et perturbant profondément les interactions sensorielles, affectives et fantasmatiques lors des soins maternels.

## Conséquences psychologiques de la prématurité

L'ambiance d'urgence, de stress, de drame qui entoure l'accouchement prématuré, la rupture brutale du lien *in utero*, ou pire, la séparation physique brutale survenant avant la bascule entre l'état de grossesse et l'attente d'un enfant, la privation des premières interactions visuelles, sensorielles précoces, de la première tétée, si importantes dans le processus d'attachement, la culpabilité, le sentiment d'incompétence – « pas capable » de donner la vie « normalement », « moins bien que [sa] mère », d'avoir fabriqué un petit pas fini, si vulnérable, de ne pas avoir rempli son contrat vis-à-vis du père et conjoint –, le sentiment d'être dépossédée de son bébé au profit de professionnels qui savent faire, eux, tous ces sentiments engendrent angoisse, frustration, honte, blessure narcissique et un sur-risque de dépression postnatale.

Et puis il y a la redoutable inquiétude des parents face à l'avenir possiblement compromis de leur enfant, la palette des expressions de cette inquiétude étant très large : de l'angoisse de mort consciente et massive à une angoisse diffuse et souterraine, du surinvestissement apparent, au rejet plus ou moins masqué avec carences de soins. Cet enfant, si peu conforme au bébé imaginé, est d'autant plus décevant dans les familles à vulnérabilité multiple qu'il vient rajouter une angoisse généralisée au lieu de la valorisation attendue. Les femmes en grande difficulté face à cette terrible blessure narcissique, seules ou accompagnées d'un conjoint qui n'est pas toujours en mesure de les aider, sont plus à risque d'être englouties par cette prématurité qui leur ôte le dernier espoir qu'elles avaient de surnager grâce à cet enfant dont elles attendaient trop; cet enfant qui risque lui aussi d'avoir des difficultés, et qui, de ce fait, majore leur culpabilité et leur découragement, peut être lui-

même soumis à une carence psycho-affective, une négligence ou une maltraitance.

Or, il est démontré que la carence de soins, les dysfonctionnements familiaux, les risques psychosociaux comptent pour un tiers de la variance dans le développement moteur, pour deux tiers de la variance au niveau cognitif, et pour quatre cinquièmes dans le développement socio-émotionnel (étude de Mannheim des enfants à risque citée par Dayan, 1999c; Laucht *et al.*, 1997; Pierrehumbert, 2007; Borghini *et al.*, 2008). Le pronostic est mauvais quand s'ajoutent aux risques organiques de la prématurité, les risques psychosociaux : bas niveau d'éducation des parents, jeune âge, famille monoparentale, perturbations mentales des parents (Sameroff *et al.*, 1993). Toutes les variables étant ajustées, les facteurs de risque familiaux précoces l'emportent sur les risques organiques pour produire des effets préjudiciables sur l'adaptation et le développement cognitif et émotionnel de l'enfant.

Or c'est justement dans ces familles, on l'a vu plus haut, que le risque de MAP et le risque d'AP sont plus élevés. Il semble capital de tenir compte de ces données en termes de prévention aussi bien de la MAP que de l'AP, en concentrant les efforts pour entourer les familles particulièrement vulnérables.

## Évolution du taux de prématurité

Selon l'enquête périnatale 2003, le taux de prématurité est de 7,2 % des naissances (Blondel *et al.*, 2005), soit 58 000 bébés prématurés nés par an en France. Or, en 1981 et 1972, le taux de prématurité était respectivement de 5,6 % et 7,2 % (Rumeau-Rouquette *et al.*, 1984).

On constate qu'après une phase d'amélioration du taux de prématurité, passé de 7,2 % en 1972 à 5,6 % en 1981, nous sommes revenus au taux de 1972 avec nos 7,2 %. Cela représente quand même près de 13 000 bébés prématurés de plus par an par rapport aux années 1980. Ce réaccroissement est certainement lié à l'augmentation des grossesses multiples dues à la PMA mais, je pense aussi, à une très (trop ?) grande confiance des obstétriciens dans les progrès de la néonatalogie.

## Prévention

La prévention doit être adaptée, non seulement au niveau de risque, y compris le risque psychosocial de la femme (cf. *supra*), mais également au terme de la grossesse.

Pour les *femmes asymptomatiques à bas risque d'AP*, c'est-à-dire la population générale des femmes enceintes, la prévention de l'AP et de la MAP repose sur la surveillance clinique mensuelle obligatoire telle qu'elle est organisée en France avec, selon les règles de la médecine du travail, une adaptation du poste et des horaires de travail.

Un repérage des facteurs de risque psychosociaux lors de l'entretien du 1<sup>er</sup> trimestre devrait pouvoir enclencher des mesures adéquates et adaptées au cas par cas. Mais les cliniciens de la grossesse le savent bien, et toutes les études le confirment, ce sont les femmes pauvres socialement, affectivement, culturellement qui connaissent mal leur corps et ont pour lui peu d'estime, qui dépistent tard leur grossesse, ont moins facilement accès aux soins, font peu et mal suivre leur grossesse... qui courent le plus de risques de complications obstétricales. L'association mauvais suivi de grossesse/accouchement prématuré est quasiment constante. Comment arriver à « accrocher » tôt ces femmes-là ?

Il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement pharmacologique prophylactique de la MAP qui ait fait la preuve de son efficacité.

Chez les *femmes asymptomatiques mais à haut risque d'accouchement prématuré (AP)*, c'est-à-dire les femmes qui présentent une grossesse multiple, des antécédents de fausses couches tardives, d'accouchement prématuré, une malformation cervico-utérine connue, on peut proposer selon les équipes :

- le repos ;
- une surveillance clinique plus rapprochée éventuellement à domicile ;
- un traitement médicamenteux préventif ;
- un cerclage du col prophylactique.

En cas de *MAP authentifiée et graduée par l'examen clinique*, on effectue, si possible, la mesure échographique de la longueur du col et, peut-être bientôt de manière courante, le test à la fibronectine (marqueur biochimique normalement absent

des sécrétions vaginales entre 22 et 37 SA). La prévention de l'AP consiste à traiter la MAP.

## Traitement de la menace d'accouchement prématuré

Il n'est indiqué qu'avant 36 SA et il a des contre-indications qui sont de bon sens : mort fœtale *in utero* (MFIU), malformation fœtale létale, souffrance fœtale aiguë (SFA) ou subaiguë, infection de l'œuf ou pathologie maternelle grave. Il est discuté en cas de souffrance fœtale chronique (SFC), retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou hémorragie maternelle (Cabrol, 1996).

Il consiste en :

- arrêt de travail et repos ;
- cerclage « à chaud » ;
- tocolyse ;
- prise en charge sociale et psychologique des patientes.

*Arrêt de travail et repos, à domicile avec visites d'une sage-femme, ou hospitalisation en maternité.* La MAP est la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse :

- le repos signifie « vie calme » mais quotidien assuré, ou plusieurs heures en position allongée, ou repos au lit strict avec prévention de la phlébite selon la gravité estimée, la compliance attendue de la patiente, les possibilités d'aide apportée par son entourage, par une TISF... et l'anxiété du prescripteur. Le repos strict est cependant de moins en moins indiqué sauf en cas de menace d'accouchement imminent (Kayem *et al.*, 2005) ;
- l'hospitalisation en maternité permet de faire le point, de graduer le risque en fonction du terme, de l'état du col, des contractions utérines enregistrées sur RCF, d'évaluer l'état fœtal (échographie et RCF), de faire un bilan étiologique, en particulier infectieux, avec NFS, CRP, ECBU, PV et, enfin, d'instaurer un traitement.

*Le cerclage « à chaud »* est effectué en urgence, sur col déjà modifié.

*Tocolyse* (arrêt des contractions utérines). Elle s'effectue par voie parentérale pendant 48 h, par bêta-mimétiques (le fameux Salbumol®), inhibiteurs calciques (Loxen®) et antagoniste de

l'ocytocine (Tractocile®) qui semble avoir bien moins d'effets indésirables que les deux précédents. Les antispasmodiques (comme le Spasfon®) sont encore très prescrits malgré leur inefficacité scientifiquement démontrée. Je pense qu'ils permettent aux cliniciens de donner « quelque chose » qui, s'il n'est pas utile, au moins ne devrait pas nuire – ce qui n'est, semble-t-il, pas prouvé non plus –, selon l'adage médical *primum non nocere*. Pour ma part, je crois beaucoup à l'effet placebo de la perfusion en tant que telle, comme « cordon », exactement comme pour le traitement des vomissements incoercibles (cf. p. 67).

On dégage un consensus pour l'ensemble de ces mesures avec une tocolyse parentérale pendant les 48 premières heures et ce, avant le terme de 34 SA. Cela permet, en cas de MAP grave, de gagner du temps pour injecter à la mère des corticoïdes et la diriger vers une maternité de niveau adapté à l'accueil du bébé prématuré en réanimation néonatale : c'est le transfert « *in utero* » mis en place grâce à l'organisation des maternités en réseaux. L'injection intramusculaire d'une ou maximum trois cures de corticoïdes (bétaméthasone) à la femme enceinte permet de réduire la mortalité néonatale, de diminuer les conséquences non seulement pulmonaires, mais aussi cérébrales de la prématurité. Elle est essentielle en termes de prévention, et ne pas la réaliser peut constituer une faute médicale.

*Prise en charge sociale et psychologique des patientes.* Cette mesure est rarement incluse dans les articles purement obstétricaux sauf chez Cabrol *et al.* (2002), un peu comme si c'était du luxe, alors que le stress psychosocial est un facteur de MAP et d'AP clairement retenu, de même qu'il est facteur de gravité dans les conséquences de la prématurité.

De plus, il a été prouvé que cette prise en charge diminuait de façon significative le taux de prématurité chez les femmes enceintes qui présentent une MAP (Omer, 1996 ; Papiernik, 1995 ; Mamelle *et al.*, 1997) et ce, quelle que soit l'origine sociale de la femme enceinte. L'idée que la MAP puisse dans certains cas être l'expression de conflits psychiques est étayée par de nombreuses études (cf. p. 77) et, empiriquement, par le contenu et les résultats de traitements psychanalytiques.

## Et après, si l'accouchement n'a pas eu lieu, faut-il un traitement d'entretien ?

Les recommandations pour la pratique clinique (CNGOF, 2002) indiquent que :

- le suivi à domicile à la suite de l'hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré ne réduit pas la prématurité (NPI), mais augmente nettement la satisfaction des patientes ;
- un traitement d'entretien après 48 heures de tocolyse efficace n'a pas d'intérêt pour la prolongation de la grossesse ou l'état néonatal, mais il pourrait réduire les réhospitalisations et la nécessité de retraiter, par tocolytiques intraveineux, le deuxième épisode de MAP pouvant être cette fois incontrôlable.

Ces deux petites phrases méritent qu'on s'y attarde un peu. En effet, c'est probablement ce point précis qui constitue le nœud de divergence : doit-il y avoir un traitement d'entretien ou pas de traitement d'entretien ? Et que met-on sous le terme « traitement » ?

Certains, confortés par les méta-analyses, parfois élevés à l'obstétrique britannique, et surtout, je pense, sensibilisés à des enjeux financiers de plus en plus prégnants, pensent ce traitement inutilement coûteux : comme l'infection (ascendante venant du vagin, chorio-amnionite infraclinique) est la grande pourvoyeuse de MAP et d'AP, rien ne sert de lutter, le fœtus sera mieux dehors que maintenu de force dedans. On confie le bébé prématuré et l'eau de son bain, coût financier en tête, aux néonatalogistes et le tour est joué.

Mais les pédiatres, confrontés aux conséquences de la prématurité, même « moyenne », à 32–33 SA, ne sont pas du tout d'accord et continuent de clamer que la maturité fœtale se situe à 37 SA minimum (Relier, 1993 ; Bolot, 2010). D'ailleurs les déclenchements pour raison médicale se font désormais plutôt à 38 SA voire 39 SA qu'à 37 SA, car une seule semaine de gestation supplémentaire, quand elle est possible, réduit la morbidité néonatale. En terme de santé publique, les enfants nés à 35 SA coûtent 4 fois plus cher que ceux nés à 36 SA et 18 fois plus cher que ceux nés à terme (Mimoun, Maggioni, 2000).

De plus, dans l'étude du coût financier, il serait indispensable de retrancher le prix du traitement

médicamenteux inutile des «mapouettes» et d'ajouter le prix des consultations et hospitalisations en pédiatrie à long terme, ces bébés restent fragiles longtemps, parfois des années, du fait des conséquences pulmonaires, digestives, neurologiques de leur prématurité.

Enfin, la séparation initiale mère-bébé a un coût qui n'est pas chiffrable financièrement mais est inestimable psychiquement : la séparation mère-bébé initiale, lourde de répercussion sur l'établissement des premiers liens, les séparations ultérieures en cas de ré-hospitalisations, l'inquiétude des parents, leur sentiment de culpabilité, les répercussions sur le couple et sur la fratrie qui peut se sentir délaissée par des parents tout entiers mobilisés par le bien trop petit dernier.

Mon idée est qu'il faut traiter les MAP, et tout risque d'accouchement prématuré. Mais qu'il faut s'entendre sur la notion même de traitement. Il n'est pas forcément médicamenteux ou «que» médicamenteux. Or, dans bien des études, on ne parle que de l'effet des tocolytiques sur le taux d'AP. Or, quand je parle de traitement, j'en parle au sens large, au sens de «prendre soin», le *take care* des Anglo-Saxons.

Comme dit B. Golse, une qualité de présence, d'attention a des pouvoirs de transformation.

Et c'est plus l'attention portée par les soignants au quotidien qui préviendra l'AP que le vecteur de l'attention en lui-même (Mimoun, 2000); par exemple, lors des visites à domicile par les sages-femmes, le monitoring des CU s'est avéré inutile, mais il peut être un bon vecteur d'attention par des soins au corps réguliers.

Bref! Je milite pour ce que j'appelle dans le service le «chouchoutage». Plus sérieusement, S. Freud parlait, lui, de la *Nebenmensch*, littéralement «la personne à côté», la personne secourable, indispensable au bébé; P. Salon<sup>42</sup> décrit combien ce besoin est éprouvé symétriquement par la mère, d'une personne bienveillante et secourable sur laquelle elle s'appuie, ne serait-ce que fugacement, pour être, par le jeu des étayages et identifications, une bonne mère contenante à son tour.

On pourrait prendre soin des patientes ayant des contractions utérines isolées, sans modification cervicale de la même façon que celles présentant

une MAP, les tocolytiques en moins. Des explications, une réassurance, éventuellement une consultation plus rapprochée ou quelques jours de vacances, un allègement du travail professionnel ou à la maison, avec une plus grande participation du conjoint aux tâches ménagères par exemple, bref, une considération du symptôme physique et de l'état gravidique de la femme par le monde médical, social, l'entourage, devrait permettre la poursuite sereine de la grossesse sans que le corps soit obligé de surenchérir pour se faire entendre. La proposition systématique d'entretiens psychologiques complèterait l'étayage.

En cas de MAP avérée, on ajouterait un traitement médicamenteux par tocolytiques. D'ailleurs, G. Bréart (1981) prouve que lorsque l'on traite les risques moyens (et non les faibles) préventivement par tocolytiques (mais aussi avec repos et hospitalisation), on baisse significativement le taux d'AP.

Les études ont montré que si la surveillance se limite à un nombre de contrôles plus élevé ou à une tocolyse pharmacologique, les résultats sont décevants, alors que les mêmes mesures sont efficaces quand elles sont associées à un programme d'instruction (qui rend la femme héroïne de sa propre grossesse), de soutien social et de repos au lit avec contact avec des soignants (Hobel *et al.*, 1994). N. Mamelle *et al.* (1997) démontrent clairement l'intérêt du soutien psychologique pendant les MAP sous forme de psychothérapie afin de diminuer l'incidence de l'AP. L'état psychique très particulier de la grossesse permet l'efficacité de psychothérapies brèves, même si, comme on l'a vu plus haut, la somatisation rend plus difficile l'accès aux conflits intimes, réduisant souvent (mais pas toujours) les entretiens à un travail d'accompagnement centré sur le symptôme physique.

Il en va de même pour H. Omer (1996) avec le traitement par hypnose. Dans notre service, nous proposons, outre le soutien psychologique sur un mode psychothérapeutique, la présence rassurante des sages-femmes formées à ce mode de prise en charge très contenante, la possibilité du soutien haptonomique qui a l'énorme avantage d'impliquer le père, et/ou de massages ayurvédiques.

Pour ces femmes présentant une MAP déjà installée, ou bien celles qui ont un grand risque d'AP, non seulement il faut les traiter après les 48 heures initiales, mais il faut ensuite adapter le traitement

42 P. Salon : communication orale, congrès Marcé, 2010.

de relais aux conditions de chacune des patientes sans ajouter de brutalité médicale à celle de la pathologie.

J'ai vu en effet des femmes très choquées par l'annonce de leur MAP (Blazy, 2006). Elles se rendent tranquillement à leur consultation mensuelle de suivi de grossesse et là, l'examen clinique ou échographique révèle un col ouvert (ou très court, ou l'orifice interne ouvert avec la poche des eaux en entonnoir, ou la présentation plongeante et le segment inférieur amplifié...). Elles se retrouvent hospitalisées le jour même, perfusées, parfois cerclées, clouées au lit par le terme de « menace ». Menace sur elles dont l'activité, les projets sont brutalement suspendus pour un temps indéfini. Menace sur le fœtus pour les raisons que l'on a vues et qui lui ont été expliquées. Menace sur leur compétence maternelle, à coup sûr.

Et au bout de 48 heures ou à peine plus de ce traitement, leur état clinique jugé stabilisé, elles pourraient rentrer chez elles, seules et sans traitement ?

Certaines de ces patientes ressentent les contractions utérines qui ouvrent leur col utérin. Elles les comptent alors, les guettent, palpant leur ventre avec anxiété et... se provoquent ainsi de nouvelles contractions générant de nouvelles angoisses et ainsi de suite. Comme elles ne sont pas en lien direct avec leur col mais ont besoin d'un examinateur extérieur, elles reconsultent avec inquiétude, sont réhospitalisées, retraitées, etc.

Ou bien, elles ne ressentent aucune CU (c'est le cas d'une femme sur quatre), ce qui n'a rien de rassurant puisque, de même, elles n'avaient rien senti avant l'annonce de la menace. Et comme elles ne sont pas en lien direct avec leur col... (cf. *supra*).

Il me paraît cruel, dommageable et dangereux de ne pas créer un environnement sécurisant autour de cette femme qui présente une MAP :

- cruel à cause de la solitude et l'angoisse dans lesquelles on la plonge brutalement après un traitement très médicalisé donc inquiétant, et de l'impuissance vécue par son entourage ;
- dommageable puisque les réhospitalisations et remises sous traitement, très coûteuses, seraient évitées avec un système simple alliant visites à domicile de la sage-femme et d'une aide ménagère, si cela est possible et souhaité par la femme, des entretiens avec un psychologue, voire une hospitalisation en moyen séjour, afin de per-

mettre un soutien à la fois physique et psychologique ou psychosocial si besoin ;

- dangereux, parce que tant que la femme enceinte est fixée sur son col et ses contractions de l'utérus, elle n'est pas en relation avec son fœtus. Elle n'est pas une bonne mère à ses yeux car incapable de le protéger de la « menace ». Voire même, c'est elle qui le menace.

Ce point de divergence existe aussi entre les différentes équipes obstétricales qui, tiraillées entre le résultat des méta-analyses d'une part et le « tout traitement » pour éviter tout risque et tout reproche d'autre part, optent pour un consensus mou, dérivé de ce que leur ont appris leurs anciens maîtres et leur expérience propre, ne répondant à aucune ligne de conduite formellement recommandée, situation bien inconfortable.

## **Hypertension artérielle gravidique<sup>43</sup> et pré-éclampsie**

L'hypertension artérielle (HTA) gravidique tue encore aujourd'hui, au XXI<sup>e</sup> siècle en France, du fait de ses complications. Elle tue des fœtus, y compris à terme. Elle tue aussi des mères. Cette maladie scandaleuse dont on ne maîtrise ni la survenue, ni les causes, ni l'évolution, ni le traitement est détestée des obstétriciens, qui, comme tous les soignants, tolèrent mal ce qui leur résiste.

En principe, mais en principe seulement car elle est fourbe, l'HTA gravidique précède la pré-éclampsie. Elle est responsable d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou hypotrophie fœtale.

La pré-éclampsie (PE) ou toxémie gravidique est une conséquence grave et fréquente de l'HTA gravidique ; elle fait craindre à court terme des complications redoutables car possiblement mortelles pour la mère (15 décès par an en France) et le fœtus, comme l'éclampsie, le HELLP syndrome (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count*<sup>44</sup>), l'hématome rétroplacentaire (HRP).

43 Gravidique : de la grossesse.

44 Ce syndrome associe biologiquement une hémolyse (destruction des globules rouges), une cytolysé hépatique (destruction de cellules hépatiques), une thrombopénie (manque de plaquettes).

Malgré de réels progrès dans la compréhension de cette «maladie des hypothèses» et dans l'évaluation précoce du risque, on en est encore à prévenir ses complications et non sa survenue. Et ce que craignent les obstétriciens dans cette pathologie, c'est le drame d'apparition brutale, la complication qui tombe sans prévenir, sans signe clinique d'appel, comme un coup de tonnerre dans un ciel clair; après, les éléments s'enchaînent en cascade, on a l'impression désagréable d'agir avec un métronome retardé sur la maladie, jusqu'à l'extraction du fœtus en urgence, et les conséquences d'une naissance traumatique (cf. p. 105).

*Marie a une trentaine d'années. Elle attend son premier enfant, et est enceinte de 8 mois et 1 semaine. Elle n'a aucun antécédent familial ou personnel d'HTA. Depuis une semaine, nous constatons des œdèmes des membres inférieurs, une bouffissure de la face au réveil. Sa TA, surveillée plusieurs fois par jour, est limitée à 13/8, 14/9; la protéinurie dans des taux acceptables, la biologie rassurante, les monitorings fœtaux excellents, quand je la vois à la visite le vendredi matin. Nous intensifions la surveillance. Dans la nuit du samedi au dimanche, à 23 h 30, elle se plaint de douleurs abdominales; pas de sang à l'examen, un utérus souple, mais un tracé cardiaque fœtal avec des ralentissements. La sage-femme transfère Marie en urgence dans la maternité la plus proche; il est 00 h 30 à l'arrivée; il n'y a plus de bruits du cœur fœtal; à l'échographie, c'est confirmé: le fœtus est mort; l'obstétricien est obligé de faire une césarienne dans la nuit pour sauver la mère qui présente des hémorragies par troubles de coagulation; elle passera plusieurs jours en réanimation.*

De telles histoires cliniques sont rares, mais on sait qu'elles sont toujours possibles et elles sèment l'effroi dans les équipes.

Nous ne disposons à l'heure actuelle que d'un traitement permettant de réduire les risques de la prématurité ainsi que d'un traitement symptomatique de l'HTA ne prévenant que les accidents maternels hypertensifs (accident vasculaire cérébral, par exemple), mais en rien les risques materno-fœtaux de la pré-éclampsie. Il n'existe aucun traitement préventif de cette maladie elle-même, même si un traitement par faibles doses

d'aspirine réduit le risque de complications... lors des grossesses ultérieures.

La physiopathologie est encore assez mystérieuse et elle a aussi récemment stimulé des hypothèses psychosomatiques, ce d'autant plus que l'origine semble se situer au niveau placentaire, juste à l'interface mère/fœtus, et que la génétique, l'épigénétique, l'immunologie y sont mêlées.

## Quelques définitions

### HTA gravidique

- Fréquence : 10 % des grossesses.
- TA supérieure ou égale à :
  - 14 pour la pression artérielle systolique – PAS (maxima);
  - 9 pour la pression artérielle diastolique – PAD (minima).
- Chiffres trouvés à au moins deux reprises à 4 heures d'intervalle, avec un brassard adapté au bras de la patiente, elle-même assise et détendue.

Cette HTA gravidique se distingue de l'HTA chronique qui précède la grossesse ou existe déjà au 1<sup>er</sup> trimestre et ne s'accompagne pas de protéinurie.<sup>45</sup> Il est intéressant de les différencier parce que le pronostic de l'HTA chronique est bien meilleur, n'ayant pratiquement aucune conséquence ni sur le placenta, ni sur le fœtus; à moins qu'elle ne se complique d'une HTA gravidique, ce qui est toujours possible d'autant que le risque de survenue d'une PE est accru en cas d'HTA chronique (Sibai *et al.*, 2005)!

L'HTA est modérée entre 14 et 16 pour la PAS, 9 et 11 pour la PAD. Elle est sévère à partir de 16/11.

### Pré-éclampsie (PE)

Fréquence : 2 à 3 % des grossesses, 10 % des HTA gravidiques.

C'est une HTA gravidique, modérée à sévère, compliquée d'une protéinurie « significative », c'est-à-dire supérieure ou égale à 500 (ou 300) mg/24 h.

On l'appelle aussi « toxémie gravidique », terme que je préfère à cause de l'analogie avec « toxique » qui me semble bien qualifier cette maladie.

<sup>45</sup> Protéinurie : présence (anormale) de protéine dans les urines.

Elle apparaît à la fin du 2<sup>e</sup> ou au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, chez une femme le plus souvent primipare, sans antécédents.

Au stade de pré-éclampsie, le risque de complications à court terme est très élevé :

- accidents maternels : HRP, éclampsie, HELLP syndrome;
- complications fœtales : RCIU, signe de souffrance fœtale chronique sévère, MFIU.

Ces complications peuvent survenir à la faveur d'une aggravation des chiffres tensionnels, ou être révélatrices de la maladie.

Donc, toute HTA apparaissant chez une femme enceinte augmente le risque d'hypotrophie, de mort fœtale, de césarienne.

La PE est sévère quand l'HTA est supérieure ou égale à 16/11 et la protéinurie supérieure à 3,5 g/24h.

### Hématome rétroplacentaire (HRP)

Fréquence : 3 à 5 % des PE sévères, moins de 1 % des grossesses (0,25 % d'après Uzan et Uzan).

Il s'agit du décollement prématuré du placenta normalement inséré, avec hémorragie dans la zone de décollement; accident brutal, encore souvent imprévu, il entraîne des troubles hémodynamiques (de la vascularisation fœtale), donc une souffrance fœtale et des anomalies de la coagulation pouvant aller jusqu'à la mort périnatale dans 20 à 35 % des cas. La taille de l'hématome est variable de quelques millimètres à plus de 10 cm entraînant des conséquences de gravité proportionnelle.

J'ai participé un jour au sauvetage d'un fœtus qui a eu de la chance : son placenta s'est décollé alors que sa mère était déjà dans l'ascenseur pour le bloc opératoire.

Classiquement, le début est marqué par la survenue brutale d'une douleur abdominale intense et permanente, suivie de pertes de sang peu abondantes et de couleur noirâtre. À l'examen, l'utérus est « de bois » du fait de la contracture, hyperdouloureux; il peut déjà exister un état de choc.

Toute la gamme de gravité peut exister entre les petites pertes de sang dont l'origine ne sera rattachée à l'HRP que secondairement, lors de l'examen du placenta, jusqu'au fœtus mort avec troubles de la coagulation.

Le meilleur traitement en est l'accouchement, par voie basse ou césarienne, avec les risques apportés par les troubles de la coagulation, et le terme auquel est pratiquée l'extraction.

### HELLP syndrome

Il survient dans 9 % des cas de PE. Il signe la souffrance viscérale, en particulier hépatique, de l'HTA gravidique, mais cette dernière n'est présente que dans la moitié des cas.

Cette souffrance est due à la micro-angiopathie thrombotique, induite par la pré-éclampsie, qui se généralise. Aux signes de PE s'associent l'anémie par hémolyse intravasculaire, une thrombopénie par consommation des plaquettes et une élévation des transaminases par cytolysé hépatique. Survenant en principe au 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre, son pronostic dépend non seulement de l'intensité des différents symptômes, mais du terme de sa survenue.

Le diagnostic du HELLP syndrome est biologique. La mortalité maternelle est élevée (4 à 20 %) ainsi que la morbi-mortalité fœtale (plus de 40 %).

Si l'extraction fœtale n'est pas réalisée avant sa complication majeure qui est la rupture du foie, la mortalité fœtale atteint 80 %.

L'interruption de la grossesse est toujours nécessaire. Son moment est discuté en fonction de l'état de la mère, du fœtus et du terme. Elle est réalisée dans les 48 h en cas de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD).

Dans le post-partum, sa survenue est plus rare, mais possible jusqu'à J4.

### Éclampsie

Fréquence : 3 à 5/10 000 naissances pendant la grossesse, 1/10 000 accouchements en postnatal.

Il s'agit d'une complication neurologique rare, mais qui est l'une des principales causes de mort maternelle. On l'évite le plus souvent en contrôlant la PE, car elle serait essentiellement liée à un vasospasme cérébral. Mais il existe toujours des formes inattendues et brutales, le mot éclampsie partageant l'étymologie du mot *éclair*.

Les signes précurseurs d'aggravation de la PE sont à enseigner aux patientes : céphalées aggravées par le décubitus (position couchée) et maximales le matin, phosphènes (troubles visuels, mouches volantes),

scotome (tache aveugle dans le champ visuel), acouphènes (bourdonnements d'oreille), barre épigastrique et/ou vomissements, sensation d'angoisse. Puis, la crise d'éclampsie ressemble à s'y méprendre à une crise d'épilepsie grand mal ou généralisée; elle se déroule en quatre phases :

- invasion;
- phase tonique;
- phase clonique;
- coma.

Dès la première crise, le fœtus risque la souffrance aiguë et la MFIU. La mère risque la reprise subintrante des crises dans un état de mal possiblement mortel.

Le traitement consiste en l'extraction fœtale en urgence et la réanimation.

## Physiopathologie

Voici d'abord quelques notions physiologiques sur la nidation, et l'embryogenèse du placenta puisqu'il semble bien au cœur de la physiopathologie de cette maladie obstétricale.

## Placenta

Le placenta est un tissu d'origine foetale, issu du trophoblaste, donc de la multiplication cellulaire de l'œuf.

Du 6<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> jour après la conception, lors de l'implantation de l'œuf dans la muqueuse utérine (préparée à cet effet depuis les dernières règles), une partie du trophoblaste, précurseur du placenta, le syncytiotrophoblaste, « attaque » le tissu de la muqueuse utérine pour s'y infiltrer, y enfouir l'œuf, et nourrir l'embryon par diffusion d'un fluide issu du plasma maternel. Le trophoblaste a en effet des capacités protéolytiques lui permettant de détruire l'épithélium maternel : tissu conjonctif mais aussi paroi des vaisseaux sanguins dont une partie du flux sera détournée au profit du fœtus. Il devient le placenta, constitué d'une partie foetale et d'une partie maternelle : on parle d'unité foeto-maternelle.

À partir de 10 semaines de grossesse (2,5 mois), le sang maternel envahit le placenta dans des « chambres », cavités créées au départ par le trophoblaste. Mais ce sang maternel restera séparé

du sang foetal tout au long de la gestation par la « barrière placentaire », constituée de l'endothélium des vaisseaux sanguins, du mésenchyme qui les entoure, et des cyto- et syncytiotrophoblastes. Ainsi, ces deux circulations sont très proches sans jamais se mélanger. À noter que cette fameuse « barrière » laisse aisément passer toxiques et médicaments, virus, etc.

## Fonction immunologique du placenta

Le placenta a également une fonction immunologique : il correspond à un « *no man's land* immunitaire » où l'organisme maternel tolère le corps immunologiquement semi-étranger qu'est le fœtus. En particulier, le syncytiotrophoblaste et le placenta sécrètent plusieurs facteurs qui bloquent les cellules cytotoxiques maternelles et les empêchent d'attaquer les cellules de l'embryon et du placenta; par ailleurs, le système HLA<sup>46</sup> classique est remplacé par un HLA-G, les macrophages tueurs de la mère (cellules NK pour *natural killer*) reconnaissent ce HLA-G particulier qui inhibe leur action cytotoxique.

## Lors d'une grossesse normale

Lors d'une grossesse normale, vers 16 SA, le trophoblaste colonise les vaisseaux artériels du corps de l'utérus et les transforme de sorte qu'ils soient de véritables nourriciers du placenta : suppression de récepteurs hormonaux (aux hormones pressives), de fibres musculaires lisses de leur paroi permettant ainsi une dilatation passive de ces artères, et donc une augmentation du débit sanguin.

## Anomalie de la placentation

Quand cette colonisation est absente ou incomplète, on parle d'anomalie de la placentation. Le flux mesuré dans les artères utérines par doppler est anormal (haute résistance et/ou notch) car elles sont de calibre insuffisant (d'où le dépistage par doppler des artères utérines au 2<sup>e</sup> voire au

46 HLA (*human leucocyte antigen*) : c'est le complexe majeur d'histocompatibilité chez l'humain; ces antigènes des leucocytes humains sont des molécules à la surface des cellules qui permettent l'identification par le système immunitaire comme faisant partie de l'organisme, ou étranger à l'organisme.

1<sup>er</sup> trimestre). Du coup, elles ne perfusent pas correctement le placenta, ce qui produit une ischémie placentaire (placenta en souffrance par manque de vascularisation, donc d'oxygène et de nutriments).

## Conséquences maternelles

D'une part, pour compenser la baisse de débit placentaire, des substances vasoconstrictrices sont produites pour diminuer le calibre des vaisseaux, donc augmenter la pression de perfusion ; c'est ce qui provoque l'HTA. L'HTA gravidique est donc une conséquence de l'ischémie placentaire et non le *primum movens*.

D'autre part, l'ischémie placentaire entraîne :

- la libération de substances toxiques qui altèrent la paroi des vaisseaux maternels (micro-angiopathie) ;
- la libération de substances entraînant une vasoconstriction ou vasospasme à l'origine des complications aiguës : éclampsie, HRP, HELLP syndrome ;
- les troubles de la coagulation qui font partie de la cascade d'événements associée aux formes sévères et compliquées de la PE. Pour 25 à 50 % des patientes, leur organisme arrive à compenser l'activation pathologique de l'hémostase due à l'ischémie placentaire. Lorsque cette compensation est débordée, les petits vaisseaux se bouchent, c'est la coagulation intravasculaire, qui est disséminée (CIVD), au niveau non seulement de l'unité fœtoplacentaire (avec RCIU, MFIU), mais du corps de la mère (insuffisance rénale, HELLP syndrome, HRP, éclampsie).

L'association et la diffusion de cette micro-angiopathie, de cette micro-CIVD et de la vasoconstriction entraînent des lésions rénales (d'où la protéinurie), hépatiques, cérébrales, hématologiques...

## Conséquences fœtales

Le fœtus ne reçoit pas assez de nutriments et d'oxygène, ce qui provoque une souffrance fœtale chronique avec retard de croissance intra-utérin dysharmonieux (car tardif, postérieur à la 20<sup>e</sup> semaine). Comme le cerveau est privilégié par la vascularisation aux dépens des viscères et des membres, on a un aspect échographique de fœtus « araignée » : grosse tête et membres grêles. L'ischémie rénale du fœtus entraîne une diminution de la formation d'urine par

le fœtus, et donc un oligoamnios (liquide amniotique en quantité insuffisante).

Ce qu'il est très important de comprendre, c'est que, contrairement à ce que l'on a longtemps cru, *l'HTA gravidique n'est pas la cause de l'insuffisance placentaire, mais la conséquence*. D'ailleurs, l'HTA n'est pas dommageable pour le fœtus ou son placenta comme le prouvent l'expérimentation animale et la clinique de l'HTA chronique. Ce qui signifie aussi que lorsque hypertension et protéinurie apparaissent, les jeux sont faits depuis longtemps, depuis la fin du 1<sup>er</sup> trimestre, et on ne peut plus que limiter l'étendue et les conséquences de l'ischémie.

On a vu qu'une partie des facteurs toxiques libérés le serait par le syncytiotrophoblaste, tissu d'origine embryonnaire et constituant de la barrière placentaire (*cf. supra*).

*On a l'impression que se joue un jeu mortel d'interactions négatives en cascade de part et d'autre de la barrière placentaire.*

## Pourquoi cette placentation se fait-elle mal ?

Cette question reste encore vive aujourd'hui. Il existe probablement de multiples causes conjointes, avec un dosage différent selon les patientes.

### Cause immunologique

On fait l'hypothèse à l'heure actuelle qu'une trop grande histocompatibilité HLA maternelle et paternelle serait à l'origine de l'absence d'anticorps bloquants ; les antigènes réagiraient alors avec des anticorps cytotoxiques. Ce point est difficilement compréhensible, en voici mon point de vue : paradoxalement, c'est parce que les systèmes HLA de la mère et du père se ressemblent trop, que le système HLA-G du placenta ne se met pas en place ; il ne peut donc pas inhiber l'action des cellules tueuses maternelles (cellules NK vues plus haut). Celles-ci exercent alors l'action cytotoxique pour laquelle elles sont programmées vis-à-vis de ce qu'elles reconnaissent comme immunologiquement étranger : le fœtus et son placenta. C'est par ce mécanisme que pourrait s'expliquer la survenue de la PE lors de la première grossesse avec un nouveau partenaire chez une multipare sans antécédent obstétrical.

### Facteurs génétiques

Ils expliqueraient l'existence de PE dans certaines familles, parfois sur deux générations. Les gènes fœtaux pourraient jouer un rôle dans la genèse de la maladie par leur interaction avec ceux de la mère.

### Modifications épigénétiques (Rigourd *et al.*, 2008)

Elles participent aussi à la cascade physiopathologique de la pré-éclampsie.

En cas de PE, le placenta subit, avant même l'apparition des symptômes, une agression précoce liée au défaut d'apport d'oxygène, au moment même où ses cellules se multiplient activement pour grandir. Les conditions environnementales peuvent aboutir à des anomalies de la régulation de l'expression des gènes, qui se transmettent de générations cellulaires en générations cellulaires par des voies épigénétiques, faisant par exemple intervenir des défauts de la méthylation de l'ADN à des positions stratégiques. Certains de ces défauts ont pu être mis en évidence, notamment, sur le syncytiotrophoblaste, entraînant, du coup, une implantation incorrecte de l'œuf. L'auteur souligne l'intérêt d'une exploration pan-génomique de cette question.

### Un modèle psychosomatique ? (Coulombe, 2008)

Il existe fort peu de recherches récentes étudiant la PE sous l'angle de la psychosomatique, sauf en ce qui concerne les conséquences psychiques de ces naissances particulièrement traumatiques.

Je me sens très proche de l'École de psychosomatique de Paris quand elle dit qu'il n'y a pas de maladie psychosomatique, ni de patient psychosomatique : l'être humain *est psychosomatique* à tout moment.

Les fondements de la psychosomatique proviennent du champ analytique. Selon S. Freud, les symptômes représentent la formation de compromis d'un conflit inconscient. La pauvreté des représentations du préconscient, le défaut de mentalisation et d'élaboration psychiques amène le conflit ou le traumatisme inconscient à s'exprimer dans le soma et dans l'après-coup.

La critique que j'oserais formuler à l'égard de la recherche de S. Coulombe *et al.* (soumise à publication) est que ce travail se centre sur le symptôme

HTA, alors que le problème principal de la pré-éclampsie et de ses complications, on l'a vu, est l'interface placentaire entre la mère et son fœtus.

M. Soulé appelle « triade de la mort » le trio mère-placenta-fœtus, étant de ce fait proche de la réalité clinique, le placenta ne jouant alors pas, selon lui, son rôle de « pare-excitation biologique » ; par contre, il organise son raisonnement – quoique prudemment – autour de l'hypothèse du rejet immunologique de l'embryon (qui contient la part génétique du père) par le corps de la mère, hypothèse qui n'est plus en vogue actuellement. On a même vu que le risque de PE semble au contraire augmenté lorsque les systèmes HLA maternel et paternel se ressemblent trop.

Cependant, comme dit S. Coulombe, « les notions d'interactions fantasmatiques, comportementales, biologiques mère-père-fœtus-placenta qui forment le nid primitif ne peuvent être écartées » dans l'approche psychosomatique de la toxémie.

### Facteurs de risque et marqueurs précoces

Il est important de dépister l'HTA gravidique et la pré-éclampsie par la surveillance mensuelle classique de toute femme enceinte, afin de tenter d'intervenir avant ces complications gravissimes. Cependant, grâce aux avancées en physiopathologie, on essaie d'anticiper encore en ciblant une population à risque.

### Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont :

- des facteurs génétiques : les antécédents familiaux d'HTA, et surtout de PE chez la mère ou la sœur ;
- des facteurs immunologiques : la primiparité, l'insémination avec donneur, le faible temps d'exposition au sperme avant grossesse (premier rapport sexuel ou utilisation préalable de préservatifs) ;
- des facteurs personnels : âge maternel élevé, grossesse multiple, grosses journées de travail avec une activité physique ou intellectuelle intense, précarité sociale (comme d'habitude), existence d'un diabète, d'une obésité, d'une thrombose ou d'une maladie auto-immune ;

- essentiellement les antécédents personnels de PE, d'HTA gravidique, de leurs complications, de RCIU ou de MFIU. Malheureusement, les nullipares sont trois fois plus nombreuses, ce qui ne permet d'anticiper que pour les grossesses ultérieures.

Par ailleurs, contrairement à ce qu'on pourrait croire, le tabagisme ne prédispose pas à la pré-éclampsie.

## Marqueurs précoces

Le pouls maternel élevé serait un bon marqueur prédictif de la PE quand il est supérieur à 85 bpm (battements par minute) à 18 SA et supérieur à 90 bpm à 28 SA.

Le doppler des artères utérines, pratiqué systématiquement lors de l'échographie du 2<sup>e</sup> trimestre, serait un élément prédictif de grande valeur : si les courbes de vascularisation dans les artères utérines sont anormales (on parle de « notch ») à ce terme de grossesse, cela signifie que la vascularisation dans le placenta risque fort par la suite d'être insuffisante pour le fœtus ; le risque est alors grand de RCIU et de PE, surtout si le notch existe sur les deux artères utérines.

On tente actuellement de plus en plus d'évaluer un risque d'HTA gravidique, en même temps que le risque de trisomie, c'est-à-dire dès le 1<sup>er</sup> trimestre, grâce à un logiciel qui se fonde sur les antécédents maternels, ainsi que sur les données du doppler utérin de la première échographie (celle qui mesure notamment la clarté nucale). Ainsi une de mes patientes recevait le même jour, à 13 SA et 3 jours, à la fois l'estimation du risque de trisomie 21 (1/1598), 18 (1/3882), 13 (1/12620), le risque de pré-éclampsie précoce (1/2770), le risque général de pré-éclampsie (1 %), et celui de l'ensemble de la pathologie hypertensive gravidique (4 %). Ma patiente était donc à risque faible ; la surveillance mensuelle habituelle était suffisante.

## Diagnostic et surveillance

Aidé par l'existence d'éventuels facteurs de risque (à l'ouverture du dossier), et par les marqueurs précoces, l'obstétricien ou la sage-femme procède tous les mois de la façon suivante selon un rituel précis qui permet de diagnostiquer l'HTA et la toxémie gravidiques qu'ils redoutent tant :

- à l'*anamnèse* : terme de la grossesse, recherche de signes fonctionnels d'HTA : céphalées, acouphènes, phosphènes, douleur épigastrique, vomissements, métrorragies, œdèmes des chevilles, des mains, bouffissure du visage, présence de mouvements actifs fœtaux ;
- à l'*examen clinique* : pesée à la recherche d'une prise de poids récente et importante (signe des œdèmes), prise de la TA avec un brassard adapté, en position assise, à distance de l'examen gynécologique, au moindre doute dynamap (prise continue de la TA sur 1 h) voire holter tensionnel (sur 24 h) ; bandelette urinaire à la recherche d'une protéinurie, au moindre doute on fait un recueil des urines de 24 h pour un dosage pondéral de la protéinurie ; mesure de la hauteur utérine (croissance utérine), recherche des bruits du cœur fœtal ;
- *échographies* : elles ponctuent la grossesse et permettent, outre le doppler des artères utérines que nous avons déjà vu, d'apprécier :
  - la biométrie et l'estimation du poids fœtal (recherche de RCIU),
  - l'évaluation de la quantité de liquide amniotique (recherche d'oligoamnios) ;
- *doppler ombilical* (qui apprécie le bien-être fœtal), éventuellement doppler des artères cérébrales fœtales, insertion placentaire et son degré de maturité, et examen morphologique ;
- lorsque le diagnostic d'HTA gravidique est fait, la *surveillance clinique et échographique* se fait plus rapprochée, à domicile, en hospitalisation de jour ou en hospitalisation traditionnelle selon la gravité, en sachant que 20 % des PE modérées vont passer au stade sévère de façon imprévisible ce qui incite à la plus grande prudence. On y ajoute une surveillance biologique (on y retrouve tous les termes rencontrés dans les complications) et un monitoring cardiaque du fœtus ;
- *examens biologiques* : numération formule sanguine (hypovolémie/hématocrite, hémolyse/anémie), taux de plaquettes (thrombopénie), bilan hépatique (hémolyse, cytolysé hépatique), uricémie (excellent marqueur pronostique quand elle est supérieure à 350 micromoles/L), étude de l'hémostase (coagulation) ;

- *rythme cardiaque fœtal* (RCF) : c'est un examen non invasif dont la fréquence peut aller jusqu'à trois par jour en cas de surveillance rapprochée. Son analyse informatisée (système oxford) peut être une aide à l'interprétation en montrant une diminution des vitesses à court terme (VCT), c'est-à-dire une diminution des signes de bonne vitalité fœtale. On s'alarme quand la VCT est inférieure ou égale à 5 ms. On extrait le fœtus quand elle est inférieure à 3 ms. Il reste l'élément décisionnel majeur d'extraction fœtale car il montre la souffrance fœtale chronique par la répétition des signes (réduction des fluctuations, décélérations) et prédit la souffrance fœtale aiguë à court terme.

## Traitement

La prise en charge de ces patientes ne relève pas des seuls obstétriciens. Une coopération rapprochée avec les anesthésistes, cardiologue/néphrologue est nécessaire, une transmission en service de pédiatrie également, le tout dans une unité de niveau II ou III.

## Moyens thérapeutiques

Les moyens thérapeutiques sont :

- l'arrêt de travail avec des heures de repos au lit en décubitus latéral gauche pour améliorer la perfusion utérine;
- l'hospitalisation facile;
- le traitement antihypertenseur.

Le *traitement antihypertenseur* par voie orale s'effectue quand la TA dépasse 15/10. Il n'est question que de contrôler l'HTA afin d'éviter les accidents hypertensifs, mais on ne traite pas la pré-éclampsie avec ce traitement puisque, comme on l'a vu, l'HTA n'est qu'une conséquence adaptative de la PE. On se méfiera même de ne pas baisser trop vite ni trop fort la pression artérielle, car la conséquence en serait la détresse fœtale par baisse accrue de la perfusion placentaire. On peut utiliser l'alpha-méthyl dopa (Aldomet®), puis y ajouter si cela ne suffit pas des bêtabloquants (aténolol) et/ou des inhibiteurs calciques. En cas de forme sévère, on passe à la voie intraveineuse : nicardipine (Loxen®) ± labétalol (Trandate®).

Le terme de 34 SA représente un cap au-delà duquel les formes sévères répondant mal au traitement

doivent bénéficier d'une organisation de la naissance. Avant 24 SA, on discute d'une interruption médicale de grossesse (IMG).

Les corticoïdes visant à la maturation pulmonaire fœtale sont prescrits entre 24 et 34 SA.

Les critères d'extraction fœtale sont de deux ordres :

- maternels : HTA incontrôlable, apparition des complications;
- fœtaux : souffrance fœtale objectivée par les RCF et dopplers.

Chaque fois que cela est possible, la voie basse est choisie avec anesthésie locorégionale (si l'hémostase le permet).

En suites de couches, le risque de complications étant toujours possible, la surveillance ne doit pas se relâcher pendant au moins 48 h. Enfin, il faut faire attention au traitement en cas d'allaitement. La bromocriptine (Parlodel®) est contre-indiquée dans les cas d'HTA gravidique sévère et de PE. On utilise du Vasobral®. Du fait de l'activation de l'hémostase et donc du risque fort de thrombose veineuse dans les suites de couches, il y a nécessité de prévention par anticoagulants pendant 4 à 6 semaines.

Par ailleurs, une femme ayant eu une PE a plus de risques qu'une autre de développer plus tard une HTA chronique, ce d'autant que la PE a été plus sévère et plus précoce; cela nécessite information et suivi de la patiente.

## Traitement préventif

Il est clairement établi que les patientes qui ont développé une PE sont à risque de récidiver lors d'une prochaine grossesse, même si ce risque n'est que de 15 % après une PE « pure » chez une primipare sans facteur de risque. Par ailleurs, si la PE a eu lieu avant 37 SA lors de la première grossesse, le risque de RCIU, de HRP, d'enfant mort-né est plus que doublé lors de la grossesse suivante et ce, même si la PE ne récidive pas.<sup>47</sup> Le seul traitement préventif dont nous disposons à l'heure actuelle est l'aspirine à faible dose. Son efficacité est prouvée dans les situations à haut risque, à condition qu'elle soit débutée le plus tôt possible dans la grossesse (12-14 SA maximum jusqu'à 35 SA, à une dose suffisante : 100 mg/j minimum). Il y a alors diminution de la fréquence de la PE et de l'hypotrophie

47 Source : [www.jim.fr](http://www.jim.fr), 2010.

sévère. Certains anesthésistes contre-indiquent la péridurale quand l'aspirine n'a pas été stoppée suffisamment longtemps avant l'accouchement.

Le suivi de la grossesse suivant une toxémie ou un de ses accidents est très précautionneux : surveillance clinique, échographique et biologique rapprochée en hôpital de jour ou à domicile. On propose souvent une hospitalisation pour la date anniversaire en cas d'antécédent d'accident aigu (HRP par exemple) et une hospitalisation systématique en fin de grossesse.

### Quelques cas cliniques illustrant la diversité et la dangerosité de cette maladie

*Lisbeth* est hospitalisée dans notre service pour un léger handicap mental et des problèmes d'hébergement. C'est sa première grossesse. Elle est chez nous depuis 15 jours et ne présente aucun problème obstétrical; actuellement au terme de 37 SA, son examen clinique est strictement normal et son fœtus se développe bien, cliniquement et échographiquement. Le lundi matin, on nous transmet, lors du staff, qu'elle s'est plainte cependant le week-end de maux de tête à certains moments de la journée, de sensations vertigineuses, d'une grande envie d'accoucher, de douleurs abdominales fugaces. Certains évoquent une cause « psy » : elle a tellement envie d'accoucher qu'elle essaie d'accélérer un transfert. On décide de prendre quand même ces symptômes au sérieux. On élimine une toxémie : TA normale, pas de protéinurie, pas de douleur épigastrique en barre. L'examen neurologique est normal. Mais quelque chose chiffonne la sage-femme et le médecin (il s'agit d'un signe sémiologique fort, quand « quelque chose » tracasse une sage-femme ou un médecin) à tel point que cette patiente est examinée trois fois dans la journée, sans jamais rien de tangible; on fait le point dans mon bureau et on décide de la transférer sur le seul signe qu'elle semble avoir allongé ses temps de sommeil. Elle arrive dans son centre de référence en pré-coma. Le jour même, un scanner cérébral, demandé par le neurologue vu en urgence, montre à la fois une thrombose du tronc cérébral et une hémorragie. La patiente est dans le

coma avec un pronostic incertain. Personne n'y comprend rien. Le mardi, il est décidé de pratiquer une césarienne. Le bébé va bien; la mère va en réanimation. C'est le retour de la biologie montrant un HELLP syndrome qui fera *a posteriori* le diagnostic de toxémie gravidique. *Lisbeth* est sortie de son coma. Elle présente de petites séquelles neurologiques, est réhospitalisée en suites de couches avec son bébé au bout de 10 jours.

*Amélie* a eu une première grossesse parfaitement normale. Au moment de l'accouchement, elle fait une poussée hypertensive. Son bébé naît sans problème; l'examen du placenta révèle de multiples petits hématomes sur la face maternelle.

*Clara* a perdu un bébé *in utero* il y a plusieurs années au terme de 36 SA. Elle est hospitalisée pour cette seconde grossesse dès le 2<sup>e</sup> trimestre et prend 150 mg/j d'aspirine. Nous l'avons surveillée comme de l'huile sur le feu. Tout allait bien : TA, poids, croissance, urines jusqu'à 32 SA. Là, la TA a augmenté rapidement. Une césarienne sous anesthésie générale a été pratiquée à 34 SA, les RCF montrant une souffrance fœtale et des décélérations du rythme cardiaque du fœtus faisant craindre une souffrance fœtale aiguë imminente.

*Bintou* n'a pas eu sa chance : son second bébé est mort brutalement en fin de 2<sup>e</sup> trimestre sans aucun signe avant-coureur, 3 semaines avant le terme auquel était mort le premier. On pense que le diagnostic en était la PE. Comme je l'ai dit plus haut, l'HTA chronique n'a pas d'incidence sur le placenta et le développement du fœtus, mais rien n'empêche qu'une pré-éclampsie s'y ajoute. C'est ce qui s'est passé pour *Karel*, hypertendue chronique malgré ses 25 ans. Le traitement équilibrant sa tension artérielle est modifié en début de grossesse parce qu'il est contre-indiqué. Elle est surveillée normalement. La TA reste équilibrée sans qu'il soit nécessaire d'augmenter le traitement. Il est important que la TA ne baisse pas trop (12/13-8/9) afin de ne pas diminuer la perfusion

foétale. Le reste des examens cliniques et échographiques est normal jusqu'à 34 SA. Là apparaît une cytolysse modérée : les transaminases sont à deux fois la normale. Les plaquettes, l'uricémie, le reste du bilan hépatique, les monitorings et dopplers sont normaux initialement ainsi que ceux des contrôles hebdomadaires jusqu'à 37 SA et 5 jours; là, les transaminases passent à 10 fois la normale. Karel est transférée pour déclencher son accouchement; une césarienne est pratiquée pour anomalies du rythme cardiaque fœtal et liquide méconial. La mère et l'enfant (2,6 kg) vont bien.

### Remarque

Pour écrire ce chapitre, je me suis principalement appuyée sur les traités d'obstétrique, sous la direction de E. Papiernik (1995; 2005) – cf. chapitres *HTA* et *grossesse écrits* par S. Uzan et E. Mathieu et *hématome rétro-placentaire* écrit par P. Merviel –, ainsi que sur le site Wikipédia pour l'embryogenèse, avec la participation des écrits de V. Rigourd (Inserm Cochin), D. Beghin (pour le site du CRAT – Centre de référence sur les agents tératogènes : [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)), S. Deis et B. Haddad ainsi que de S. Coulomb et des recommandations de la HAS mises à jour en janvier 2010.

## Grossesses multiples

Je traiterai essentiellement des grossesses gémellaires, de loin les plus fréquentes, même si le nombre global des grossesses multiples a été pulvérisé par les techniques de procréation médicalement assistée (PMA) dans les pays développés. Par exemple, au Canada, on a enregistré en 30 ans une augmentation de 35 % des grossesses gémellaires, de 250 % des grossesses triples ou plus (*Health Report 1974–1990*).

La fréquence des grossesses multiples spontanées répond à la classique loi de Hellin : une grossesse gémellaire sur 80, une grossesse triple sur 80 au carré, une grossesse quadruple sur 80 au cube, etc. Les grossesses triples ou plus sont donc spontanément extrêmement rares.

Les techniques de PMA induisant des grossesses multiples sont :

- la fécondation *in vitro* (FIV) : recueil de plusieurs ovocytes chez la femme après induction de l'ovula-

tion, recueil du sperme chez l'homme, mise en contact et fabrication d'embryons en « éprouvette », *in vitro*; transfert d'un ou plusieurs embryons (entre un et trois) dans l'utérus maternel traité en conséquence. Le reste des embryons est congelé pour d'autres tentatives. Les ovules et spermatozoïdes peuvent venir des parents ou de donneurs;

- l'induction (ou stimulation) de l'ovulation par traitement hormonal : citrate de clomifène ou gonadotrophines ou hormones libératrices de gonadotrophines permettent la production par l'ovaire d'un ou de plusieurs ovules dont on peut déclencher l'ovulation par injection lorsqu'ils arrivent à maturité. Là, le rapport sexuel ou l'insémination de sperme du conjoint ou d'un donneur permet d'espérer une grossesse. C'est là qu'il faudrait tout stopper, ne pas déclencher l'ovulation, si trop d'ovocytes arrivent à maturité en même temps. Sinon on risque des grossesses multiples avec les complications que nous allons voir.

## Grossesses gémellaires

Elles représentent 1 % des grossesses, 2 % des naissances. Ce sont, malgré les progrès considérables en obstétrique et en néonatalogie, des grossesses à haut risque, le corps humain n'étant pas programmé pour porter plus d'un fœtus à la fois : la mortalité maternelle est multipliée par 3, la mortalité périnatale par 5 à 10 par rapport à une grossesse unique.

L'augmentation année après année du nombre des grossesses gémellaires pose un problème de santé publique. Elle est due à trois facteurs :

- l'augmentation du nombre global de naissances en France;
- le développement des traitements de l'infertilité qui augmente de 60 % le nombre de grossesses gémellaires. La réduction embryonnaire joue aussi son rôle en transformant les grossesses triples ou plus en grossesses doubles;
- des grossesses de plus en plus tardives : l'âge moyen des mères augmente régulièrement, atteignant précisément 30 ans (30,0 ans en 2009); or, on sait que c'est entre 30 et 40 ans qu'une femme a le plus de chance d'attendre des jumeaux.

Comme les risques en sont différents et que le langage courant parle de « vrais » et de « faux » jumeaux, je vais tâcher de clarifier les différentes sortes de gémellités.

## Jumeaux dizygotés ou « faux » jumeaux

Ils représentent environ les deux tiers de l'ensemble des jumeaux, soit 10 grossesses pour 1000.

Deux ovules sont fécondés, le plus souvent lors du même cycle, par deux spermatozoïdes différents, ce qui donne deux œufs (dizygote) qui s'implantent dans la cavité utérine et se développent chacun de leur côté – si je puis dire –, c'est-à-dire chacun avec son placenta et sa cavité amniotique. Cette grossesse dizygote est toujours bichoriale (deux placentas) et biamniotique (deux cavités amniotiques).

Le patrimoine génétique est celui de deux frères/sœurs qui naissent en même temps ; le sexe de ces jumeaux peut être différent.

Les facteurs influençant la gémellité dizygote sont : les techniques de PMA, l'hérédité (côté maternel), et l'âge maternel (augmentation du risque de gémellité dizygote avec l'âge maternel au moment de la fécondation).

## Jumeaux monozygotés ou « vrais » jumeaux

Un tiers des jumeaux sont monozygotés, soit 3 grossesses pour 1000.

Un seul ovule est fécondé par un seul spermatozoïde, formant un seul œuf qui se sépare, plus ou moins tôt dans son développement, pour former deux embryons qui ont donc le même patrimoine génétique, et donc le même sexe. En fonction du moment de la séparation, on distingue :

- la grossesse monozygote bichoriale biamniotique (un œuf, deux placentas, deux cavités amniotiques) quand la séparation de l'œuf a lieu *moins de 3 jours* après la fécondation. Elle représente un tiers des grossesses monozygotés, soit 1 grossesse pour 1000. Échographiquement, elle se présente comme la grossesse dizygote, mais c'est dans ce cas de figure que les jumeaux vont se ressembler le plus : mêmes chromosomes, mêmes poids et taille ;
- la grossesse monozygote monochoriale biamniotique (un œuf, un seul placenta, deux cavités amniotiques) quand l'œuf se scinde entre 3 et 6 jours après la fécondation. C'est dans cette situation qu'il y a risque de syndrome transfuseur-transfusé. Cette forme de gémellité survient dans 2 grossesses monozygotés sur 3, soit

lors de 2 grossesses sur 1000. L'annonce se fait dès 12 SA (Staraci, Ville, 2011) ;

- la grossesse monozygote monochoriale monoamniotique quand la scission de l'œuf survient après la formation de la cavité amniotique. Les jumeaux partagent alors la même cavité amniotique. Le risque spécifique en est l'enroulement des cordons. C'est dans ce cas de figure également que, lorsque la scission est incomplète ou absente, on aboutit à la formation de bébés siamois. La fréquence est de moins de 1 % des grossesses monozygotés, soit 1 grossesse pour 30 000.

Les facteurs responsables de la gémellité monozygote sont inconnus, mais on note un nombre un peu plus élevé en cas de PMA. Il ne semble pas y avoir de prédisposition génétique.

## Risques des grossesses gémellaires

Parmi les risques des grossesses gémellaires, le plus important est la prématurité.

### Prématurité

La moitié des jumeaux naît avant 37 SA ; la grossesse gémellaire est responsable de 16 % de la grande prématurité, expliquant pour une grande part l'augmentation de la morbi-mortalité des jumeaux par rapport aux singletons (enfants uniques).

Pour certains auteurs, les conséquences de la prématurité, détresse respiratoire en particulier, sont plus marquées quand la grossesse gémellaire a été induite par FIV. Pourquoi ? On ne sait pas. Rappelons avec J.C. Pons que le taux de prématurité totale est nettement augmenté dans les FIV, même pour les grossesses uniques.

Comme nous l'avons vu pour les MAP (*cf.* p. 79), les conséquences de la prématurité sont le transfert en réanimation néonatale, donc la séparation d'avec la mère, la mortalité néonatale, et le risque de handicap. Il existe une corrélation directe entre le poids de naissance ou le terme, et la morbidité néonatale : la morbidité est d'autant plus importante que le poids de naissance est bas et la différence de poids entre les deux jumeaux élevée.

Il existe une relation entre prématurité et zygotité : les dizygotés ont le taux de prématurité le plus bas, celui des monozygotés est d'autant plus élevé

qu'il n'y a qu'un placenta. La parité joue également un rôle : plus une femme a eu d'enfants, plus elle a de chances d'aller à terme (probablement grâce à la distension de son utérus).

## Hypertension artérielle gravidique et pré-éclampsie

Les autres risques majeurs sont l'HTA gravidique et la pré-éclampsie. Elle est trois fois plus fréquente dans les grossesses gémellaires, qu'elles soient di- ou monozygotes. La prise en charge médicale est la même que pour les grossesses uniques pour éviter les mêmes complications maternelles (éclampsie) et fœtales (RCIU, HRP...).

## Retard de croissance intra-utérin

Enfin, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) est un risque non spécifique des grossesses gémellaires, mais il y est bien plus fréquent : si 10 % des singletons sont hypotrophes, 50 % des jumeaux le sont. Il apparaît au 3<sup>e</sup> trimestre, probablement du fait d'un moindre apport nutritif : le poids moyen d'un placenta de jumeau est inférieur à celui d'un singleton, différence qui apparaît dès 21 SA. Le RCIU des jumeaux serait lié au retard de croissance de leurs placentas. D'ailleurs, lorsqu'un des jumeaux meurt en début de grossesse, la croissance du survivant est identique à celle d'un enfant unique. C'est comme si le corps de la femme ne pouvait s'adapter pour nourrir deux enfants qui sont obligés de se partager le gâteau, si je peux me permettre ce jeu de mot, placenta dérivant du terme latin qui signifie gâteau.

Le diagnostic de RCIU de l'un ou des deux jumeaux se fait par l'échographie. Celle-ci permet de définir précocement un terme précis (sans lequel le diagnostic de RCIU n'a pas de sens) et la chorionicité (mono/bi-choriale, mono/bi-amniotique) qui sont des notions essentielles : en cas de différence de poids importante entre les deux jumeaux, et si la grossesse est monochoriale, on discute en premier lieu d'un syndrome transfuseur-transfusé. En cas de bichorialité, on recherche dans les mêmes étiologies que pour les grossesses uniques.

Le risque spécifique de la grossesse gémellaire monochoriale est le syndrome transfuseur-transfusé (STT).

## Syndrome transfuseur-transfusé

Ce scénario médical est propice aux projections fantasmatiques tant chez les parents que chez les professionnels, psychiatres en particulier : une lutte fratricide *in utero*...

Complication du 2<sup>e</sup> trimestre des grossesses gémellaires monozygotes, monochoriales biamniotiques, elle est fortement suspectée à l'échographie devant une inégalité de croissance, une discordance des flux doppler, de la quantité de liquide amniotique de deux fœtus ayant le même matériel génétique.

La discordance de taille peut être dépistée très tôt, dès le 1<sup>er</sup> trimestre; elle a beau être de très mauvais pronostic, les parents ne demandent qu'exceptionnellement une IMG. La surveillance, très médicalisée, tous les 15 jours, constitue un rituel qui rassure certains parents ou renouvelle l'angoisse des autres (Ville, 2011). Une étude a montré que près de la moitié de ces mères présentait un taux d'anxiété significativement élevé, une sur quatre aura une dépression puerpérale.

Le problème vient du fait qu'il y a deux circulations fœtales pour un seul placenta, donc deux territoires vasculaires en compétition, mais surtout un déséquilibre dans les anastomoses (système de communication entre les vaisseaux) qui se font habituellement. Autrement dit, du fait de différences de pressions dans ce système de communication vasculaire entre les jumeaux, le passage du sang se fait vers un jumeau au détriment de l'autre. On aboutit alors à un jumeau transfuseur hypotrophe, avec oligoamnios, qui risque la MFIU. Le jumeau transfusé est grand, gros d'œdèmes, ses organes sont hypertrophiés, il existe un hydramnios. Il ne va pas très bien non plus. La mort du jumeau transfuseur ne résout pas le problème du transfusé car elle peut s'accompagner de complications chez le fœtus survivant, en particulier au niveau cérébral. La pathogénie de ces lésions n'est pas claire : chute du débit sanguin cérébral ou libération dans sa circulation de thromboplastine<sup>48</sup> provenant du jumeau mort ?

L'autre risque de ce syndrome est la surdistension utérine due à l'hydramnios du transfusé qui peut

48 Thromboplastine (ou thrombokinas) : enzyme sécrétée par les plaquettes du sang et jouant un rôle dans la coagulation sanguine en transformant la prothrombine en thrombine.

entraîner la rupture prématurée de la poche des eaux et la naissance beaucoup trop précoce des deux enfants avec mort fréquente de l'un ou des deux. On peut tenter de l'éviter en évacuant l'hydramnios par ponction, éventuellement de façon répétée.

La survenue d'un syndrome transfuseur-transfusé (STT) dans sa forme échographique peut se constituer très rapidement; la surveillance des grossesses monochoriales doit donc être étroite et le transfert en centre spécialisé très rapide (Stirneman *et al.*, 2009).

Actuellement, lorsque le diagnostic de STT est fait avant 26 SA, certaines équipes séparent, sous foetoscopie, les deux circulations fœtales par coagulation des anastomoses de la plaque chorale au laser Yag, ce qui transforme, sur le plan fonctionnel vasculaire, une grossesse monochoriale en bichoriale. Cette intervention est elle-même risquée : 75 % en moyenne de taux de survie d'un jumeau; 42 % environ pour les deux jumeaux. Cette intervention a été pratiquée dernièrement chez une de nos patientes dont le jumeau transfuseur était en souffrance. C'est le jumeau transfusé qui est mort quelques jours après, provoquant colère et incompréhension chez la mère : était mort, pour sauver le plus faible, le plus grand, le plus gros, le plus costaud. Elle n'a pas dit qu'on l'avait sacrifié, mais le cœur y était.

Le laser, qui touche cet objet transitionnel, transfusionnel qu'est le placenta, est perçu par la mère comme une première séparation symbolique des jumeaux (Staraci, Ville, 2011).

La pathogénie de ce syndrome reste inconnue mais il est important d'en comprendre le mécanisme car le jumeau survivant est toujours perçu par la mère, les parents, les soignants, comme celui qui a tué l'autre « à force de lui avoir tout pompé ». Ce terme de « survivant » est employé par les parents eux-mêmes tant ils sont marqués par la menace de mort. En fait, on reproche au survivant la disparition de son jumeau et ce ne doit pas être anodin dans les suites. C'est peut-être le même genre de

sentiment que les parents peuvent éprouver après une réduction embryonnaire, encore que dans ce cas, la culpabilité prédomine certainement.

## Malformation d'un jumeau

Elle n'est pas plus fréquente que lors des grossesses uniques, sauf dans le cas des monozygotes où le risque est alors 3 fois plus élevé.

La découverte, lors de l'échographie de 20–22 SA d'une malformation grave, qui justifierait une proposition d'IMG en cas de grossesse unique, pose « en cas de gémellité, des problèmes pratiques, psychologiques et éthiques complexes » (Pons *et al.*, 2005).

On peut proposer, et seulement en cas de grossesse bichoriale, une interruption sélective de grossesse par injection de chlorure de potassium intracardiaque après analgésie fœtale chez le fœtus atteint, une fois que celui-ci a été dûment repéré.

Ce fœticide sélectif ne peut pas être réalisé lors des grossesses monochoriales du fait de la fréquence des communications vasculaires, vues plus haut chez les transfuseur-transfusé. Certaines équipes proposent alors une ligature ou une électrocoagulation première du cordon du jumeau malformé.

## Mort fœtale *in utero* d'un jumeau

La fréquence en est très élevée : 2 à 7 % selon les publications, *versus* six pour mille dans les grossesses uniques, donc 10 fois plus fréquente, surtout, là encore, quand la grossesse est monochoriale.

Les causes sont les mêmes que pour les singletons, avec, en plus, les causes spécifiques : syndrome transfuseur-transfusé, enroulement des cordons.

Malgré un suivi attentif, la MFIU d'un jumeau est souvent difficile à prévenir, et la césarienne, pratiquée de façon préventive avant terme, expose le jumeau sain aux conséquences de la prématurité.

Le diagnostic clinique de mort d'un des deux fœtus est parfois difficile à faire : à la recherche des bruits du cœur, ou au monitoring, le piège est de détecter deux foyers différents alors qu'il s'agit du même cœur fœtal repéré à deux endroits différents. Le diagnostic est alors fait à l'échographie. Le deuil de la mère, qui commence pendant sa grossesse, est très particulier, de même que l'investissement du jumeau vivant. Elle est prise dans des mouvements contradictoires, de vie et de

### Remarque

Pour appréhender le devenir des enfants nés après un STT, je vous recommande la lecture du chapitre, à paraître dans *La psychiatrie de l'enfant* de S. Staraci, S. Missonnier, M.J. Soubieux et Y. Ville.

mort, «les deux à la fois» (Garel *et al.*, 2006). Éprouver «vie et mort à l'intérieur de soi, il y a de quoi devenir fou» disait une patiente.

Les équipes soignantes ont tendance à minimiser la douleur de ce deuil au prétexte qu'il reste un enfant vivant. Or, l'expérience prouve qu'elle est au moins aussi intense que pour la perte d'un singleton. Pour pouvoir vivre le reste de la grossesse, la mère utilise des mécanismes de clivage, de déni; à l'accouchement, il lui faut réaliser une succession de deuils : de la grossesse, de la jumeauté, du jumeau mort.

Quant aux conséquences sur l'avenir psychique du jumeau survivant, je vous recommande la lecture d'un ouvrage de B. Bayle et B. Asfaux à paraître aux éditions Érès, dans la collection La vie de l'enfant, 5<sup>e</sup> cahier Marcé.

Après la mort d'un jumeau, l'évolution du jumeau survivant dépend de la chorionicité et du type de vascularisation placentaire. En effet, quand les jumeaux étaient monochoriaux, les risques, en particulier pour le cerveau du survivant, ne sont pas négligeables, avec une prévalence importante d'infirmes moteurs cérébraux (IMC).

## Quelques cas particuliers

Lors du 1<sup>er</sup> trimestre, un des jumeaux peut *disparaître*. Lorsque la mort survient plus tardivement, le fœtus se transforme en *foetus papyracé* (aspect de parchemin) dans sa poche qui persiste. Le deuil du jumeau mort n'est pas forcément plus facile pour la mère sous prétexte qu'elle survient tôt dans la grossesse. Je me souviens d'une femme ayant eu une grossesse gémellaire spontanée. Ses deux enfants étaient vivants à l'échographie de 22 SA. Un mois plus tard, l'un des deux était mort. Le chagrin de la patiente a été très violent et durable. Elle a demandé avec insistance à voir son fœtus papyracé lors de l'accouchement. Malgré le travail «psy» débuté dès l'annonce, et les explications des médecins pour qu'elle puisse avoir une représentation visuelle de ce qui se passait dans son utérus, le choc a été terrible; elle a mis plus de 6 mois en postnatal à surmonter son deuil, au détriment des interactions avec le jumeau vivant.

Les *siamois* sont des jumeaux monozygotes soudés l'un à l'autre. Leur séparation incomplète est la conséquence d'une division embryonnaire trop tardive de l'œuf. Le plus souvent, les deux jumeaux sont complets et réunis par une zone précise. L'opération chirurgicale est complexe, parfois impossible. Dans

la plupart des cas, le diagnostic est fait précocement par l'échographie et une IMG est proposée.

## Prise en charge des grossesses gémellaires

À côté du suivi médical, très important vu les risques médicaux encourus, il faut considérer avec attention l'impact psychologique et social de ces grossesses gémellaires sur la mère, le couple, la famille.

## Sur le plan psychologique

Certains couples espèrent avoir des jumeaux; une longue histoire d'infertilité derrière eux leur permet d'envisager comme une aubaine le fait d'avoir deux enfants d'un coup.

Certains futurs parents, eux-mêmes jumeaux, aimeraient reproduire une histoire de jumeauté qui les a rendus très heureux (essentiellement les jumeaux dominants, d'après J.C. Pons).

Pour tous les autres, l'annonce lors de la première échographie de la présence de deux embryons est un choc. Même pour une grossesse assistée, l'effet de surprise existe. L'échographiste prévient qu'il est fréquent que l'un des embryons disparaisse d'ici la prochaine échographie, mais, lors de la confirmation, des sentiments contradictoires surgissent : joie, angoisse, colère, stupeur, émerveillement (de Briey, 2008).

Une de mes premières patientes, la trentaine, milieu aisé, déjà un enfant, vient me consulter en début de sa deuxième grossesse, gémellaire, pour des maux de tête qui durent depuis 2 semaines, jour et nuit, sont très intenses, et ne lui laissent aucun répit. L'interrogatoire m'inquiète suffisamment pour que je me procure à l'étage de l'hospitalisation de quoi faire un examen neurologique complet. Il est négatif. Perplexe, au moment de prescrire un scanner cérébral, je lui demande si elle se souvient du jour où ces céphalées sont apparues; elle réfléchit : c'était le jour de l'échographie, oui, le jour où elle a appris qu'elle attendait des jumeaux, oui c'était un choc, mais bon le mari était content, sa mère aussi... Trois jours d'arrêt de travail et le droit de dire qu'elle n'était pas sûre d'être ravie ont eu raison de ses maux.

Le choc peut se manifester de façons bien différentes. Le vécu de cette grossesse double et des interactions avec deux nouveau-nés va dépendre grandement des représentations que la mère a de la jumeauté, elles-mêmes dépendantes de celles de la société dans laquelle elle vit.

L'ambivalence éprouvée par toute femme enceinte va-t-elle être doublée ? De même que les 19 raisons de haïr son bébé de D.W. Winnicott (1947) ?

M. Soulié (2008) écrit : « La venue de deux enfants bouscule parfois doublement et radicalement l'équilibre chèrement acquis des plaisirs de l'intimité conjugale et risque d'ébranler les frontières sexuelles et générationnelles. La famille accompagnera-t-elle la subjectivation de chacun de ses membres ? Saura-t-elle métaboliser la violence de l'indifférenciation et de la haine que traverse toute fratrie dans son combat pour la place unique ? » Très tôt, en effet, la mère s'interroge : comment aimer les deux, les aimer autant, leur donner autant d'attention, ne pas marquer de préférence, ne pas en éprouver ? Comment ne pas être une demi-mère pour chacun des enfants ? Leur complicité fusionnelle, entamée dans mon ventre, va-t-elle m'exclure ?

Très vite, l'importance de la déformation corporelle que certaines vivent avec fierté, mais d'autres plus difficilement, la sensation d'épuisement, la peur de la prématurité, la peur de la mort d'un des jumeaux, les hospitalisations qui coupent de la vie « normale », des aînés, peuvent constituer une atteinte narcissique (Mortureux, 2008). « Le fantasme d'intrusion peut être particulièrement fort, jusqu'à donner à la femme le sentiment qu'elle met en danger sa propre intégrité, sa propre unité. » (Garel *et al.*, 2006.)

Le plus souvent, la femme identifie la position et les mouvements actifs de l'un et de l'autre ; elle les différencie en leur prêtant souvent un « tempérament ».

*Liliane* marquait même carrément une préférence pour celui qui était calme ; l'autre lui donnait de violents coups de pied et était vécu comme un persécuteur. Or, à la naissance, ce dernier s'est montré nettement plus facile, alors que « le calme » régurgitait sans cesse.

« On peut supposer que la mère s'appuie sur ces différences pour affronter psychiquement l'étrangeté d'héberger deux fœtus. On a souvent associé

la monstruosité à la différence, et si elle était ici associée à la ressemblance ? » nous dit D. Candilis-Huisman (2008).

D'autres femmes ne distinguent pas leurs fœtus, elles ont tendance à « gémelliser », comme dit A. Mortureux. Le choix de prénoms très semblables est révélateur : Paul et Paula, Mégane et Mercedes (sic), Mathieu et Matthias, Côme et Pacôme (exemples donnés par C. Brochard, 2008). C'est la « confusion agglutinative » de Cherro (1992) – les jumeaux ne sont pas des personnes différentes, mais des éléments complémentaires d'un même être –, qui s'oppose au « clivage complémentaire », les parents projetant sur les deux jumeaux des caractères diamétralement opposés afin de n'être pas suspects de les fusionner.

Enfin, dans les suites de couches, le fait de ne pas pouvoir distinguer ses deux enfants peut constituer pour la mère une atteinte narcissique, une atteinte à sa fonction de mère (Garel *et al.*, 2006).

## Impact social

L'impact social n'est pas à minimiser : une grossesse gémellaire coûte cher. Les pères se grattent le crâne : changer de voiture, de logement, passer de deux salaires à un seul ou à un et demi quand la mère cesse de travailler ou passe à temps partiel.

Les mères seules (familles monoparentales, dit-on) peuvent basculer en situation de précarité. Une femme pauvre et atteinte par le VIH a fait une décompensation psychiatrique lorsqu'elle s'est retrouvée à l'hôtel à J4, ses deux enfants hospitalisés en néonatalogie à l'autre bout de Paris.

Après la naissance, le temps de la mère est dévoré par les soins, le père transformé en mère auxiliaire, la moindre démarche ou course avec des jumeaux se transforme en expédition. À l'inverse, le père peut prendre ses distances, surinvestir son activité professionnelle. Dans un cas comme dans l'autre, la relation de couple est encore plus mise à mal qu'à l'arrivée d'un seul enfant. La conséquence pour la mère en est une forme d'isolement. Et les aides sont inadaptées fait remarquer J.C. Pons. D'où l'importance de l'association *Jumeaux et plus*<sup>49</sup> qui existe dans chaque département.

49 [www.jumeaux-et-plus.fr](http://www.jumeaux-et-plus.fr)

## Suivi médical des grossesses gémellaires

Différentes politiques de suivi spécifique des grossesses gémellaires permettent de diminuer les risques de mortalité et de morbidité en diminuant le risque de prématurité sévère en particulier (entre 26 et 31 SA).

Le suivi spécifique des grossesses gémellaires de Papiernik (1995) est toujours d'actualité, il recommande :

- diagnostic précoce, au 1<sup>er</sup> trimestre, de la gémellité;
- diminution de l'activité maternelle dès le 2<sup>e</sup> trimestre, arrêt de travail;
- pas d'hospitalisation, de cerclage ou de tocolyse systématique, à titre préventif;
- suivi clinique et échographique au moins mensuel; échographie tous les 15 jours pour les monochoriales;
- suivi hebdomadaire par une sage-femme à domicile en deuxième partie de grossesse;
- hospitalisation en cas de MAP ou autre complication;
- supplémentation en fer;
- cure de corticoïdes si MAP avant 34 SA.

Ce suivi médical de grossesses à haut risque doit se faire dans le cadre d'un réseau périnatal, avec les modalités du transfert *in utero*. Des consultations dédiées aux jumeaux se développent actuellement afin de fournir les meilleures conditions de sécurité.

## Terme optimal à la naissance des jumeaux

Le terme optimal à la naissance des jumeaux est avancé par rapport à celui d'un enfant unique. Ils ont, en effet, ainsi que leur placenta, une avance maturative d'une dizaine de jours. La mortalité périnatale minimale pour des jumeaux s'observe entre 36 et 38 SA, alors qu'elle se situe entre 39 et 41 SA pour les singletons.

À partir de 38 SA (37 SA pour les monochoriales), on propose donc soit :

- le déclenchement si les conditions sont favorables;
- l'instauration d'une surveillance comme on le fait pour les grossesses uniques après 41 SA.

## Mode d'accouchement des jumeaux (Goffinet *et al.*, 2005)

Le moment de l'accouchement d'une grossesse multiple, même en dehors des complications comme prématurité ou hypotrophie, est une situation à risque élevé. À tout moment, des difficultés spécifiques peuvent survenir. C'est pourquoi il est nécessaire que l'équipe, rodée à ce type d'accouchement, soit au complet, et en nombre suffisant au regard du nombre de fœtus, du terme, des pathologies attendues : importance de la présence de l'anesthésiste et du pédiatre, ainsi que de la possibilité d'un transfert en réanimation néonatale. Pour la femme, c'est une épreuve physique qui s'apparente à un marathon.

La césarienne prophylactique est de plus en plus répandue. Elle est une évidence, quand on poserait déjà l'indication pour une grossesse simple :

- présentation transversale de J1<sup>50</sup>;
- placenta prævia recouvrant;
- pathologie gravidique instable (PE surtout) et quand les risques spécifiques font courir un risque au deuxième jumeau;
- RCIU sévère d'un jumeau;
- biométrie de J2 supérieure à celle de J1 de plus de 30 %.

Certaines équipes pratiquent également la césarienne prophylactique en cas de :

- utérus cicatriciel (siège d'une césarienne antérieure; risque de rupture utérine);
- accouchement prématuré avant 32 ou 34 SA;
- J1 en siège;
- grossesse monoamniotique (pour éviter l'enroulement des cordons);
- grossesse triple ou plus.

D'autres équipes préfèrent privilégier la voie basse le plus possible.

Lorsque la voie basse a été acceptée, l'accouchement de J1 n'offre pas de particularité sauf qu'on surveille J2 en continu pour pratiquer une césarienne sur J2 en cas de souffrance du deuxième jumeau. Cela signifie pour la femme : un travail et

50 J1 : jumeau 1 et J2 : jumeau 2.

un accouchement par les voies naturelles puis une césarienne avec ses suites opératoires : un scénario bien éprouvant !

Quand J2 est en position céphalique et suit de près J1 dans le bassin, le deuxième accouchement se fait dans la foulée.

Quand J2 est en siège, les Anglo-Saxons font une césarienne, d'autres, comme à la maternité Port-Royal à Paris, choisissent d'être interventionnistes : alors que l'utérus est encore relâché après l'accouchement de J1, ils vont chercher J2 par les pieds, *in utero*, et pratiquent ce qu'on appelle une grande extraction du siège.

### L'accueil des nouveau-nés

Pour les petits ne nécessitant pas de transfert en réanimation néonatale, l'accueil en unité kangourou permet le maintien auprès de leur mère d'enfants prématurés ou de petit poids, et évite la séparation d'où un bénéfice considérable pour la mère et les enfants.

Lors de l'hospitalisation des enfants, la séparation complique les mécanismes d'attachement déjà fort complexes. Il se peut aussi que l'un des deux jumeaux ait besoin d'une hospitalisation, alors que l'autre reste avec sa mère ce qui provoque des difficultés d'organisation majeures. L'équipe pédiatrique doit être attentive à d'éventuelles différences d'investissement qui, si elles perdurent, peuvent gêner le développement d'un des enfants (Garel *et al.*, 2006).

Lorsqu'il y a menace de mort, lors d'un STT par exemple, les mères investissent beaucoup les deux fœtus. Elles sont très motivées pour les sauver. Il arrive qu'après la naissance, on assiste à des mouvements inverses avec des difficultés pour cette mère à se retrouver seule avec ses jumeaux pour les soins et le nourrissage (Staraci, Ville, 2011).

Lorsqu'un des jumeaux meurt après la naissance, le mécanisme de deuil est complexe et prolongé. Le fait qu'il existe un enfant vivant à ses côtés n'efface en rien le chagrin de la mère qui peut marquer à son égard des attitudes extrêmes de rejet ou de surprotection. Cinq ans après la naissance et le décès d'un des jumeaux, le risque de dépression maternelle serait trois fois plus élevé qu'en cas de perte d'un enfant unique (Garel *et al.*, 2006).

## Grossesses triples et plus

### Les chiffres

La loi de Hellin prévoit une grossesse triple spontanée sur 80 au carré, une grossesse quadruple sur 80 au cube, etc., ce qui donne une grossesse triple sur 6400 naissances, et une grossesse quadruple sur 700 000. Spontanément ces grossesses sont donc très rares, mais elles existent.

Ces chiffres ont considérablement augmenté dans les pays industrialisés lors de l'introduction des traitements contre l'infertilité, FIV et inducteurs de l'ovulation, allant jusqu'à 3 % des grossesses. Ces dernières années, on a tenté de limiter ces complications que sont les grossesses triples et plus, en maîtrisant mieux ces traitements et en proposant la réduction embryonnaire. Le but est d'obtenir au mieux une grossesse gémellaire.

### Complications maternelles et fœtales

Les complications maternelles et fœtales sont les mêmes que celles que nous avons vues pour les grossesses doubles, en plus fréquentes, plus intenses et plus précoces. Elles sont dominées par la prématurité qui détermine le pronostic de ces grossesses triples, quadruples, quintuples... En 30 ans, le taux de prématurité ne s'est pas amélioré. La durée de la gestation est d'autant plus courte que le nombre de fœtus est élevé.

Par analogie avec les grossesses gémellaires, on préconise le même suivi avec un repos précoce et l'hospitalisation à domicile. L'intérêt du cerclage du col prophylactique ou « à chaud » est discuté. Mais l'échec des mesures de prévention est dû à l'impossibilité pour l'utérus humain de se distendre au-delà d'une certaine limite, et à l'organisme humain de s'adapter au-delà de certains seuils ; l'un de ces seuils est la prise de poids de la mère pendant la grossesse : quel que soit le nombre de fœtus portés, la prise de poids n'excède pas un certain seuil (14,5 kg en moyenne), alors qu'on s'attendrait à ce que ce chiffre augmente avec le nombre d'enfants. Il en est de même pour leur apport nutritionnel.

### Réduction embryonnaire

C'est une méthode qui permet la suppression d'un ou de plusieurs embryons au cours d'une grossesse

multiple afin de permettre aux embryons restants de se développer dans des conditions satisfaisantes. L'intervention est systématiquement proposée au 1<sup>er</sup> trimestre d'une grossesse quadruple, quintuple ou plus. Elle n'est pas proposée en cas de grossesse gémellaire. Elle est discutée en cas de grossesse triple pour laquelle il n'existe pas de consensus actuellement.

*La technique :*

- l'entretien préalable est crucial : il permet d'expliquer aux parents les risques de la grossesse multiple, mais aussi ceux de la réduction embryonnaire (taux de fausse couche de 15 %) ;
- deux types de techniques existent :
  - avant 8 SA : aspiration par voie vaginale ;
  - vers 10 SA : injection intrathoracique, par voie abdominale, de chlorure de potassium avec analgésie.

La réduction embryonnaire est toujours un choix extrêmement douloureux pour des parents qui ont, de plus, été confrontés pendant longtemps à leur infertilité. Être obligé de supprimer des embryons qu'on a si longtemps souhaités obtenir est un paradoxe difficile à métaboliser dans un temps qui s'accélère : en général l'attente dure des années, puis la décision de réduction doit être prise en quelques jours. Les conséquences psychologiques pour le couple, et, qui sait, pour les embryons/foetus/bébés rescapés, ne sont pas à négliger.

Je n'ai moi-même que très peu d'expérience de ces grossesses de haut rang. Une fois, j'ai rencontré une femme porteuse de cinq foetus. Notez que je n'ai pas dit enceinte de cinq foetus, comme si le nombre prévalait sur la maternité. J'étais d'autant plus choquée que le couple était sans-papiers, parlait à peine le français, et que cette grossesse quintuple résultait d'une induction de l'ovulation mal maîtrisée. Les parents avaient refusé la réduction embryonnaire pour des motifs religieux. Je me souviens du sentiment proche de la répulsion que j'ai éprouvé en posant ma main sur le ventre de cette femme aux yeux pleins d'une angoisse indicible : un utérus «grouillant», aussi distendu vers 5 mois qu'un utérus de jumeaux à terme. Cette femme a perdu sa grossesse et tous ses enfants avant 6 mois.

Le contrôle du nombre d'embryons replacés dans l'utérus maternel en cas de FIV, et le respect des règles de monitoring en cas d'induction de l'ovulation devraient permettre de diminuer le nombre

de grossesses de rang élevé qui s'apparentent désormais à des fautes professionnelles. Quand une grossesse au moins quadruple a malgré tout débuté, la réduction embryonnaire doit être envisagée. Quelle que soit la décision prise, poursuite de la grossesse ou réduction embryonnaire, un suivi obstétrical très attentif et un soutien psychologique doivent être proposés aux parents.

On l'a vu, les grossesses multiples ne sont pas de longs fleuves tranquilles et restent des défis pour les obstétriciens qui ne partagent guère la fascination éprouvée par les « psy » à leur égard (Robineau, Wojakowski, 2008). Cela n'empêche pas que des grossesses se passent bien, que des familles savent intégrer cette arrivée simultanée, que la notion de double peut être métabolisée avec une certaine souplesse entre le « clivage complémentaire » et « la confusion agglutinative ». Mais à la fin de cette partie, on peut tout de même conclure que les grossesses multiples sont à haut risque médico-psychosocial. Et comme leur nombre est en augmentation, il est important que les professionnels de santé connaissent les implications psychologiques qu'elles suscitent et les problèmes que vont rencontrer ces familles. Ainsi, à côté de la prise en charge médicale, du lien avec l'assistante sociale et l'association *Jumeaux et plus* du département, un étayage psychologique peut être proposé, parfois dès le diagnostic de grossesse multiple.

### **Remarque**

Pour cette partie, je me suis essentiellement appuyée sur les écrits de J.C. Pons, notre grand spécialiste national des grossesses multiples. Les autres auteurs apparaissent au cours du texte.

## **Pathologies non obstétricales et grossesses à risque**

Certaines pathologies somatiques graves, parce qu'elles sont douloureuses, chroniques, invalidantes, et/ou mettent en jeu le pronostic vital maternel à plus ou moins long terme, voire celui de l'enfant, peuvent compromettre le bon déroulement de la grossesse jusqu'à son terme, la santé et l'investissement du bébé à naître ou nouveau-né. C'est pourquoi elles deviennent des grossesses à

risque. Quelques exemples que je rencontre le plus souvent : sida, cancer, handicap moteur ou sensoriel, sclérose en plaques, drépanocytose homozygote... Mais la liste est bien sûr extensible à l'encyclopédie médicale tout entière.

Nous distinguons deux cas de figure bien différents : la maladie ou le handicap existait avant que la femme ne soit enceinte ; l'annonce de la maladie ou du handicap survient pendant la grossesse.

## La maladie ou le handicap préexistait à la grossesse

La femme a un corps malade, qui l'a trahie en ne tenant pas ses promesses ; ou bien elle est handicapée souvent depuis bien longtemps avant qu'elle ne soit enceinte. La femme s'était organisée avec ou malgré sa pathologie, mais la grossesse, avec ses modifications physiologiques, sa poussée hormonale, ou bien le nouveau-né avec ses besoins et ses contraintes viennent mettre à mal l'équilibre si chèrement acquis.

*Sonia* a 22 ans, elle est mariée, sans profession. Atteinte de sclérose en plaques depuis 2 ans, elle est cependant autonome dans sa vie de tous les jours. Quand je fais sa connaissance, elle est enceinte pour la première fois, de jumeaux. Son traitement, contre-indiqué pendant la grossesse, a été suspendu dès le début. Au 3<sup>e</sup> trimestre, elle est grabataire et la naissance de ses deux fils n'a pas amélioré son état neurologique. En effet, si la grossesse diminue le plus souvent le nombre des poussées de la sclérose en plaques, on assiste à un bond de 70 % d'augmentation de leur nombre dans le 1<sup>er</sup> trimestre post-partum (étude PRIMIS, 1998). Ces poussées ne régressent pas toujours. On peut imaginer la violence des émotions contradictoires chez cette très jeune femme qui, en donnant la vie à deux solides gaillards, a perdu pour sa part toute autonomie, y compris pour s'en occuper, devant faire appel pour cela à sa mère avec qui elle a toujours eu des rapports tendus...

*Brigitte* est sourde et muette ; sa vie s'est organisée autour de son handicap. Mais quand son bébé est né, elle ne l'entendait pas pleurer. Un système de vibreur placé sous l'oreiller la nuit lui transmet les pleurs du nouveau-né.

*Agathe* a une insuffisance cardiaque due à une fuite de la valve mitrale. La grossesse aggrave sa maladie qui, elle-même, altère la croissance fœtale ; il va peut-être falloir l'opérer avant le terme de la grossesse, et extraire le bébé prématurément. Une histoire caractéristique de mère menacée par son fœtus, lui-même menacé par la maladie de sa mère.

*Marine* a 26 ans, elle est infirme moteur cérébral depuis sa naissance, prématurée et difficile : ses bras sont valides, mais elle se déplace très difficilement, se tenant le long des murs dans l'appartement, sinon en chaise roulante ; elle est plutôt intelligente, travaille en CAT (centre d'aide par le travail) comme secrétaire, mais ses troubles du caractère rendent la vie familiale difficile. Elle vit avec ses trois frères et sœur plus jeunes, chez sa mère, elle-même atteinte d'une maladie neurologique évolutive, ses parents étant séparés depuis plusieurs années. Lorsque *Marine* annonce qu'elle est enceinte s'ensuit une crise familiale : sa mère tente de la convaincre de demander une IVG ; mais il est trop tard, *Marine* ayant caché délibérément sa grossesse les trois premiers mois. La mère, désespérée et dépassée, l'envoie vivre chez son père qui est, lui, opposé à l'IVG. Celui-ci non plus ne peut concevoir que sa fille handicapée soit enceinte. Il faut dire que l'entourage des personnes handicapées dénie parfois leur sexualité qui renvoie aux fantasmes de sexualité monstrueuse ou perverse. Les mots « adulte », « homme », « femme » ne sont pratiquement pas utilisés. Elles ont un statut d'éternels enfants (Scelles, 2010). C'est le père de *Marine* qui la fait hospitaliser dans notre service de soins en périnatalité avec comme mission de la convaincre d'accoucher sous X et de confier le bébé à l'adoption. Lui-même, né « sous X », ne pouvait imaginer d'avenir meilleur pour cet enfant. Nous résumons la suite de cette histoire : *Marine* s'est accrochée à son désir d'être mère. Pendant son séjour en prénatal, elle a formé un couple avec le futur papa, lui-même handicapé depuis sa naissance, essentiellement des membres supérieurs, avec des troubles de mémoire. Elle a donné naissance à leur fils, prématuré mais non handicapé à leur grand soulagement. À la sortie du service, leur bébé avait 5 mois ; ils se sont installés tous les trois dans un appartement adapté à leur handicap avec un étayage important que notre équipe a pu mettre en place.

D. Candilis-Huisman et E. Thoueille (2010), décrivent chez les mères handicapées aveugles des modèles d'attachement très *insecure*, la nécessité de leur faire récupérer l'estime de soi mise à mal par la maltraitance qu'elles ont souvent subi du fait de leur handicap. Enfin, une dépression puerpérale constante, parfois massive vient compléter le tableau. Les soignantes en périnatalité craignent beaucoup pour la sécurité du bébé dans ces situations, et la femme handicapée doit prouver sa capacité maternelle encore plus que les autres. Dans le service, où nous réalisons des vidéos de mères donnant des soins à leur bébé, nous avons filmé une mère adressée par le service d'aide à la parentalité des personnes handicapées de D. Candilis-Huisman, alors qu'elle préparait puis donnait un biberon à sa petite fille. Visionnant le film, les professionnels non prévenus ne se sont pas aperçus que cette mère était aveugle.

## La maladie fait irruption pendant la grossesse

Lorsque la grossesse a démarré, qu'elle soit désirée ou non, la femme se croyait en bonne santé jusqu'à la découverte, lors d'une visite systématique chez le médecin, d'une pathologie grave, cancer, le plus souvent du sein, ou séropositivité pour le VIH. L'annonce à une femme jeune et porteuse de vie qu'elle a une maladie possiblement mortelle, en tout cas vécue comme telle, est un choc terrible qui la laisse dans un état de sidération pendant plusieurs semaines. Signalons au passage que cette annonce est des plus difficiles à faire pour le médecin.

Parallèlement à cet état de sidération, l'investissement du fœtus est suspendu par ce que je nommerais de l'économie psychique pour survivre, et ce d'autant plus longtemps, m'a-t-il semblé, que l'annonce a eu lieu tôt dans la grossesse, c'est-à-dire avant que le bébé n'ait pris sa place dans le réaménagement psychique propre à toute femme devenant mère.

Par ailleurs, ce diagnostic déclenche une sanction médicale ou chirurgicale dans une situation où les intérêts de l'enfant et de la mère sont contraires : chimiothérapie débutée pendant la grossesse, extraction du fœtus avant terme pour intervention chirurgicale, abstention thérapeutique malgré l'urgence, en attendant que le fœtus ait moins de risques de prématurité lors de la césarienne. Les

staffs médicaux tentent de faire au mieux pour préserver les chances de l'un et de l'autre, mais c'est souvent du grand écart.<sup>51</sup>

On a découvert un cancer de l'ovaire chez *Sophie* alors qu'elle était enceinte de 4 mois : confirmation du diagnostic à 5 mois, césarienne à 7 mois pour opération chirurgicale (mutilante puisqu'on retire l'utérus et les deux ovaires) et chimiothérapie pendant que le bébé est hospitalisé en néonatalité. Plusieurs semaines après ces séparations violentes, la mère et son bébé se retrouvent. *Sophie* ne veut plus quitter son petit garçon, elle le garde dans les bras jour et nuit, les soignants n'y ont pas accès...

*Bintou* est une Ivoirienne d'une trentaine d'années qui a deux enfants restés au pays. Elle est en France depuis 2 ans pour leur envoyer l'argent de son travail, elle est enceinte accidentellement. Elle apprend sa séropositivité pour le VIH lors du 1<sup>er</sup> trimestre, en même temps que les autres résultats d'examens de la déclaration de grossesse. Elle vit cette annonce comme son arrêt de mort et doit être hospitalisée au septième mois pour s'assurer qu'elle prend correctement son traitement antiviral. En effet, elle craint que sa maladie ne soit connue par ses hébergeants si elle prend un traitement et que, du coup, elle soit bannie de sa communauté aussi bien en France qu'en Afrique. Jusque peu de temps avant son accouchement, elle passe ses jours et ses nuits dans son lit, couchée en chien de fusil, n'entrant en relation qu'avec l'équipe médicale dont elle boit les paroles qui la rassurent quelques heures. Elle prend son traitement pour protéger son fœtus de la contamination, mais ses questions le concernant ne viennent que dans un deuxième temps. Après la naissance, on observe des soins de qualité, mais empreints de tristesse et comme un peu détachés. Elle a pu expliquer elle-même combien elle avait du mal à aimer cet enfant ne sachant pas avant ses 3 mois s'il serait contaminé, ni si elle pourrait l'élever.

La réponse tant espérée de l'absence de contamination du bébé est elle-même teintée d'ambivalence : « il va survivre, lui... ».

51 Pour consulter médicaments et grossesse, cf. p. 103.

Au travers de sa mère, cette souffrance infligée au corps maternel par la maladie ou son traitement peut toucher le fœtus et/ou le nouveau-né non seulement physiquement, mais aussi psychiquement. L'état de choc suivant l'annonce, l'angoisse pour sa propre survie, le deuil à faire de sa bonne santé requièrent toute l'énergie psychique de la future mère qui désinvestit ou n'investit que tardivement, parfois après la naissance, la relation à son bébé. Par la suite, l'inquiétude pour son fœtus peut être majeure, et le surinvestissement venir contrebalancer la première phase du fait de l'anxiété et de la culpabilité. C'est pourquoi la pathologie somatique doit également être considérée comme un facteur de risque et nous faire considérer avec attention ces dyades.

Ces jeunes mamans dont le corps est si vulnérable, nécessitent un soutien de leur maternité par le personnel soignant sans qu'elles ne se sentent dépossédées de leur enfant. Les besoins de leur bébé doivent être comblés si possible par elles, avec un accompagnement et un relais par les soignantes pour éviter toute discontinuité dans la prise en charge du nouveau-né. L'aide doit être poursuivie à domicile avec passage d'un relais à d'autres professionnels de la ville. Ce relais ne

s'improvise pas. Il se prépare dès avant l'accouchement par des réunions de synthèse réunissant PMI, puéricultrice et assistante sociale, sage-femme de secteur et de maternité, TISF.

Ces soignantes en périnatalité nécessitent également un soutien par des groupes de paroles, de supervision : elles ont choisi de travailler dans ce secteur porteur de vie et sont souvent mises à mal dans ces situations où soit la mort se profile, soit le handicap dérange par une trop grande différence. Leur contre-transfert risque de se déformer en un investissement excessif ou, au contraire, une brutalité défensive, les deux attitudes compromettant leur efficacité et leur plaisir professionnels.

### Remarque

Pour savoir si un médicament peut être donné pendant la grossesse ou l'allaitement, se renseigner auprès du Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) sur [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org) ou de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) sur [www.afsaps.fr](http://www.afsaps.fr) (rubrique *dossiers thématiques > médicaments et grossesse*).

## 5.2. Les naissances traumatiques

M. Blazy

Des mois après son accouchement sans problème, je suis en train de poser un stérilet à une primipare âgée selon notre jargon : une femme qui a eu son premier enfant au-delà de 35 ans. C'est une jeune femme gaie, dynamique ; elle est marionnettiste et en couple avec un homme plus âgé qui a de grands enfants.

La consultation se déroule bien jusqu'au moment où je touche le fond utérin en posant le dispositif, qui doit être placé dans le fond de l'utérus pour être efficace.

Là, la patiente s'effondre à ma grande surprise et à sa grande gêne. C'est le moment où on guette le malaise vagal et non la crise de larmes. Au bout d'un certain temps, les hoquets s'espacent... et tout son désarroi lors de l'accou-

chement « sans problème », datant de presque 1 an, sort comme un vomissement.

La douleur du fond utérin avait réveillé celle des contractions de la naissance, mais aussi son impuissance à la maîtriser, son sentiment de solitude, d'abandon de la part de la sage-femme, sa colère...

Je pense à ce que disait S. Ferenczi, il n'y a traumatisme que s'il y a reviviscence. Je pense aux reviviscences de sentiments archaïques, celui de l'abandon par la mère, celui de l'impuissance à trouver du sens à la douleur, de la totale dépendance vis-à-vis des soignants pour être soulagée.

Une fois époncée et rhabillée, elle est désolée de m'avoir pris autant de temps, admet que la

sage-femme était loin de se douter de son ressenti. Nous convenons ensemble qu'un accouchement peut bien se passer du côté des professionnels et être vécu de façon traumatique – et pour différentes raisons – par la patiente. Quant à moi, je me promets ce jour-là de toujours demander aux jeunes accouchées quel souvenir elles gardent de leur accouchement, de leur faire dire dans l'après-coup, à court terme, leur ressenti, quelle que soit la réalité lors de l'accouchement.

Une jeune femme d'une trentaine d'années était en mission d'enseignement avec son mari dans un pays en voie de développement. Ils ont eu beaucoup de mal à concevoir un enfant. Finalement, elle est enceinte de jumeaux. Elle rentre en France pour la fin de sa grossesse et son accouchement prévu dans une grande maternité parisienne afin de ne courir aucun risque. Lors de l'accouchement, une des jumelles présente une souffrance fœtale. Des manœuvres sont tentées, puis une césarienne est pratiquée en urgence pour sauver la jumelle en détresse. Et c'est la catastrophe comme cela arrive parfois en obstétrique : la jumelle qui souffrait est sauvée, celle qui allait bien au début présente à son tour une grave détresse, et meurt. Il y a une hémorragie de la délivrance qui n'arrive pas à être jugulée malgré tous les efforts de l'équipe qui finit par faire une hystérectomie (on enlève l'utérus, donc la possibilité d'avoir d'autres grossesses).

Le traumatisme est ici évident et peut être travaillé. Cette patiente est partie rejoindre son mari avec son bébé unique en ayant surmonté le drame. Elle est revenue, plusieurs années après, voir le psychiatre du service et dire combien elle avait bénéficié de l'aide apportée.

J'espère que l'équipe obstétricale a été prise en charge de son côté, car les soignants, eux aussi, sont choqués dans ces situations d'une grande violence. En dehors de la faute professionnelle avérée, de la manœuvre brutale ou maladroite, ce qui n'était pas le cas ici, l'obstétrique a ceci de spécifique : il faut parfois choisir très vite entre deux alternatives, et on ne sait qu'après coup si on a fait le bon choix.

On peut déduire deux choses de ces cas cliniques :

- certains antécédents obstétricaux ou médicaux peuvent être traumatiques ;
- toute naissance est potentiellement traumatique même sans événement particulier.

## Qu'appelle-t-on traumatisme ?

Le lecteur trouvera dans les chapitres 2 et 8 une définition psychanalytique détaillée. Pour en proposer ici une définition et une classification qui « collent » à ma clinique, je me suis aidée de D. Marcelli (1999b), et de ses citations de S. Freud et A. Freud.

La situation traumatique est celle où le Moi craint d'être sans recours ; il est actuellement débordé dans ses capacités de défense par une accumulation d'excitation, *qu'elle soit d'origine interne ou externe*. L'angoisse en est le signal d'alarme.

Ainsi, sont potentiellement traumatiques :

- les situations et événements, ici de l'accouchement, qui ne seraient pas forcément jugés traumatiques par un observateur extérieur, mais qui entrent en résonance avec les désirs ou craintes fantasmatiques actuels ou passés (origine interne). Dans ce cas, la réalité vient malencontreusement renforcer la réalité *psychique* de la femme, créant une confusion fantasme/réalité. Ma première vignette clinique illustre ce cas de figure ;
- les événements de la vie réelle lors de l'accouchement sont de nature ou d'intensité telle qu'ils débordent les capacités adaptatives du Moi. Lorsque, du fait de leur brutalité, massivité et violence, ils paraissent submerger les capacités de la femme – ou de son conjoint – à « faire face » (origine externe).

C'est dans ces dernières situations que l'on parle couramment de stress et de traumatisme. Or, la notion de stress se réfère à une tout autre filière épistémologique ; Roegiers *et al.* (2011) l'ont remarquablement situé dans son contexte et ses déclinaisons périnatales.

Dans cette lignée, l'état de stress post-traumatique (ESPT) a été introduit dans la classification DSM en 1980. Ce tableau descriptif comportementaliste est actuellement en conflit d'influence chez les professionnels. Force est de constater qu'il est plébiscité par les défenseurs d'une psychologie médicale humaniste qui se tient néanmoins à l'écart de la complexité métapsychologique de l'après-coup.

Au-delà de ces débats de spécialistes, l'ESPT permet à de nombreux soignants non-psychanalystes, somaticiens en particulier, de disposer d'un outil de compréhension très pratique. De nombreuses études sur l'accouchement l'utilisent, c'est pourquoi

j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant d'en dégager les grandes lignes ici, même si je me démarque un peu, ce faisant, de l'esprit de ce manuel.

Pour constituer le traumatisme actuel, il faut, d'après le DSM IV (1998), un « vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique (...) pour soi ou pour un proche » (en l'occurrence, le bébé).

## **Antécédents médico-obstétricaux et potentialité traumatique**

---

Avoir subi des abus sexuels, intrafamiliaux ou non, répétés ou non constitue un facteur de risque de réactivation du traumatisme lors de l'accouchement. La douleur, la perte de contrôle, l'impuissance, sont des ressentis communs aux deux événements. Pour certaines, le fait de se sentir « ligotées » par la perfusion, le monitoring, les ordres reçus pendant l'accouchement leur rappellent leur agression (Reynolds, 1997).

Ces femmes ont du mal à accepter les examens gynécologiques qu'il faut savoir ne pas faire, et ce jusqu'au terme. Il en va de même pour celles, plus rares, qui ont eu de multiples examens ou interventions chirurgicales touchant ou affleurant la sphère sexuelle : vulve, bas appareil urinaire, vessie.

Les antécédents obstétricaux sont nombreux à pouvoir freiner une conception, gêner le déroulement d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur. Je parle des antécédents personnels obstétricaux, mais aussi familiaux, ceux qui ont été véhiculés par l'histoire familiale, de façon consciente ou non. Ce sont : certains avortements volontaires, l'interruption de grossesse pour malformation fœtale, l'accouchement prématuré, la naissance d'un enfant malformé ou handicapé, la mort fœtale ou néonatale.

Je ne sais pas si des grossesses cauchemardesques, comme lors de vomissements gravidiques incoercibles ou de décompensations psychiatriques aiguës puerpérales, peuvent avoir des répercussions par la suite, au point, par exemple, d'annuler un désir d'enfant. Le plus souvent, il me semble que le souvenir s'en estompe avec le temps, tout comme celui de la douleur des contractions appelé autrefois « le mal joli ». Certaines publications

cependant (Reynolds, 1997) affirment que la pathologie gravidique constitue à elle seule un facteur de risque. Il s'agit de fausses couches, grossesse extra-utérine, infertilité, allègement prolongé, toxémie gravidique, hospitalisation...

Mais c'est surtout l'accouchement traumatique qui reste facilement ancré : vulves explosées, avec des déchirures périnéales qui atteignent le sphincter anal, ou inquiétude majeure sur l'état du bébé à la naissance, l'anxiété se lisant sur les visages des soignants, qui conduit à une césarienne ou un forceps en urgence.

Une étude a été réalisée en Suisse par B. Pierrehumbert sur plus de 70 familles ayant donné naissance à un bébé prématuré de moins de 33 semaines de gestation. En retrouvant chez les parents aux 18 mois de l'enfant des signes caractéristiques de ce syndrome, que sont : l'intrusion de souvenirs, l'évitement de situations ou encore l'hypervigilance émotionnelle, il montre que le stress majeur que vivent les parents lors d'une naissance prématurée (perte de contrôle, séparation, soins invasifs, menace quant à la survie de l'enfant, ou de séquelles) risque de générer un ESPT. La sévérité des conséquences du stress n'est d'ailleurs pas corrélée à la gravité de la prématurité. Il montre aussi que si on apporte un support adéquat aux parents dans cette période difficile pour eux d'accès à la parentalité, on prévient les représentations anxieuses, l'ESPT et ses répercussions : désengagement émotionnel ou, au contraire, sur-implication préoccupée dans les soins à l'enfant. Ainsi, on prévient les troubles du comportement de l'enfant (qualité des échanges, troubles du sommeil et de l'alimentation) qui sont, d'après cette étude, plus corrélés à la mise à mal des compétences parentales qu'à l'effet direct de la grande prématurité (cf. p. 79).

## **État de stress post-traumatique après un accouchement**

« normal »

---

Dans une étude sur la douleur pendant le travail de l'accouchement, Melzack montre que 60 % des primipares (20 % chez Reynolds) et 45 % des multipares ont subi des douleurs de sévère à extrêmement sévère pendant le travail; la plupart rapportent que cette douleur était la plus intense de ce qu'elles avaient connu.

On comprend que même un accouchement normal, par l'immensité de la douleur et la perte de

contrôle engendrée, peut entraîner un ESPT, d'autant que, si la composante objective occupe une place prépondérante au départ, le vécu subjectif tend à devenir prioritaire dans la constitution du syndrome (Greco-Geffroy, 2005).

Un accouchement peut donc être psychologiquement traumatisant, alors même qu'il a pu être perçu comme banal par les professionnels.

C. Maggioni (2010), psychanalyste et obstétricienne, a étudié 1200 accouchées dans la grande maternité niveau 3 de Milan pendant 6 à 12 mois. À 3 mois d'un accouchement *normal*, 1,7 à 3,5 % des accouchées ont un syndrome de stress post-traumatique. En Grande Bretagne, S. Ayers et A.D. Pickering (2001), dans une étude prospective, trouvent une prévalence de 1,5 à 6 % des accouchées. Pour revenir à la chercheuse en obstétrique italienne, il n'y a pas corrélation avec certaines données obstétricales : voie basse, épisiotomie, péridurale ou non, césarienne, primi- ou multiparité n'influent pas sur la genèse du syndrome post-traumatique. La présence ou non du mari, non plus. Ni, encore plus surprenant, l'existence ou non d'une préparation à la naissance. Toutefois, ni le type de préparation à la naissance, ni la qualité de la présence paternelle ne sont renseignés dans cette étude.

En revanche, l'ESPT est corrélé à un déroulement pathologique de la grossesse par le biais de l'hyper-réactivité maternelle, et à une souffrance du bébé à la naissance (Apgar inférieur à 5). Il s'observe plus facilement en cas de dépression prénatale, d'anxiété de la perte de contrôle chez les femmes souhaitant un accouchement rapide, de la difficulté à relater. Par exemple, les femmes qui ont expressément demandé une césarienne « de confort » ont presque toutes développé un ESPT bien que leur demande ait été acceptée.

Mais d'autres auteurs (Ryding, 1993; Reynolds, 1997), examinant les femmes demandant une césarienne pour motif personnel, remarquent qu'il s'agit en fait d'un comportement d'évitement, caractéristique classique de l'ESPT. Les multipares décrivaient la peur associée au travail précédent, peur de la douleur et de la difficulté à être aidée et peur de perdre le bébé, nombre de ces femmes ayant donné naissance précédemment à un enfant ayant de graves séquelles ou ayant dû subir une césarienne en urgence qui les avait effrayées. Quant aux nullipares, c'est la peur d'une rupture vaginale qui leur a fait choisir une

césarienne. Près de la moitié de ces femmes avaient été abusées sexuellement.

Une de mes jeunes collègues médecin, haptothérapeute elle-même, et préparée, avec son conjoint, en haptonomie pour sa première grossesse, s'est inscrite dans une maternité qui pratique un grand respect de la volonté parentale, et des accouchements haptonomiques.

Le fait qu'elle soit médecin a probablement joué dans l'hésitation des soignants. Arrivée au terme de sa grossesse, elle rompt la poche des eaux, se rend à sa maternité; son conjoint la rejoint. Observation de ce qui se passe pendant 24 heures : il ne se passe rien. L'attente continue, les décisions se contredisent mollement, le fœtus a des monitoring un peu moins bons, mais ce serait dommage de faire une césarienne; l'utérus contracte vaguement, de façon inefficace, mais ça fatigue d'autant que ma collègue est toujours à jeun! On en est à 48 heures; le mari a annulé sa journée de travail, ils sont tous les deux tendus et impatients, frustrés par ce suspense qui se prolonge.

Et puis, lors d'un monitoring, le fœtus présente une souffrance foetale aiguë; tout s'accélère alors vers le bloc opératoire et c'est la césarienne en urgence, avec la peur que le bébé garde des séquelles de sa détresse. La maman n'a pas pu voir son nouveau-né pendant 24 heures.

Cette jeune femme n'a pas pu raconter la naissance de sa petite fille pendant les deux premiers mois.

Le vécu d'un accouchement est décidément très subjectif :

Une femme, enceinte de son deuxième enfant, voulait absolument accoucher par voie basse; la césarienne qu'elle avait eue pour son premier bébé lui avait laissé une grande frustration. Elle faisait l'association avec sa difficulté majeure à être mère de cette enfant par la suite. Or, pour ce deuxième accouchement, elle n'a aucune contraction utérine avant 41 SA, terme auquel son obstétricien avait décidé de pratiquer une césarienne. La veille de la date opératoire, le travail se met en route. Elle arrive à dilatation complète après huit heures de contractions. Là, une souffrance foetale aiguë nécessite l'extraction foetale par césarienne en

urgence. Nous nous attendions à ce qu'elle soit très déçue. Mais elle était ravie : cette fois-ci, elle avait fait le travail jusqu'au bout !

## Résumons

Que la femme ait des antécédents traumatiques possiblement réactivés par l'accouchement, qu'elle ait vécu un accouchement à l'évidence traumatique ou au contraire un accouchement semblant banal à l'équipe obstétricale, il y a un risque qu'elle développe dans les jours et les mois qui suivent un ESPT. Comme causes de cette détresse majeure, on retient (Kitzinger, 2005 : recueil de témoignages par la *Birth Crisis Network*) :

- une douleur physique insupportable que la femme ne peut ni gérer, ni contrôler ;
- croire qu'elle-même ou son bébé va mourir (situation d'urgence, transfert en soins intensifs, personne pour dire comment va le bébé, la femme imagine alors qu'il est mort et qu'on n'ose pas le lui dire) ;
- chez la multipare, avoir vécu des antécédents obstétricaux favorisants, allant de la simple dystocie à la naissance d'un enfant mort-né ou abîmé ;
- la séparation mère/bébé juste après la naissance : cas nombreux où le bébé doit être transféré dans un autre hôpital ;
- les actes obstétricaux invasifs (quoiqu'en dise C. Maggioni) comme les déclenchements, les césariennes en urgence (Ryding, 1993 ; Söderquist *et al.*, 2002), l'utilisation de forceps ou de ventouse (Söderquist *et al.*, 2002), l'épisiotomie. Ces actes peuvent entraîner déception, colère, culpabilité, sentiment d'échec ;
- mais aussi, et C. Kitzinger, ainsi que K. Wijma et J. Czarnocka insistent beaucoup sur ce facteur, la maltraitance du personnel médical, jugé insensible, hostile ou même dégradant. La femme se sent dépossédée de son accouchement quand elle ne reçoit pas d'information, qu'on ne lui parle pas, voire même qu'on parle d'elle, devant elle, sans même lui jeter un regard. Les témoignages sont affligeants, et d'autant plus poignants que ces femmes sont prises entre leur colère face à la gestion de leur accouchement et la gratitude qu'elles et leur bébé aient survécu.

Cet état de stress post-traumatique se manifeste classiquement par :

- des *flash-back*, c'est-à-dire des expériences soudaines et intenses pendant lesquelles la femme revit les sensations de son accouchement : elles sont souvent déclenchées par le fait d'entrer dans un hôpital, de croiser des blouses blanches ou de voir un geste médical ;
- des cauchemars, précis, récidivants, qui retardent le moment du coucher, écourtent les nuits ;
- un comportement d'évitement. L'évitement est un des critères cliniques de l'ESPT pour la DSM IV : le sujet fait des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations, les conversations, les activités, les gens qui sont en rapport ou peuvent lui rappeler l'événement traumatique. « Il peut se manifester après un accouchement traumatique par des avortements à répétition, une césarienne programmée et parfois même le refus d'avoir un autre enfant ; pour d'autres femmes ce sera l'impossibilité de se rendre chez leur médecin ou à l'hôpital et le cas échéant d'y refuser un examen pelvien. » (Greco-Geffroy, 2005) ;
- des crises de panique ;
- une hypersensibilité ou, au contraire, un « émoussement psychique », survenant peu de temps après l'accouchement, et dont les caractéristiques ressemblent à celles de la dépression : diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités antérieurement sources de plaisir, se sentir détaché ou étranger vis-à-vis des autres, avoir une capacité nettement diminuée à ressentir des émotions (particulièrement celles associées à l'intimité, la tendresse et la sexualité).

Or, lorsque ces symptômes s'installent après un accouchement, ils nuisent durablement aux relations conjugales, aux compétences parentales (comme on l'a vu pour les naissances prématurées), et donc au bon développement de l'enfant. Il est certainement possible de le prévenir dans un certain nombre de cas.

## Comment tenter de prévenir l'état de stress post-traumatique post-accouchement (ESPTPA) ?

L'ESPTPA peut être prévenu en écoutant les femmes tout au long de leur grossesse, et ce dès le début par le recueil des antécédents. N'oublions pas qu'écouter, c'est laisser le temps de dire, d'établir un climat de confiance, et avoir toujours le même interlocuteur dans la mesure du possible. Cela devrait permettre de repérer des

femmes à risque, mais la bientraitance pendant le travail devrait être la règle pour toutes les accouchées : informations claires et complètes même en temps d'urgence, respect de la personne (mère, père et bébé).

Une préparation à la naissance bien faite devrait permettre d'*anticiper* la mise au monde, la douleur, le lien avec l'équipe médicale, les gestes obstétricaux possibles, et tout simplement le fait que ça peut ne pas bien se passer quelquefois... (cf. p. 269).

Lors d'une rencontre après coup, dans les 48 heures d'hospitalisation suivant la naissance, le récit co-construit par la patiente et l'obstétricien ou la sage-femme présents lors de l'accouchement devrait permettre de limiter les ESPT en formation.

Une aide plus spécifique peut apparaître nécessaire lors des échanges sage-femme/psychologue, ou, encore mieux, lors du staff. La visite postnatale, bien qu'un peu tardive, le suivi postnatal par la PMI ou la sage-femme libérale peuvent aussi être un espace de narrativité.

Enfin, la prise en charge de ces femmes pendant la grossesse suivante semble améliorer considérablement le pronostic du nouvel accouchement (Bydlowski, Raoul-Duval, 1978).

## Pères et naissances traumatiques

Les pères, nullement épargnés par l'ESPT, souffrent encore d'une carence de recherches spécifiques les concernant. B. Pierrehumbert parle bien des *parents* de l'enfant né prématuré. De mon côté, je souhaite témoigner de l'horreur vécue par certains pères qui se sont crus obligés d'assister à l'accouchement de leur femme, par leur femme elle-même, ou lors de la préparation à l'accouchement, ou par la sage-femme. Depuis les années 1980, les nouveaux pères sont tenus d'assister leur femme sous peine d'être qualifiés de déserteurs, incriminés d'abandon dans les moments douloureux «alors que pour le faire, le bébé, ils sont bien là, les hommes!»

Bref, on les pousse – ceux qui n'ont pas envie, je ne parle pas des autres –, on leur met des surchaussures de bloc en plastique, une sur-blouse, et une charlotte de bloc sur le crâne.

Ainsi déguisés, ils assistent, impuissants – malgré quelques belles actions avec le brumisateur – et dévastés, au travail très physique de leur femme. Son sexe, ancien objet de désir, leur apparaît turgescant,

sanglant, déchiré, découpé... Ils ont parfois du mal à s'en remettre, et leur sexualité aussi. Une consultante en gynécologie me racontait : «Après avoir assisté à mon accouchement, mon mari ne m'a plus touchée... Il avait encore le bruit de l'épisiotomie dans les oreilles des années après.» C'est pourquoi je dis dans le chapitre prévention : attention aussi au désir du papa ! Ici aussi, un travail de préparation en amont est précieux (cf. chapitre 11). En salle de travail, comme ailleurs, la volonté de bien faire érigée en dogme incontournable pour tout le monde devient une nuisance.

## La naissance est-elle traumatique pour le bébé ?

On peut aisément imaginer qu'être arraché au giron maternel lors d'une césarienne, que la perfusion *in utero* d'hormones de stress lors de l'urgence, le contact des forceps ou ventouse, la traction, la séparation brutale, parfois prolongée d'avec la mère, les gestes de réanimation qui peuvent suivre soient des facteurs de stress, de douleur. Mais qu'en est-il pour l'accouchement normal, par voie basse, ou même une césarienne respectueuse ? Les avis sont partagés à ce sujet. J'ai tendance à penser que ce n'est ni difficile, ni douloureux pour le fœtus/bébé, certains dormant d'ailleurs paisiblement pendant leur passage.

Pour une approche plus spécialisée, je vous recommande le chapitre 4 de N. Boige sur le développement psychosomatique du bébé.

## Conclusion

Une naissance est possiblement traumatique, somatiquement et psychologiquement, pour des faits objectifs ou non (cf. p. 28 et 184). Le traumatisme survenu lors de la naissance peut être le germe d'un état de stress post-traumatique, lui-même responsable de troubles conjugaux et de la parentalité. Il est donc important de tenter de le prévenir.

On retient deux axes majeurs de prévention : le récit post-accouchement en individuel et/ou groupal, ainsi que le respect de la personne en salle de travail. Ces mesures doivent concerner tous les acteurs de la naissance dont j'ai essayé de montrer qu'ils pouvaient être touchés par le traumatisme : la mère, bien sûr, le bébé, le père, et aussi les soignants (cf. chapitre 12).

## 5.3. Le déni de grossesse

S. Missonnier

Dans le cadre de ce traité, la question du déni de grossesse est emblématique. Pourquoi ?

D'abord, elle permet de mettre en exergue l'intrication en périnatalité des facteurs somatiques et psychiques revendiquée comme un postulat en ouverture et tout au long de cet ouvrage. L'existence clinique des dénis de grossesse est une confirmation de cette synergie polyfactorielle se cristallisant dans des stratégies défensives. La possibilité d'une suspension variable *simultanée* de tout ou partie de la grossesse psychique consciente et d'éléments caractéristiques de son expression somatique (aménorrhée, prise de poids, proprioception des mouvements fœtaux...) s'impose en effet comme une preuve par la négative de la nature résolument *somatopsychique* du processus de (re)devenir mère.

Ensuite, cette clinique du déni de grossesse est paradigmatique car elle met au jour la force et la complexité de la conflictualité inconsciente de la réalité psychique du processus de maternalité. La possibilité défensive d'une suspension variable de la grossesse psychique consciente, de son expression intrapsychique et intersubjective s'impose en effet, là aussi, comme une preuve *par la négative* de la nature résolument *ambivalente* de tous les chemins de la maternalité. Comme nous allons le détailler, l'espace défensif, qui s'ouvre entre les polarités des mécanismes psychanalytiques de la (dé)négarion d'un côté et du *déni* de l'autre, couvre la diversité des traductions conflictuelles de cette ambivalence. Mais, précisons d'emblée que cet espace recouvre les mille et une variations de la lisière de la normale et du psychopathologique au-delà de toute typologie mettant en avant une configuration typique. Pluriel dans ses modalités d'émergence et d'expression, le déni de grossesse d'une femme sujet est *en négatif* un reflet fidèle et unique de sa trajectoire de vie en attente de symbolisation subjectivante.

Enfin, et dans la suite logique des deux raisons précédentes, les situations de déni de grossesse constituent un défi contemporain typique et nouveau pour les stratégies de prévention médico-psychosociale primaire et secondaire en périnatalité. Alors que la

tentation d'uniformiser les modalités d'accompagnement et de soins dans des protocoles se fait souvent pressante, proposer des réponses à géométrie variable répondant à la singularité des souffrances du processus de maternalité des dénis n'est pas chose facile. Cela est d'autant plus vrai que l'empêchement de ce devenir mère est lui-même indissociable du tissu relationnel du devenir père, frère-sœur, grands-parents, du statut de collègue ou d'employeur... et du contexte socio-économique au sens large.

Cette attention médico-psychosociale accrue et ajustée que nécessitent les femmes suite à la révélation de leur grossesse représente un fort et prompt investissement de la part des soignants qui peuvent trouver sur leur chemin au moins deux obstacles sous la forme de préjugés : la non-reconnaissance de l'état de grossesse signe et prédit une « mauvaise mère », « menteuse » ; le fait que la grossesse n'ait pas été médicalement suivie peut être ressenti par les professionnels comme un évitement conscient (une dissimulation) voire un désaveu agressif de leurs « bons soins ».

Plus largement, ces contre-attitudes relayent la difficulté de tout un chacun à reconnaître l'*ambivalence* de la parentalité et le poids de sa conflictualité inconsciente, en les interprétant projectivement comme des intentions conscientes nuisibles.

D'ailleurs, force est de constater combien ces souffrances ont été jusqu'à présent soit radicalement scotomisées par les professionnels, les politiques et la population générale, soit caricaturées par le traitement médiatique. La rareté des études, l'absence d'entrée « déni de grossesse » dans des dictionnaires de gynécologie-obstétrique, de psychiatrie de référence et le refus de la classification du DSM d'inclure le déni (Grangaud, 2001) illustrent bien la frilosité des soignants. Les récits outrés de jeunes femmes venant aux urgences pour des douleurs abdominales et accouchant quelques heures plus tard sont rapportés dans les faits divers. Dans un registre plus tragique, les emprisonnements pour infanticide néonatal et les témoignages médiatiques des procès qui s'en suivent laissent parfois entendre sans nuance et

avec fatalisme que le déni de grossesse est une pente naturelle vers l'infanticide.

En France, à l'exception des études de C. Bonnet (1990), I. Collasson (1995), du numéro spécial de *Perspectives Psy* de 2002 coordonné par B. Massari et du chapitre «Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation et déni)» d'un ouvrage de B. Bayle (2005), il a fallu attendre les 23 et 24 octobre 2008, pour que la question du déni de grossesse soit à l'ordre du jour avec un congrès qui rassemblait enfin largement des professionnels de la périnatalité (Navarro, 2009). Le constat unanimement dressé dans les actes pointe la nécessité de reconnaître la prévalence approximative d'un déni de grossesse pour 400 naissances tout autant que la grande variabilité des situations rencontrées. Les conséquences préventives, thérapeutiques mais aussi en termes juridiques et, plus largement, de débat éthique sociétal restent à explorer plus avant. Ce sont les données basiques permettant d'engager ce chantier crucial qui sont privilégiées ici.

## Deux études remarquables

### Tyrol, entre 1987 et 1990

L'étude autrichienne *princeps* la plus fréquemment évoquée dans la littérature est celle de C. Brezinka *et al.* (1994). Cet obstétricien pionnier a recensé, entre 1987 et 1990, 27 cas de déni de grossesse avec son équipe et des correspondants (accoucheurs et sages-femmes) sur tout le territoire du Tyrol. On dénombrait :

- onze cas sur vingt-sept avec révélation de la grossesse suite à l'engagement du travail (on note une demande d'aide médicale pour toutes les femmes) ;
- neuf sur vingt-sept, avec une découverte due à un tiers entre 26 et 36 semaines ;
- sept sur vingt-sept grossesses mises au jour par un incident obstétrical entre 21 et 26 semaines. Ce groupe se caractérisait par des complications obstétricales graves.

La moitié de ces femmes (14/27) présentait des troubles psychiatriques (deux psychoses, quatre dépressions majeures, quatre troubles de la personnalité, trois retards mentaux). Étonnamment, com-

ment J. Dayan (1999b), les auteurs décrivent une évolution sans trouble majeur pour les enfants de toutes les mères à l'exception des mères psychotiques. De même, aucun infanticide n'est répertorié ce qui contredit la relation statistique habituellement pointée entre déni de grossesse et infanticide. Des arguments épidémiologiques permettent de comprendre cette donnée : «Le déni de grossesse serait environ trente fois plus fréquent que l'infanticide dont l'incidence est estimée à environ 1 pour 10 000 naissances vivantes. L'échantillon étudié ici est réduit à 27 femmes et l'absence de cas en son sein est parfaitement admissible. À l'inverse, une fréquence élevée de déni de grossesse demeure régulièrement constatée parmi les femmes ayant commis un infanticide, discordance apparente, liée à la nature rétrospective des études menées sur les mères infanticides.» (Dayan *et al.*, 1999.) Il faut sans doute aussi relativiser ces données statistiques au sujet des néonaticides, car un certain nombre d'entre eux restent secrets.

C. Brezinka dans sa cohorte met bien en avant une caractéristique majeure de la sémiologie du déni de grossesse : le peu de modifications du corps, nommé classiquement «la complaisance somatique». Ainsi, douze femmes sur vingt-sept présentaient des métrorragies pendant la grossesse, quatre les considéraient comme ordinaires ; deux femmes de plus de 40 ans se croyaient ménopausées ; quinze femmes sur vingt-sept présentaient une prise de poids faible ou nulle.

Enfin, dix femmes sur vingt-sept s'étaient séparées de leur compagnon au début de la grossesse et les quatre mariées vivaient dans un climat de conflit conjugal majeur.

C. Brezinka était logiquement présent à Toulouse en 2008 et, n'ayant jamais cessé de poursuivre sa recherche initiale, il a fait part de chiffres actualisés de fréquence du déni dans le Tyrol :

- un déni révélé entre les 21<sup>e</sup> et 32<sup>e</sup> semaines de grossesse pour 400 naissances ;
- un déni révélé au-delà de la 32<sup>e</sup> semaine pour 2 500 grossesses.

### Berlin, entre 1995 et 1996

J. Wessel est un collègue obstétricien allemand de C. Brezinka. Après une première étude en 1987, il en a conduit une seconde, quelques années plus

tard, réunissant 94 femmes à partir des données recueillies dans toutes les maternités de Berlin et des environs (19) et de cinq cabinets de sages-femmes (Wessel, 2009). J. Wessel range dans la catégorie du déni grossesse, les femmes dont la grossesse n'est révélée qu'après la 20<sup>e</sup> semaine.

Sur les 94 femmes recensées, 28 ne sont pas rangées dans la catégorie « déni de grossesse », mais dans celle de la « dissimulation » ou « autres raisons ».

Pour quinze femmes, la révélation s'est faite entre les 20<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> semaines; neuf entre les 25<sup>e</sup> et 28<sup>e</sup> semaines; huit entre les 29<sup>e</sup> et 32<sup>e</sup> semaines; quatorze entre les 33<sup>e</sup> et 37<sup>e</sup> semaines; vingt lors de la 38<sup>e</sup> semaine et au-delà (douze, le jour de l'accouchement).

Selon l'auteur, cette étude apporte des données qui « battent en brèche les préjugés les plus couramment rencontrés qui voudraient que ces mères soient nécessairement jeunes, immatures (voire infantiles), inexpérimentées sur le plan sexuel ou celui de la maternité, issues d'un milieu socialement défavorisé, pourvues d'une intelligence limitée, ou bien psychotiques ».

L'âge moyen était de 26 ans et variait de 15 à 44 ans. Cinquante-quatre femmes vivaient dans une situation conjugale stable et onze sans partenaire stable. La majorité de ces femmes était titulaire d'un diplôme (vingt-deux « niveau scolaire moyen et bon »; seize « niveau scolaire faible ») et les niveaux de formation étaient très variés. Plus de la moitié des femmes étaient multipares et un tiers seulement primipares.

En ce qui concerne les nouveaux-nés, on a dénombré un néonaticide. Un enfant est mort-né et trois fœtus se sont révélés non viables entre la 21<sup>e</sup> et la 23<sup>e</sup> semaine de gestation. Le taux de mortalité de 2,9 % signifie que le déni de grossesse est une situation à risque pour le fœtus et le nouveau-né.

J. Wessel souligne dans cette population un net accroissement de la fréquence des risques (prématurité, petit poids, retard de croissance...) essentiellement dû selon lui à l'absence de suivi de grossesse. Par contre, les paramètres pédiatriques du post-partum sont comparables à ceux de la population générale.

Finalement, cette étude a abouti aux rapports de fréquence suivants :

- déni partiel (révélation après la 20<sup>e</sup> semaine) : 1/475 naissances;

- déni total, naissance à l'hôpital : 1/2455 naissances;
- déni total, naissance à domicile : 1/9825 naissances.

Dans ses conclusions, J. Wessel insiste avant tout sur la nécessité de rompre avec l'idée que le déni de grossesse concerne « un groupe de femmes précis ou marginal » et de s'ouvrir à la diversité médico-psychosociale en présence. Il souligne aussi avec force l'importance pour les soignants de bien distinguer le discours volontairement mensonger de mères dissimulant consciemment leur grossesse des « rationalisations » (sur la prise de poids, l'aménorrhée, les nausées et vomissements...) de mères immergées dans la situation du déni de grossesse.

## Définition critique du « déni de grossesse » et variabilité des « négations de grossesse »

« La négation de grossesse désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état. (...) La proportion de trois cas pour mille naissances peut être retenue à partir des études de J. Wessel (1987) et C. Brezinka (1994). » (Dayan *et al.*, 1999).

La grande largeur du spectre de cette définition recouvre une très grande diversité de situations cliniques ne différenciant pas, par exemple, les dénis de *grossesse partiels* (révélation après 20 semaines) et les dénis *totaux* (naissances inattendues). Elle risque d'avoir les inconvénients habituellement attribués à l'auberge espagnole! D'ailleurs, tout le travail interdisciplinaire d'un réseau périnatal bien tempéré confronté à une femme considérée, après coup, comme relevant de la catégorie du déni de grossesse, consiste à dépasser le flou initial de cette définition généraliste au profit d'une compréhension casuistique sur mesure, respectueuse de l'unicité du sujet et de son environnement.

Pour autant, cette définition a aussi une immense qualité : elle refuse la terminologie classique de « déni » de grossesse au profit de « négation ». Comme nous allons le voir, le premier terme de

déni renvoie au sens limité et précis d'un mécanisme de défense en psychanalyse (*Verleugnung*). Le second, la négation, est un signifiant logique fondamental et générique du discours lui-même. Il correspond *a priori* à mille et une formes et contextes possibles : « action de nier l'existence de quelqu'un ou de quelque chose, ou de la remettre en cause; résultat de cette action ». <sup>52</sup>

Premier croisement dans l'arborisation complexe de la négation psychique maternelle prénatale, elle peut être consciente ou inconsciente.

*Consciente*, elle ouvre sur les scénarios de la *dissimulation* de grossesse, une situation connue où des facteurs psychologiques et sociaux dictent cette stratégie pour leurrer l'entourage. On peut aussi penser aux conscientes « impossibilités d'énoncer sa grossesse à autrui » (Bayle, 2009). Dans une zone plus frontalière avec les négations inconscientes, les situations de « méconnaissance » (Dayan *et al.*, 2009) constituent un tableau intermédiaire avec des formes possibles de passage. Cette configuration est évoquée quand des facteurs « objectifs » de la réalité externe favorisent la non-reconnaissance de la grossesse : femme de plus de 45 ans, femme obèse, adolescente aux règles irrégulières...

*Inconsciente*, la négation de grossesse ouvre sur deux possibles mécanismes de défense dégagés par S. Freud et largement repris par ses héritiers que nous allons finement distinguer : le déni (*Verleugnung*) et la (dé)négation (*Verneinung*). Tous les deux dépassent la signification simplement logique de la négation et véhiculent l'idée supplémentaire d'une « contestation » (Laplanche, Pontalis, 1967). Ce sont deux « figures du négatif » (Green, 1993).

## Le déni

C'est un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante » (Laplanche, Pontalis, 1967). Il porte sur la réalité extérieure. Il concerne banalement l'enfant avec l'exemple *princeps* du déni du petit garçon et de la petite fille de l'absence de pénis chez la fille avant qu'ils ne sortent tous deux de ce *clivage* en bâtissant une théorie sexuelle infantile de la castration féminine.

Chez l'adulte cette fois, il concerne spécifiquement la psychose quand il correspond à une reprise de cette position infantile aboutissant à un clivage entre deux positions inconciliables. Face aux exigences pulsionnelles, le névrosé les *refoule* alors que le psychotique va *dénier* la réalité extérieure.

Mais au-delà de cette opposition duelle entre mode défensif de l'enfant et de l'adulte, S. Freud (1909) va au fil de son œuvre aboutir, à l'instar de son analyse de *l'homme aux loups*, à une vision stratifiée des mécanismes de défense où le plus originaire (le déni de la réalité extérieure de la castration) côtoie des courants défensifs moins radicaux (la reconnaissance de la castration).

Les situations médicales rencontrées chez les patients atteints par exemple de cancer qui à la fois dénie l'issue inéluctable et l'envisagent, illustre bien cette « connaissance intermédiaire » (Weisman, 1972) d'un savoir/non-savoir qui n'est au fond qu'une version amplifiée du rapport du grand nombre à la mort.

La rencontre de parents confrontés en post-partum à la révélation catastrophique chez leur enfant d'un handicap grave passé inaperçu au diagnostic anténatal m'a conduit à observer aussi des formes aiguës transitoires et non psychotiques de dénis.

## La (dé)négation

Laplanche et Pontalis (1967) traduisent ainsi *Verneinung* pour sortir de l'impossible distinction stricte dans le texte freudien entre le terme logique et générique de « négation » et celui, spécialisé, de « dénégation ». Ils la définissent ainsi : « Procédé par lequel le sujet, tout en se formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne. »

« Vous allez certainement penser que la femme de mon rêve, c'est ma mère. Coucher avec ma mère ? Enfin, mais c'est impossible ! Je n'ai décidément jamais pu penser une chose pareille ! » s'exclamera un analysant inaugurant de façon prometteuse le chantier de son exploration œdipienne. Ici, c'est bien la « protestation » de la (dé)négation qui constitue la fondation dynamique, la garantie d'une levée *partielle* du refoulement.

<sup>52</sup> *Trésor de la langue française*, CNRTL, 2011.

Contrairement au déni où la modification du mécanisme défensif porte sur la représentation de la réalité extérieure, ici, la modification du mécanisme de défense de la (dé)négation porte sur la réalité psychique interne. La résistance demeure au profit du bénéfice du principe de plaisir préservé (via la formulation négative et au déplacement vers l'analyste du « vous allez penser... »), mais une brèche est ouverte car la représentation du désir (auparavant totalement refoulée) est nouvellement accueillie consciemment dans le monde interne. Cette « brèche » interne est la figure absolument contraire au « clivage » du déni perceptif externe. Le mouvement qui va du refoulement (total) à la (dé)négation correspond donc à un assouplissement défensif, promesse d'une véritable voie d'accès à la conflictualité inconsciente. Ce mouvement s'accompagne de la reconnaissance de l'existence indépendante d'une réalité extérieure accueillie sans qu'elle soit (illusoirement) modifiée comme dans le déni.

Sur le plan topique, c'est l'espace du *préconscient* qui abrite le dynamisme de ce travail des représentations de (dé)négation. Elles sont certes inconscientes au départ mais elles se différencient des représentations strictement inconscientes par leur virtualité à ne pas le rester. Contrairement aux pures représentations inconscientes, elles ne fonctionnent pas en processus primaires (représentations de choses) mais en processus secondaires (représentations de mots). En d'autres termes, le langage, *a fortiori* à travers les (dé)négations, porte implicitement en lui un potentiel de prise de conscience.

Dans son texte *princeps Die Verneinung* (1925), S. Freud décrit finalement la portée matricielle de cet axe anthropologique présent dès les premières motions pulsionnelles entre le binaire « avaler dedans le bon » et le « cracher dehors le mauvais » puis dans les axes majeurs des conquêtes ontologiques du symbole et du jugement.

## Les négations de grossesse entre déni et (dé)négation

Le bénéfice de cette reprise terminologique détaillée est important pour ancrer un éclairage psychanalytique de la diversité des négations de grossesse : *je propose d'envisager la diversité psy-*

*chologique et psychopathologique des négations de grossesse dans un continuum dont les pôles extrêmes sont la (dé)négation et le déni, et dont chacune des situations uniques et évolutives représente une trajectoire singulière.*

Pour argumenter l'idée de ce *continuum*, on pointe la communauté sphérique des deux polarités : elles traduisent toutes les deux une conflictualité inconsciente intrapsychique et intersubjective variable à l'égard du processus de maternalité. Les représentations conscientes, leurs affects et leurs symbolisations verbales, non verbales liées sont l'objet d'une stratégie défensive (un travail du négatif) dont le but est l'absence dans la conscience. Cette « protestation » inconsciente est commune et reflète une stratégie défensive adaptative au profit du principe de plaisir.

La continuité entre les deux pôles est aussi apparue à travers leur mise en perspective ontogénétique et la plasticité des tableaux du déni et de la (dé)négation. Leurs variations internes permettent d'envisager aisément une mitoyenneté par exemple entre un déni partiel, en secteur sur le plan topique ou encore discontinu, transitoire sur le plan temporel et une (dé)négation qui peine à bénéficier de sa dynamique auto-interprétative et reste bloquée dans une répétition stationnaire.

Cette gradation correspond à ce que S. Freud a toujours affirmé à l'égard des variations de la « normale » et du « pathologique » : il n'y a pas de différence de nature mais seulement de degré. Les mutations du travail psychothérapeutique mais aussi les réactions thérapeutiques négatives illustrent d'ailleurs bien tour à tour la réversibilité et les résistances au changement des sujets.

Pour autant, le clinicien périnatal va pouvoir éclairer sa rencontre des femmes relevant d'une négation de grossesse des variables entre ces deux polarités défensives du moi :

- le déni porte sur la réalité extérieure dont il « modifie » illusoirement le traitement perceptif ; la (dé)négation porte sur la réalité *interne* qu'elle « maquille » illusoirement ;
- le déni opérant par clivage est source d'étauchement stricte à l'égard des motions pulsionnelles (représentations inconscientes) ; la (dé)négation, par levée partielle du refoulement initiant des évitements, est source de porosité (représentations préconscientes) ;

- le déni, gouverné par la compulsion de répétition tend vers un état statique; la (dé)négation dynamisée par la brèche ouverte entre motions pulsionnelles et le moi est virtuellement dynamique;
- le déni est un mécanisme de défense aliénant pour le sujet qui ne peut symboliser ses propres résistances; la (dé)négation ouvre sur la potentialité d'une auto-interprétation;
- le sujet pris dans les filets du déni est aveuglément « envoûté » et tyrannisé par ses objets d'investissement; le sujet pris dans les contraintes de la (dé)négation est hyperdépendant de ses objets d'investissement mais le nie;
- le déni résiste à la réflexivité, au récit partagé et la (dé)négation les appelle implicitement, au-delà de réticences explicites.

Entre les polarités de la (dé)négation et du déni, cette sphère permet d'émettre des hypothèses métapsychologiques rétrospectives et prospectives sur la diversité des réponses défensives apportées par ces femmes confrontées à leur propre *ambivalence*.

Observons d'ailleurs combien l'ambivalence à l'égard du processus du devenir mère, de l'accueil d'un enfant et des métamorphoses environnementales induites est classiquement la clé de voûte du discours psychopathologique au sujet des négations de grossesse. Je voudrais profiter de cette occasion pour lever un malentendu fréquent chez bon nombre de cliniciens du périnatal qui utilisent parfois le terme d'ambivalence dans un sens pathologique et parfois dans un sens psychanalytique où l'ambivalence est consubstantielle à la pulsion en direction de l'objet. En effet, dans une perspective strictement psychanalytique, l'accès à l'ambivalence (en particulier, la simultanéité *négociée* des sentiments d'amour et de haine à l'égard de l'enfant à naître) est le propre de l'équilibre suffisamment bon d'une parentalisation « névrotico-normale ». Ce qui est donc souvent pointé en termes d'« ambivalence » comme obstacle à la maternalité des négations de grossesse est en fait un nonaccès – déni avec clivage – ou un accès problématique – (dé)négation avec évitement – aux formations de compromis de cette ambivalence tempérée. Dans ces cas, c'est l'extrémisme des positions de haine destructrice ou d'amour idéalisé et l'impossibilité, justement, de les *lier* dans un équilibre comportemental, affectif et fantasmatique qui signe ces dysharmonies intersubjectives mère/embryon/foetus/bébé. Le clivage – déni – ou l'évite-

ment – (dé)négation – empêchent défensivement cette impossible *liaison*. C'est bien pourquoi, la formule « mère ambivalente » est confusionnante : dans une perspective psychanalytique, c'est toujours un pléonasme et parfois une louange si cette ambivalence est liée, subjectivée! Alors que fréquemment dans l'esprit du clinicien, c'est une observation péjorative de maternalité en grande souffrance.

L'hypothèse de C. Bonnet (1996) de violents « fantasmes d'impulsions infanticides » en filigrane de demandes tardives en urgence d'IVG ou d'accouchement sous X faisant suite à une négation partielle de grossesse, illustre bien un des scénarios possibles de destructivité invasive et d'impossible *liaison* des forces contraires de l'ambivalence. Elle souligne dans ces situations la récurrence de maltraitements traumatiques récentes et/ou anciennes, non métabolisées que la grossesse réactive rendant l'enfant « impensable ». Au final, dans notre référentiel psychanalytique, on parlera donc le plus souvent avec les négations de grossesse de « nonaccès à l'ambivalence ».

Une dernière remarque, cruciale. Ces hypothèses de (dé)négation et de déni face à l'ambivalence prendront pleinement sens, face à des mères traversant la métamorphose somatopsychique de la maternalité dans une institution où collaborent somaticiens et psychistes, que si elles ne se désolidarisent pas d'une vision psychosomatique. Répétons-le, elles se réfèrent à une conception doctrinale et pathogénique qui accepte et inclut les facteurs psychiques et conflictuels dans le déterminisme ou le développement somatique normal et pathologique (Kreiser, 1985a). Précision importante pour les négations de grossesse, cette théorisation ne se limite pas aux expressions corporelles de nature hystérique, correspondant à la réactualisation d'un point de fixation psychique mentalisable. Dans la conception de l'École de psychosomatique de Paris, le symptôme psychosomatique met justement au jour un point de fixation corporel « muet » où s'est fixée l'expérience vécue traumatique au moment où l'enfant – et avant lui le fœtus (cf. chapitre 4 et Missonnier, 2009a) – faisait corps avec son corps. Schématiquement, les symptômes de ces pathologies somatiques surviennent là où les défenses névrotiques classiques soit n'existent pas, soit échouent et induisent une régression (Marty, 1976).

Une conception psychosomatique a donc le grand mérite de mettre en avant les limites d'une seule

lecture hystérique des négations de grossesse qui a été souvent qualifiée d'« hystérisation négative » ou encore de tableau inverse du *pseudocyesis* ou « grossesse nerveuse » (Dayan *et al.*, 2009).

Elle nous incite par conséquent à envisager des déclinaisons hystériques et psychosomatiques graduées des négations de grossesse. *Les premières se situent sur l'hémisphère de la dénégation et les secondes sur celui du déni.*

Finalement, dans un esprit résolument clinique, ce référentiel psychopathologique vise essentiellement à constituer un canevas sur lequel vont pouvoir peu ou prou se tisser les liens relationnels avec les soignants dans un accompagnement interdisciplinaire bien tempéré en institution et en réseau. Comme nous le verrons, l'engagement d'un processus psychothérapeutique dans ce creuset se justifie aussi fréquemment qu'il rencontre de nombreux obstacles.

## Approches thérapeutiques : accueillir les femmes concernées et leur entourage

De fait, la contradiction est forte entre les traits saillants de cette analyse psychopathologique des négations de grossesse et la nécessité d'un accompagnement médico-psychosocial sur mesure de la devenant mère mais aussi du bébé, du devenant père, de l'environnement familial et social. D'un côté, les négations de grossesse illustrent la violence (plus ou moins) extrémiste de systèmes défensifs somatopsychiques refusant le travail de réflexivité consciente de l'ambivalence inhérent au processus de maternalité; de l'autre, la proposition d'un accompagnement strictement médical et *a fortiori* médico-psychosocial vient le heurter de plein fouet et comporte tous les risques d'une intrusion. On touche là avec une particulière acuité aux aspects éthiques de la prévention interdisciplinaire en périnatalité (*cf.* p. 15) : des propositions d'accompagnement non prévenantes seront iatrogènes, l'enfer est pavé de bonnes intentions.

En ayant bien à l'esprit toutes ces difficultés cliniques et éthiques *a priori*, dans tous les cas de figure de négation de grossesse : « Il apparaît utile d'approfondir le travail clinique à la recherche de troubles de la personnalité et de troubles psychiatriques associés,

évaluer l'entourage affectif, le contexte dans lequel survient la grossesse et les facteurs de vulnérabilité préalables. En leur absence, il apparaît nécessaire d'estimer la capacité de la mère à prendre en charge et à accepter son enfant. Au-delà, les recherches devront confirmer l'absence de troubles du développement chez les enfants nés après une forme prolongée de négation de grossesse, les études en la matière étant exceptionnelles. » (Dayan *et al.*, 1999.)

N. Grangaud (2001, 2002) préconise à juste titre d'envisager, en amont des négations de grossesse avérées, les déclarations tardives de grossesse comme d'éventuelles négations partielles justifiant un accueil en réseau qui offre à la femme la possibilité d'explorer ses défenses à l'égard de l'ambivalence de la maternalité, notamment avec le psychiatre/psychologue.

Pour les négations partielles *et a fortiori* les négations totales, la proposition systématique d'entretiens avec le psychiatre/psychologue à la naissance s'impose. Elle vient s'insérer dans le cadre d'une observation et d'un soutien bienveillant de l'ensemble des soignants de la maternité en lien avec le réseau. Quand la relation avec le nouveau-né et le contexte social sont prometteurs, le passage d'une puéricultrice de secteur à domicile, le suivi en PMI et la poursuite des consultations thérapeutiques avec le psychiatre/psychologue permettent de confirmer dans la durée cette trajectoire. Si elle semble plus incertaine, le prolongement de l'hospitalisation est souhaité permettant une contenance accrue mêlant guidance interactive de la dyade (et de la triade si elle est mobilisée), un accueil des personnes ressources de l'environnement de la mère, une anticipation de la sortie avec l'assistante sociale et des entretiens rapprochés avec le psychiatre/psychologue. Parfois, l'indication d'hospitalisation en unité mère-enfant est pertinente. Ponctuellement, un signalement sera évalué en fonction du danger pressenti pour la mère et l'enfant.

Sur la bonne base de ces recommandations généralistes, je crois essentiel d'affiner les modalités d'accompagnement institutionnel et d'interventions psychothérapeutiques. Mon expérience clinique en maternité m'a appris en ce domaine qu'un des chemins sûrs pour effectuer cet ajustement à la singularité des sujets est l'analyse de leur stratégie défensive en s'inspirant de la continuité et du contraste mis en exergue entre les polarités de la (dé)négation et du déni. *Globalement, les stratégies de (dé)négation convergent vers un évitement variable de la prise de*

*conscience de la grossesse somatopsychique alors que celles du déni trouvent leur point d'équilibre dans l'instauration d'un clivage étanche.* Ces deux polarités donnent au clinicien une première orientation pour accueillir les mères rencontrées à l'occasion de révélation de grossesses tant avant (« négation partielle ») qu'après (« négation totale ») l'accouchement.

Cette pétition de principe trouve sur son chemin un redoutable obstacle qui m'est apparu sur le terrain et, notamment, grâce aux véritables psychothérapies pérennes entreprises avec des femmes rencontrées initialement à la maternité à l'issue de leur période de négation. La révélation de la grossesse suite à une négation partielle et *a fortiori* à une négation totale est un redoutable débordement de l'appareil psychique qui constitue une *effraction potentiellement traumatique*. En d'autres termes, ce que le soignant (et notamment le psychiatre ou le psychologue) sera spontanément tenté de considérer comme « le » territoire de la souffrance psychique, c'est la phase écoulée de négation. Il est bien vrai que cette période est celle d'une souffrance avérée mais, je pense, néanmoins, que cette phase correspondrait à un équilibre de *compromis*, caractérisée justement par sa fonction de protection somatopsychique. La révélation impose la *violente défaite* de la stratégie défensive et menace gravement l'homéostasie biopsychique. Il me paraît donc prudent dans ce contexte que tous les intervenants considèrent comme prioritaire l'attention soutenue sur les conséquences *actuelles* de menace traumatique. De fait, cette annonce imprévue est nécessairement bouleversante pour la femme mais aussi pour son *entourage*. En effet, en s'inspirant de la conceptualisation de la « communauté du déni » de R. Kaës (2002), on pourrait dire ici que l'entourage familial et social de ces femmes se situe, selon chaque cas unique, entre les polarités de la communauté du déni et de la communauté de la (dé)négation. Dans les deux cas, l'accord défensif tacite de la communauté vole subitement en éclat et le monde extérieur risque d'être perçu comme hostile, incapable de comprendre. *L'accueil des femmes ayant vécu une négation de grossesse est indissociable de cette ouverture communautaire.*

Ce premier temps de l'accompagnement médico-psychosocial du *tohu-bohu* de la révélation mérite d'être distingué d'une phase de proposition d'élaboration *après coup* dans un cadre psychothérapeutique. L'expérience m'a appris que c'est de la qualité de cette fonction paratonnerre des soignants, à l'égard de cette personne « foudroyée »

par cette révélation et de son entourage, dont dépend la rare et précieuse possibilité d'instauration ultérieure d'un cadre psychothérapeutique pérenne à la mesure de la symbolisation de ce spectaculaire travail du négatif en soi et dans sa communauté d'appartenance. B. Massari (2002) livre un récit d'un suivi psychothérapeutique réalisé avec madame B. dont la négation de grossesse avait abouti à un infanticide passif qui va dans ce sens : « le transfert d'affect » initial en direction de celui qui deviendra un psychothérapeute est essentiel.

Même si certaines situations plaident dans un premier temps pour un dispositif psychothérapeutique familial ou parents/bébé pour favoriser l'amorçage du nouveau-né dans sa double filiation, le plus souvent, la devenant mère a d'abord et surtout besoin d'un espace individuel où elle va pouvoir après coup symboliser ce qui était typiquement irréprésentable pendant la grossesse. À partir de ses travaux sur la symbolisation primaire, R. Roussillon (2008b) distingue les dispositifs psychothérapeutiques (inspirés de la cure type) centrés sur la prise de conscience de représentations psychiques formées, secondarisées mais refoulées et les dispositifs (obligeant à se décentrer de la cure type) où il s'agit de favoriser la production, la symbolisation primaire de représentations jamais formées antérieurement.

Schématiquement, les dispositifs thérapeutiques face aux figures de la (dé)négation relèvent des premières et celles du déni des secondes. Plus la stratégie défensive de la négation de grossesse relevait du dynamisme de la (dé)négation, plus le travail psychothérapeutique m'est apparu après coup envisageable et productif. Dans ce cadre, la psychothérapie d'une jeune femme m'a beaucoup appris sur le caractère *intermittent* de la stratégie défensive de la (dé)négation où l'évitement est émaillé de failles dans lesquelles les représentations préconscientes se fauillent météoriquement jusqu'à la porte de la conscience qui alterne fermeture hermétique et entrebâillements.

À l'inverse, la radicalité de la stratégie du déni chez les sujets ne présentant pas de tableaux psychiatriques démontre la puissance du clivage et dans les quelques cas rencontrés, la relative permanence d'une absence de symbolisation primaire de l'ambivalence souvent inhérente à des troubles narcissico-identitaires qui ne sont pas incompatibles avec des tableaux d'adaptation relative de surface avec le statut de mère et l'intendance de l'enfant. Notre responsabilité de soignants en périnatal à

l'égard de ces mères en souffrance et évidemment fuyantes face à nos propositions d'accompagnement est grande. Leur refus de soins doit être pour nous une invitation à modifier avec originalité nos

dispositifs, en l'état, trop souvent en échec face à leur stratégie défensive. La recherche clinique sera une voie privilégiée dans cette direction.

## 5.4. Le diagnostic anténatal et l'obstétricien

M. Blazy

Le diagnostic anténatal doit être distingué du *dépistage* anténatal : le dépistage n'induit qu'un doute que le diagnostic vient confirmer ou infirmer. Le dépistage amène un risque, le diagnostic, une certitude – toute relative cependant, comme nous le verrons – et un pronostic.

### **Le diagnostic anténatal ou prénatal (DPN)**

---

C'est l'ensemble des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero*, chez l'embryon ou le fœtus, une affection d'une particulière gravité. Le DPN est proposé lorsqu'un risque est détecté au dépistage :

- sérologie de la mère (*cf. infra*, positivation d'une sérologie par exemple, toxoplasmose, CMV) ;
- dépistage de risque de trisomie 21 ;
- anomalie morphologique échographique dont on veut préciser la gravité, les éventuelles anomalies associées, l'origine chromosomique ou génique ;
- maladie grave génétique dans la famille, en particulier dans la fratrie.

Le DPN utilise plusieurs moyens avec une hiérarchie des examens selon la maladie suspectée et le terme de la grossesse : échographie, IRM et examens nécessitant des cellules fœtales ou de ses annexes, ou sérologie fœtale par ponction de sang au cordon.

Les examens ayant accès aux cellules fœtales permettent de faire un caryotype : examen des chromosomes et recherche de maladie chromosomique (T21, T5, T8, anomalie des chromosomes sexuels, délétions, etc.) ; examen génétique par technique de biologie moléculaire s'il s'agit d'une maladie due à un gène anormal de diagnostic possible (mucoviscidose par exemple) ou, plus simplement,

sérologie fœtale par ponction de sang fœtal (toxoplasmose, cytomégalovirus (CMV)).

Le diagnostic prénatal permet le diagnostic des maladies génétiques, comme la thalassémie, l'hémophilie, la drépanocytose, par les techniques de biologie moléculaire (qui étudient les acides nucléiques de l'ADN, constituant des chromosomes).

*Technique utilisée.* Il s'agit d'une ponction de :

- liquide amniotique, c'est l'amniocentèse à partir de 16 SA ;
- villosités choriales, c'est la ponction de trophoblaste entre 14 et 16 SA ;
- sang fœtal (par ponction au cordon ombilical), c'est la cordocentèse.

Il y a risque de perdre la grossesse dans un cas sur 200 amniocentèses ou ponctions de trophoblaste.

Selon les cas, ces examens invasifs et dangereux arrivent en première ou dernière position dans le « cheminement diagnostique » :

- à la suite d'une positivation de sérologie maternelle, on propose une sérologie fœtale ou une ponction de liquide amniotique (amniocentèse) pour la recherche du virus par PCR ou d'anticorps ;
- si le DPN est motivé par la découverte d'une anomalie échographique morphologique, l'échographie peut être complétée d'une IRM fœtale, et d'un prélèvement fœtal pour caryotype ou d'un examen de biologie moléculaire ;
- une biopsie de trophoblaste peut être proposée d'emblée si une maladie génétique est présente dans les antécédents familiaux (exemple de la mucoviscidose), ou une ponction amniotique si le terme de la grossesse est plus avancé, et une ponction au cordon si elle est nécessaire ;
- une amniocentèse est proposée pour la recherche d'anomalies chromosomiques.

## Le dépistage

---

Au sens large, il comprend la recherche de tous les facteurs de risque médico-psychosociaux : risques obstétricaux (interrogatoire sur les antécédents personnels et familiaux, examens cliniques), risques psychosociaux et des relations précoces (entretien prénatal précoce), risque de contamination infectieuse fœtale (CMV, toxoplasmose), risque génétique (conseil génétique)...

Mais ce qu'on entend par dépistage anténatal recouvre essentiellement le dépistage de la trisomie 21. Il consiste à identifier une population de femmes plus exposées que la population générale afin de leur proposer un prélèvement diagnostique. Depuis 2011, on pratique le dépistage combiné dès le 1<sup>er</sup> trimestre : il comporte des marqueurs sériques (prise de sang), la mesure de la clarté nucale à l'échographie, et l'âge maternel. Lorsqu'il n'a pas pu être réalisé complètement au 1<sup>er</sup> trimestre, il l'est au 2<sup>e</sup> trimestre et comporte les marqueurs sériques du 2<sup>e</sup> trimestre, la mesure de la clarté nucale et l'âge maternel.

Enfin, tout au long de la grossesse, le dépistage des anomalies se poursuit, par les échographies.

## Ce que dit la loi

---

Devant l'augmentation des prélèvements fœtaux qui ne sont pas sans risque (ni sans coût) et l'absence de stratégie unifiée, la Haute Autorité de santé (HAS) a remis ses recommandations qui sont appliquées depuis 2009.

Ainsi, chaque femme enceinte, *quel que soit son âge*, se verra *proposer* (et seulement proposer) une évaluation de son risque combiné si possible au 1<sup>er</sup> trimestre, sinon au 2<sup>e</sup> trimestre. L'âge maternel de plus de 38 ans au moment du prélèvement fœtal devient une indication d'exception, uniquement quand la femme n'a pu bénéficier d'aucune des dispositions prévues par l'arrêté.

Le laboratoire est soumis à un agrément ; les réseaux de périnatalité doivent organiser le dépistage avec l'aide de leur(s) centre(s) pluridisciplinaire(s) de diagnostic prénatal référent(s) et délivrer aux échographistes un numéro spécifique garantissant qu'ils rem-

plissent les conditions exigées par l'arrêté sans lequel le calcul de risque combiné n'est pas valide.

Enfin, les modalités d'information et de consentement éclairé des patientes sont définies (Lemery *et al.*, 2009).

## Comment cela se passe en pratique ?

---

La pratique est très codifiée.

### La prescription

Depuis juillet 2011, la loi permet aux sages-femmes d'être prescripteurs au même titre que les médecins. L'identification du prescripteur, sa signature, l'identification de la patiente, sa date de naissance et des informations pouvant influencer sur le résultat des dosages de marqueurs (poids, tabac...) doivent être renseignés.

Lors de la consultation médicale individuelle, avant la prescription, l'*information* consiste à expliquer à la femme :

- la notion de dépistage (par opposition au diagnostic) ;
- le risque que l'enfant à naître soit porteur d'une maladie très grave (notamment la trisomie 21) ;
- les principes du calcul de risque ;
- la possibilité en cas de risque élevé au dépistage de pratiquer un prélèvement fœtal (diagnostic), seul examen de certitude, et si elle souhaite ce prélèvement, de choisir la méthode en fonction de ses risques et du terme de la grossesse.

À l'issue de cette consultation, la femme signe un *consentement écrit*. Le prescripteur le signe également. On ne demande rien au père. Le plus souvent, la femme souhaite en discuter avec lui.

Ces explications sont bien sûr très importantes, mais aussi extrêmement chronophages ; on imagine bien que dans des consultations publiques surchargées, où le niveau de compréhension de la langue française est bas car la population immigrée majoritaire, le médecin soit parfois découragé par l'amplitude des « parapluies » induits par la lourdeur administrativo-judiciaire. Sur cette question, on se référera avec profit à l'ouvrage de

S. Séguret (2004) intitulé *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*. L. Gourand, obstétricien, y fait remarquablement le point sur la question du consentement du diagnostic anténatal, dans le meilleur des cas « mutuellement éclairé » entre parents et professionnels.

Certains couples préfèrent avoir un diagnostic de certitude concernant une anomalie foetale même s'ils sont décidés à ne pas faire d'IMG (interruption médicale de grossesse), afin de pouvoir se préparer psychologiquement. D'autres refusent dès le début le dépistage, et donc le diagnostic proposé puisqu'ils sont décidés à accueillir leur bébé comme il sera.

### Au 1<sup>er</sup> trimestre

On commence par l'échographie, avec toutes les normes de qualité requises aussi bien pour l'appareil que pour l'opérateur. À noter qu'il n'existe pas de consentement à signer pour la patiente avant une échographie, je n'ai jamais compris pourquoi.

La *fenêtre d'âge gestationnel* dans laquelle l'examen doit être pratiqué est très précise. En dehors de ces dates, le calcul du risque n'est pas valable. Elle est comprise entre 11,0 SA et 13,6 SA ; soit pour la longueur cranio-caudale (LCC) entre 45 et 84 mm.

La *mesure de la clarté nucale* à ce terme précis est mesurée ; elle entre dans le calcul du risque. Si elle est supérieure ou égale à 3,5 mm, un prélèvement foetal peut être proposé quel que soit le terme ou l'âge de la mère.

Puis, si possible le même jour, en tout cas dans la même fenêtre d'âge gestationnel que pour l'échographie, la prise de sang au laboratoire est effectuée pour le dosage des marqueurs :

- PAPP-A, protéine placentaire de type A ;
- Sous-unité B libre de l'hCG.

### Au 2<sup>e</sup> trimestre

Lorsque les marqueurs sériques n'ont pas pu être réalisés au 1<sup>er</sup> trimestre, le calcul du risque combiné se fait avec les marqueurs du 2<sup>e</sup> trimestre, entre 14,0 et 17,6 SA.

Lorsque l'échographie et la mesure de la clarté nucale n'ont pas pu être réalisées dans les condi-

tions décrites ci-dessus, seuls les marqueurs du 2<sup>e</sup> trimestre sont pris en compte. Ce sont :

- l'hCG totale ou la sous-unité B libre de l'hCG ;
- l'alphafœtoprotéine ou l'œstriol non conjugué.

### Le calcul du risque combiné

Le calcul du risque combiné est alors réalisé par un logiciel qui intègre l'âge maternel, le terme ou la LCC, la mesure de la clarté nucale (CN) et le résultat des marqueurs sériques. Le taux de détection est de 85 % environ pour un taux de faux positifs de 5 % environ (Cynober, 2009). Ce risque sort sous forme d'un pourcentage adressé au prescripteur qui le remet à la patiente en le commentant. Le texte prévoit qu'un prélèvement foetal dans un but diagnostique sera proposé à la femme dès que le risque calculé est supérieur ou égal à 1/250. Il s'agit d'un risque légèrement plus faible que celui de fausse couche dû au prélèvement foetal qui, rappelez-vous, est de 1/200 que la femme décide de faire une amniocentèse ou une biopsie de trophoblaste ; en réalité, c'est surtout le terme de la grossesse qui détermine le type de prélèvement.

*Madame D.* âgée de 35 ans et attendant son quatrième enfant a refusé l'amniocentèse proposée pour un risque de trisomie 21 de 1/49 au 1<sup>er</sup> trimestre ; son col utérin, inexistant depuis une intervention chirurgicale pour carcinome, lui faisait craindre une fausse couche. Rattrapée par son anxiété, elle a demandé l'amniocentèse à 28 SA, une fois le bébé viable, l'échographie montrant une protrusion de la langue comme seule anomalie. Le caryotype foetal est revenu normal.

### Le cas des grossesses gémellaires

Dans ce cas, le dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre n'est pas validé. La plupart des centres de diagnostic prénatal recommandent la mesure de la clarté nucale (CN) de chaque foetus lors du 1<sup>er</sup> trimestre ; la prescription des marqueurs sériques du 2<sup>e</sup> trimestre n'est pas systématique ; par contre, on réalise une échographie morphologique approfondie à 18 SA en cas de CN normales (Jouannic *et al.*, 2010).

## Conditions de remboursement du caryotype fœtal

Six indications sont retenues :

- risque de trisomie 21 supérieur ou égal à 1/250;
- anomalies chromosomiques parentales;
- antécédent de grossesse avec caryotype anormal;
- diagnostic de sexe pour les maladies liées au sexe;
- signes d'appel échographiques;
- âge de la femme supérieur ou égal à 38 ans « uniquement à titre exceptionnel, si la patiente n'a pu bénéficier d'aucun des dépistages de la T21 prévus par l'arrêté du 23 juin 2009 ». L'indication pour âge maternel seul a disparu.

## L'échographie durant la grossesse

Pendant toute la grossesse, l'échographie obstétricale, qui peut être réalisée par un obstétricien (ce peut être celui qui suit la grossesse), une sage-femme ou un radiologue, est un outil essentiel du dépistage prénatal.

Car, en effet, « en dépit d'une idée très répandue, l'échographie n'est pas faite pour annoncer à une famille attendrie si c'est une fille ou un garçon, elle est faite pour chercher les anomalies du fœtus, mais on fait semblant de ne pas y penser » (Gourand *et al.*, 2010). Dans ce manuel, S. Missonnier témoigne à ce sujet de l'anticipation très variable des parents confrontés à l'incertitude du DPN (*cf.* p. 23).

### Le malaise de l'échographiste

Lors de l'échographie, dont les parents croient à tort qu'elle est obligatoire, le malentendu profond vient du fait que les parents viennent « voir le bébé » alors qu'on est déjà dans le dépistage prénatal. Luc Gourand parle même de chasse à l'anomalie, « inavouable fantasme culpabilisant », sans compter que trouver l'anomalie met à l'abri l'échographiste de l'accusation de négligence. Le seul diagnostic qu'il sait ne jamais pouvoir porter, c'est celui que les parents espèrent, celui de « normalité ».

Il faut reconnaître que les affaires judiciaires ayant eu un grand retentissement médiatique (et généré une grande augmentation du tarif des assurances des échographistes obstétricaux) ont quelque peu

déshumanisé la relation de l'échographiste aux parents; il pense plus à éviter la faute médico-légale en aiguisant son instinct de chasseur qu'à servir les prémices de la relation parents/bébé.

### Rencontrer le bébé

Et pourtant, l'échographie est aussi un formidable moyen pour les parents de rencontrer leur enfant. L'échographiste en est alors le médiateur privilégié à condition qu'il ait fait la part des choses entre *objectivation et subjectivation*, également (à part égale) nécessaires lors de son examen.

L. Arnould-Driss (2000) parle très joliment d'émergence de la parentalité lors de la première échographie : émerveillement devant les mouvements fœtaux, devant l'activité cardiaque (j'ai même vu des nausées gravidiques cesser à cet instant de découverte); expérience de l'étrangeté, de l'altérité peut-être aussi : « il » bouge librement alors même qu'on ne le sent pas...

### Émergence de la paternité

Une des particularités de l'échographie est de recruter les papas, friands de « voir » le bébé, attirés par le côté technique de l'appareil. À l'annonce de la grossesse, le père ressent souvent une sorte de « vacillement » de son désir de paternité. J'associe ce vacillement aux nausées et vomissements de début de grossesse chez la mère. À partir de la vision dans la réalité, le concret, de leur embryon/fœtus/bébé, les pères ressentent une sorte de confirmation de ce désir premier, surtout quand l'échographiste a pris le temps de montrer des images suffisamment expressives. L'échographie peut alors servir de support à la fantasmatisation paternelle (Arnould-Driss, 2000) – un peu comme la première perception des mouvements fœtaux par la mère –, et accélérer ainsi le processus d'adoption de son enfant par le père.

### Entre peur du procès et médiation de la relation, entre objectivation et subjectivation, où mettre le curseur ?

L. Gourand et L. Arnould-Driss donnent quelques pistes que je comparerais à une valse à plusieurs temps, avec, dans l'ordre :

- un temps pour nouer la relation entre l'échographe et les parents, relation humaine qui introduit dès le début, en subliminal, la possibilité de « faille » humaine : de l'échographe qui ne peut pas « tout voir » et de l'embryon/foetus/bébé, déjà humain, et donc possiblement imparfait ;
- un temps pour faire consciencieusement son travail, à savoir dépister l'anomalie ;
- un temps, sonde échographique immobile sur l'abdomen maternel, pour laisser les parents regarder vivre leur bébé ;
- un temps pour rédiger le compte rendu pendant que les parents se remémorent ensemble les images, les émotions ;
- enfin, un temps de conversation, faisant contre-poids à l'image, permettant l'explication des termes prononcés, levant les questions pouvant persister.

Dans cette liste, la récurrence insistante du facteur temps souligne le paradoxe actuel entre la durée moyenne, de fait, d'une échographie, et la durée qui serait nécessaire à une échographie pour être compatible avec le tempo de la réalité psychique partagée des parents et du professionnel lors de cette rencontre...

La place de l'échographe doit être ni trop loin, ni trop près, dans l'humilité, la compétence, mais aussi le plaisir partagé, parce que rappelons quand même que 95 % des grossesses sont normales !

Le but serait que les parents repartent des échographies avec, dans leur tête, un « foetus suffisamment bon » pour reprendre l'expression de L. Gourand, c'est-à-dire ni « parfait », ni « endommagé ».

Sur ces aspects psychologiques, éthiques et juridiques passionnants de l'échographie, un livre (Soulé *et al.*, 2011) accompagné d'un DVD<sup>53</sup> permettra d'aller plus loin.

## Une anomalie est suspectée ou dépistée

Une fois l'anomalie dépistée, l'obstétricien peut être face à trois sortes de situations. Mais il faut savoir que chacune de ces trois situations fait l'effet d'une bombe

pour les parents. C'est la bascule, l'effondrement narcissique, la catastrophe, quel que soit le degré de l'anomalie constatée ou juste suspectée : tous les professionnels connaissent la disproportion importante entre les commentaires de l'échographe et le ressenti de la mère ; c'est comme si l'ensemble du bébé était menacé dans l'imaginaire maternel. Les parents racontent après coup le choc de l'annonce, la torture imposant une mise entre parenthèses de la grossesse et l'interdiction qu'ils s'imposent de ne plus penser à l'enfant, sans compter « les envies meurtrières d'en finir » (Gourand *et al.*, 2010).

## L'anomalie confirmée, franche, gravissime

En 1991, le Comité consultatif d'éthique précisait que « la société doit rendre envisageable une décision parentale de poursuite de la grossesse malgré le risque qu'elle aboutisse à la naissance d'un enfant handicapé ». Et il arrive que les parents refusent l'IMG, comme ce couple dont le foetus avait une grave malformation cardiaque, inopérable, non viable pour lequel l'accompagnement à la naissance a consisté à les préparer à la mort de leur nouveau-né. De même, une patiente vue récemment décide de garder son foetus atteint d'une grave malformation cérébrale et faciale en sachant qu'il n'est pas viable ; elle demande un accompagnement pour se préparer à la mort de son bébé *in utero* ou après la naissance.

L'attitude la plus fréquemment choisie par les parents devant un caryotype foetal anormal reste toutefois l'IMG : près de 94 % des cas (Lemery *et al.*, 2009).

Dans tous les cas, un deuil est à faire, ainsi qu'une reconstruction narcissique qui peut avoir lieu lors de la consultation génétique ou obstétricale « après » (*cf.* p. 125) (Soubieux, 2008).

## La fausse alerte

Le dépistage est positif, puis le diagnostic enlève toute inquiétude *en principe* ! Mais pour les parents, la faille reste souvent présente, avec comme corollaire le doute et la méfiance et ce, parfois, encore bien après la naissance.<sup>54</sup> Dans ces

53 <http://www.did.asso.fr/a-l-aube-de-la-vie/117-lecho-graphie-de-la-grossesse-les-enjeux-de-la-relation.html>

54 Le témoignage clinique intitulé « la déviation », dans le DVD *L'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation*, est à ce sujet exemplaire.

cas, j'avoue faire du paternalisme médical. J'espère que, comme dit S. Missonnier (2004b), je suis plutôt paternante que paternaliste. Bref, m'appuyant sur mon âge et mon expérience, je leur dis qu'on fait maintenant des tas d'exams sophistiqués pour détecter toutes les anomalies, que ces exams inquiètent évidemment les parents, mais qu'on est obligés de ratisser large pour être sûr de ne pas passer à côté des vrais cas, et que dans ce ratissage, il y a plein de cas faussement positifs comme le leur, qu'ils ont de la chance d'avoir eu peur pour rien... Je ne sais pas s'ils font semblant pour me faire plaisir, mais ils semblent rassurés.

## L'anomalie isolée

L'anomalie isolée peut se présenter, par exemple, sous la forme d'une agénésie du corps calleux, d'une dilatation modérée des ventricules cérébraux. C'est l'épine dans le pied de l'annonceur, en général l'échographe, comme de celui qui donne les explications, en général l'obstétricien, parce qu'on ne sait donner de pronostic que statistique. Et le pronostic statistique est le cadet des soucis des parents. Eux, ce qu'ils veulent, c'est le pronostic pour leur « enfant ». Ils vous en voudront beaucoup de ne pas comprendre cela.

L'IRM foetale, certains prélèvements (liquide amniotique, sang foetal, urine ou ascite foetales) et l'avis d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic sont alors précieux. Mais la multiplication des exams, et des intervenants ayant souvent des avis contradictoires, vécue dans un climat d'anxiété majeure est extrêmement difficile à surmonter pour les parents.

## La particularité prénatale

En dehors de quelques thérapies médicamenteuses ou chirurgicales passant forcément par le corps maternel, c'est le plus souvent l'IMG qui est autorisée quand « le foetus est atteint d'une affection d'une particulière gravité, reconnue comme incurable au moment du diagnostic » selon les termes de la loi – la notion de gravité et d'incurabilité étant bien sûr éminemment subjective. C'est la seule situation en médecine où il est possible de donner la mort plutôt que de soigner (Lewin, 2004). Et la France est le seul pays où cette interruption médicale de grossesse est possible jusqu'à la naissance.

Il en résulte un *paradoxe très spécifique au foetus*. D'un côté, c'est le bébé virtuel, humanisé de plus en plus tôt (Missonnier, 2009f), le foetus est une personne au même titre que le bébé est devenu une personne il y a 30 ans; quand il est malade, c'est un patient. D'un autre côté, quand il a une anomalie grave, il bascule vite dans le néant, ce n'est plus un bébé, mais potentiellement un monstre qu'on peut supprimer, que l'anomalie soit avérée, ou juste suspectée, et ce jusqu'à la naissance, d'autant que jusque-là, il n'a pas de statut juridique. « Foetus est un terme scientifique qu'on a choisi délibérément pour sa laideur afin que le remords de tuer n'y soit pas attaché. » (Baker, 2005.)

Cette bascule du « bébé » au foetus nié, ces semaines où se discute le sort du foetus réel correspondent souvent au moment où commence à se nouer un lien mère/bébé étroit, où commencent les sensations proprioceptives, la perception des mouvements actifs. Les parents ont alors grand besoin d'être soutenus, épaulés, écoutés. Cet accompagnement se fonde sur la relation de confiance qu'on aura tissée avec eux *au préalable*. Les médecins n'aiment pas le sentiment d'impuissance devant ce drame qui se joue sous leurs yeux, devant le chagrin de ces parents sur lesquels ils se projettent peut-être. Il faut alors être vigilant à ne pas évacuer ce sentiment en incitant à l'IMG ou à culpabiliser les parents lorsque, trop vite, ils réclament cette IMG.

Dans un livre émouvant et pertinent la psychiatre et psychanalyste M.J. Soubieux (2008) lève le non-dit à ce sujet et explore la rencontre entre parents, foetus et soignants dans ces situations tragiques.

## L'avenir

L'avenir réside dans de nouvelles techniques moins invasives, de plus en plus précoces.

## Diagnostic pré-implantatoire

Le diagnostic pré-implantatoire permet d'éviter un avortement en cas d'embryon atteint par une maladie génétique : on réalise une fécondation *in vitro*, l'œuf est cultivé jusqu'au stade de huit ou seize cellules; une ou deux de ces cellules sont prélevées et le diagnostic

est réalisé par technique de biologie moléculaire. L'embryon n'est implanté que s'il est sain.

## Diagnostic prénatal non invasif

Le diagnostic prénatal non invasif est une autre technique d'avenir.

On a vu que le recueil de cellules fœtales dans le but de réaliser un caryotype du fœtus nécessite une ponction de l'œuf, amniocentèse, choriocentèse ou cordocentèse, gestes invasifs faisant courir un risque de perte fœtale. C'est à cause de ce risque qu'on est à la recherche depuis longtemps de moyens de diagnostic anténatal non invasifs.

L'analyse des cellules fœtales dans la circulation maternelle n'est toujours pas d'actualité car elle se

heurte à de nombreux problèmes techniques. Par contre, l'analyse de l'ADN fœtal circulant dans le plasma maternel fait partie intégrante des outils du diagnostic anténatal, même si, pour l'instant, les applications sont limitées au génotypage Rhésus D et à la détermination du sexe fœtal en cas de maladies génétiques liées au sexe (Costa, 2009).

Ces améliorations techniques du diagnostic prénatal seront d'un apport considérable mais ne changeront probablement rien à l'attente de nombreux parents d'un enfant « parfait » et à la nécessité d'accompagner ces nouveaux rituels des temps modernes d'un peu de chaleur humaine. Quand les techniques progressent si vite, le danger est d'oublier éthique et humanité qui ne doivent jamais devenir des gros mots.

## 5.5. La grossesse interrompue<sup>55</sup> : accompagnement individuel et groupal

N. Presme

« La pire souffrance est dans la solitude qui l'accompagne. »  
André Malraux

« Le vrai tombeau des morts, c'est le cœur des vivants. »

Jean Cocteau

Que ce soit une interruption volontaire de grossesse (IVG), une fausse couche spontanée (FCS) précoce ou tardive (FCT), une mort fœtale *in utero* (MFIU), une interruption médicale de grossesse (IMG), toutes ces situations de grossesse interrompue confrontent la femme à une perte : de la perte de la grossesse à la perte d'un enfant. Il y a un avant et un après, une trace corporelle et psychique, une inscription temporelle : « Ce ne sera plus jamais comme avant. »

Au premier abord, on serait tenté de distinguer l'IVG, qui est faite à la suite d'une démarche

volontaire et très précocement, des autres grossesses interrompues, mais la clinique nous révèle que bien des femmes, dans toute l'ambivalence de leur demande, vivent l'interruption volontaire de grossesse comme une perte, soit immédiatement, soit dans l'après-coup lors d'une nouvelle grossesse. Les IVG trouvent ainsi toute leur place dans ce sous-chapitre.

### L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

---

Depuis la loi Veil du 17 janvier 1975, l'avortement est autorisé en France sous certaines conditions : il relève de l'unique volonté de la femme et est soumis à un délai légal. Avoir accès à la possibilité pour une femme de réaliser une IVG est devenu un droit qu'il ne faut, en tant que professionnel, ni remettre en question, ni banaliser. Sur le plan psychique, c'est un acte qui laisse des traces même si la femme le demande et l'assume.

<sup>55</sup> Les réductions embryonnaires, les IMG sélectives ou le parcours lié à l'hypofertilité ou à la stérilité dont les conséquences psychiques peuvent avoir des similitudes avec les pertes évoquées ici ne sont pas traités dans ce chapitre.

Depuis les nouvelles mesures de la loi du 4 juillet 2001, le délai légal permettant en France de réaliser une IVG est de 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée (SA). L'accompagnement psychosocial des patientes a été modifié. Le délai de réflexion de la patiente d'une semaine a été maintenu dans la limite du respect absolu du terme des 14 SA, mais la consultation sociale préalable initialement prévue est maintenant devenue facultative pour les femmes majeures ou les mineures émancipées. L'accompagnement psychologique de ces patientes n'est pas inclus dans la loi et relève de l'initiative des professionnels, tels que le médecin gynécologue, l'anesthésiste ou les infirmières qui rencontrent ces femmes, lorsqu'ils repèrent une grande souffrance psychique, ou une trop grande ambivalence par rapport à la demande d'IVG. L'acte médical d'interruption réalisé, le temps d'hospitalisation est très court. En maternité, c'est lors des grossesses ou du désir de grossesses ultérieures que l'histoire d'une IVG peut resurgir et se fait entendre sous différentes formes cliniques (souffrance, angoisse inexplicitée, culpabilité intense, etc.).

Chez les mineures non émancipées, la consultation sociale préalable est obligatoirement maintenue et peut être un temps salutaire de réflexion. Le travailleur social doit délivrer une attestation de consultation.

La demande d'IVG doit toujours être celle de la jeune fille même si elle est mineure (son consentement écrit est obligatoire). Cependant, comme dans le droit civil, un mineur « ne peut exercer lui-même les droits qu'il a sur son corps en raison de son incapacité juridique » (Code civil, art. 371-2), il a besoin aussi du consentement d'un de ses parents ayant l'autorité parentale (un seul suffit) ou de son représentant légal pour tout acte médical le concernant. Ceci s'applique en matière d'IVG. Le législateur a aménagé ce dispositif, lorsque la jeune fille mineure veut interrompre sa grossesse sans pouvoir obtenir d'autorisation parentale, ou si elle demande à garder le secret de sa grossesse et de l'IVG à l'égard de ses parents ou de son représentant légal (environ 5 à 10 % des jeunes filles). Dans ce cas, le médecin et le travailleur social doivent s'assurer que le dialogue avec la famille ne s'avère pas possible et la jeune fille doit désigner une personne majeure de son choix. Il sera l'adulte garant, qui la conseillera et l'accom-

pagnera dans sa démarche. L'IVG peut alors être réalisée. D'une manière générale, ces situations chez les mineures nécessitent une attention particulière pour être à l'écoute de la jeune fille, de son vécu émotionnel et pour évaluer le contexte de survenue de la grossesse : l'âge du compagnon ; l'absence de contraception ; la non-utilisation de préservatif (capacité ou non à se protéger) ; une jeune fille dans un parcours de discontinuité, de passages à l'acte, de recherche affective immédiate et sans lendemain ; une grossesse issue d'une relation sous contrainte, parfois intrafamiliale qui justifierait de déclencher une mesure de protection de l'enfance, etc.

L'IVG est devenue un acte médical dont le risque serait d'être banalisé et de ne pas tenir suffisamment compte de sa dynamique psychique sous-jacente.

## L'interruption médicale de grossesse (IMG)

---

Le Code de la santé publique distingue deux types de situations qui autorisent la réalisation d'une IMG, à la demande des parents :

- si la poursuite de la grossesse met « en péril grave » la santé somatique ou psychologique de la femme (quel que soit l'état du fœtus) ;
- si l'enfant à naître a une forte probabilité d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité, incurable en l'état des connaissances médicales au moment du diagnostic.

L'IMG est possible pendant toute la grossesse quel que soit le terme.

La définition de la santé donnée par l'OMS inclut « un état de bien-être physique, moral et social ». L'IMG peut donc être réalisée si la poursuite de la grossesse met en « péril grave » la santé psychique de la femme. Dans ce cas, un avis psychiatrique est demandé même s'il n'est que consultatif. Le psychiatre n'a plus besoin d'être un expert agréé auprès des tribunaux. Il rédige le certificat avec le gynécologue en attestant du péril grave. Ce pouvoir ainsi donné par le législateur à deux médecins, libérés de tout contrôle judiciaire, est « immense ». Dans les situations « limites », il paraît préférable de présenter le dossier au staff pluridisciplinaire, de prendre un temps de

réflexion, de discuter la décision avec d'autres collègues psychologues et/ou psychiatres, car la dimension subjective est majeure et cette décision relève « du cas par cas ». Ce pouvoir de vie et de mort sur un fœtus est parfois psychiquement lourd à porter pour le professionnel qui signe le certificat, tant cela mobilise ses convictions personnelles et de nombreuses questions existentielles et éthiques (et pour le gynécologue non seulement de signer mais aussi de réaliser l'acte d'interrompre la vie du fœtus).

La femme doit, comme toujours, être à l'origine de la demande et elle doit être reçue pour que sa détresse soit entendue. Parmi les motifs (sans être exhaustif) à l'origine des demandes d'IMG pour des raisons mettant en péril grave la santé psychique de la femme, on peut citer : un risque suicidaire majeur si la grossesse était maintenue ; une grossesse issue d'un viol ou d'un inceste ; une situation de grande détresse psychosociale, etc. Mais il n'y a pas de motif d'ordre psychique qui autoriserait de manière automatique la décision d'une IMG. Certaines femmes enceintes à la suite d'un viol choisissent de garder la grossesse surtout si le terme est déjà bien avancé, et pour certaines sous le poids d'impératifs moraux d'ordre culturel ou religieux.

Dans les situations où le fœtus est porteur d'une anomalie d'une particulière gravité, les parents informés par les médecins peuvent demander une IMG. Pour le législateur, c'est la femme qui demande l'interruption de sa grossesse. Au mieux, les parents en couple prennent une décision conjointe. Le dossier est discuté en staff dans un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN). L'IMG est alors jugée recevable ou non par les professionnels. Certains couples décident rapidement de l'arrêt de la grossesse, d'autres s'opposent à l'idée d'être à l'origine d'un geste actif sur le fœtus quelle que soit son atteinte. Ils sont conscients que leur bébé peut mourir *in utero* ou à la naissance ou vivre avec un handicap, mais ils ne peuvent pour autant adhérer à l'idée de « tuer leur bébé » comme certains nous l'expriment. Ces situations confrontent les médecins à la possible naissance d'un enfant porteur d'une pathologie sévère et à la mise en place de soins palliatifs après la naissance (Alvarez *et al.*, 2008).

## **Le deuil périnatal – « penser l'impensable », « panser l'impensable » ou penser la mort à la maternité : FCS précoces ou tardives, MFIU, IMG**

Mettre au monde (« accoucher ») un enfant mort appartient au registre de l'impensable. Pourtant, il s'agit pour les parents et pour les professionnels de le penser afin d'accompagner les éprouvés émotionnels intenses des femmes, des couples qui traversent les turbulences de cet événement, une maternité interrompue et la confrontation à la mort, là où la vie était attendue. Cette perte périnatale renvoie à la question de sa propre finitude, celle de la mort, inéluctablement et indissociablement liée à la question de la vie mais aussi à celle de sa propre mort « normalement, le plus tard possible ». Les femmes disent que cette perte d'un enfant n'est pas « normale ».

On appelle « pertes périnatales », toutes les pertes survenant depuis la conception jusqu'à la fin de la première semaine de vie de l'enfant.

### **Définitions**

- *Mortalité fœtale* (auparavant appelée mortinatalité) : rapport du nombre annuel de décès fœtaux à l'ensemble des naissances (vivantes et mort-nées).
- *Mortalité périnatale* : rapport du nombre annuel de décès fœtaux et néonataux précoces, soit avant 7 jours, à l'ensemble des naissances, taux donné pour 1 000 naissances.
- *Mortalité néonatale* : rapport du nombre annuel de décès néonataux, soit d'enfants nés vivants et décédés avant 28 jours à l'ensemble des naissances vivantes.
- *Mortalité infantile* : rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant 1 an à l'ensemble des naissances vivantes.

Le taux de mortalité périnatale entre 1985 et 2001 a baissé de 10,7 à 6,9 d'enfants sans vie ou décédés avant 7 jours pour 1000 naissances. Dès la

circulaire de novembre 2001, permettant d'établir un acte d'enfant sans vie à partir de 22 semaines d'aménorrhée et non plus 28 semaines d'aménorrhée comme auparavant (ou pour un bébé de plus de 500 g), le taux de mortalité périnatale a artificiellement augmenté à environ 10 pour 1000, puisque les décès fœtaux pris en compte dans le calcul sont les décès recensés à l'état civil.

## Clinique des situations de deuil périnatal

Les situations sont d'une grande variabilité notamment concernant les circonstances de diagnostic et d'annonce des anomalies fœtales, voire d'annonce de mort fœtale sans précision diagnostique. La question de la temporalité et d'une possible anticipation est centrale.

Parfois, cette anticipation n'est pas possible, rien ne laissant présager l'arrêt de la grossesse :

- la patiente consulte aux urgences pour des saignements et l'échographie montre l'absence d'activité cardiaque du fœtus ;
- la patiente se présente à sa visite mensuelle avec la sage-femme qui ne perçoit pas les mouvements du bébé ;
- la femme signale elle-même qu'elle ne sent plus son bébé bouger et une échographie confirme ses craintes...

L'annonce fait « violence », quasi inévitablement même si le médecin est empathique et attentif à ses propos. Lorsque la femme ou les parents n'ont jamais pu penser, dans une anticipation ajustée à l'incertitude de toute grossesse, que le fœtus pouvait avoir un problème, l'événement en lui-même, inattendu et impensable, fait effraction dans l'économie psychique. L'annonce prend, dans ce cas, une tournure traumatique. La femme et/ou le couple se retrouvent, dans la réalité, face à l'irruption d'angoisses de handicap pour leur enfant ou face à la mort, là où la vie était attendue.

Lorsqu'une anomalie du développement fœtal est dépistée (important RCIU, signes pathologiques à l'échographie), la femme et le couple ont à faire face à l'annonce de difficultés graves pour le développement de leur bébé avec un risque de MFU ou d'un possible handicap pour leur futur bébé.

Ils entrent alors dans un processus très douloureux, souvent très angoissant, concernant le devenir de la grossesse et de ce bébé à venir. Leur dossier médical est discuté lors du staff du CPDPN réunissant un ensemble de professionnels : obstétricien, sage-femme, pédiatre, chirurgien pédiatrique, généticien, psychologue ou psychiatre, échographiste de référence ... Ce collège de médecins peut proposer de réaliser d'autres examens (amniocentèse, IRM cérébrale, etc.), demander un avis auprès d'un professionnel plus spécialisé mais aussi soulever l'éventualité d'une interruption de grossesse pour des raisons médicales. La possibilité d'interrompre la grossesse face à une anomalie jugée létale ou particulièrement sévère peut être exprimée avec une certaine insistance par le corps médical puisqu'une des finalités des examens de dépistage est de pouvoir interrompre la grossesse. La recherche anténatale de la trisomie 21 en est un paradigme. Certains parents acceptent le dépistage, seulement pour savoir avec le désir sous-jacent de se rassurer, d'autres refusent de faire les examens. La logique médicale n'est pas celle des parents et les désaccords ne sont pas rares. La décision d'arrêter la grossesse est une épreuve psychique. Elle remet en question tous les investissements dont ce projet d'enfant était porteur, et elle donne aux parents un pouvoir de vie ou de mort sur leur bébé. Certains d'entre eux refusent d'arrêter la grossesse et veulent accompagner leur bébé « jusqu'au bout ». Après s'être assuré que les parents ont bien compris les informations médicales, il s'agit d'accueillir à la naissance un bébé qui peut mourir ou être porteur d'un handicap. Ces situations engendrent beaucoup d'angoisses et de tensions, d'incompréhensions chez les professionnels qui dépistent et qui sont toujours dans la crainte de se voir reprocher d'avoir fait naître un enfant porteur de handicap. Certains parents espèrent une mort fœtale plutôt qu'une IMG pour ne pas avoir à signer la demande d'arrêt de la grossesse et ne pas avoir à vivre l'interruption active de la vie de leur bébé. Pourtant, dans tous les cas, le vécu de culpabilité est là, envahissant, insidieux. Ces parents ont besoin d'être accompagnés dans leur cheminement, informés, écoutés, entourés et respectés dans leur demande. L'enjeu psychique d'une interruption de grossesse, que ce soit une IMG, une MFU ou une FCS, est majeur et peu appréhendable immédiatement par les parents. Lorsque la grossesse s'arrête, c'est un

processus, celui du devenir parent qui s'interrompt. « Si elle intervient pendant la grossesse, la perte de l'enfant est une crise dans une crise. » (Irving, 1996.)

L'investissement psychique de la grossesse se fait pour chaque femme selon un mouvement qui va de la complétude narcissique du « je suis enceinte » à l'attente du bébé « j'attends un enfant » (Beetschen, Charvet, 1978), témoin d'une esquisse objectale du fœtus. Les femmes dans leur grande majorité le nomment le bébé (les professionnels aussi!). La perte s'inscrit pour chaque femme dans ce mouvement : de la perte d'une partie d'elle-même (une perte narcissique s'accompagnant d'un vécu d'amputation) à la perte d'un enfant déjà organisé dans une altérité qui le fait exister comme différent d'elle. Ce processus est indépendant du terme réel de la grossesse.

La femme et l'homme sont tous les deux confrontés à un « travail de deuil intime », car il n'est le plus souvent pas totalement partageable avec l'entourage familial qui n'a pas connu cet enfant, et qui, sauf à y avoir été confronté personnellement, n'en reconnaît pas la légitimité ou tend à le banaliser, voire à le nier « vous êtes jeunes, vous en ferez un autre », ou « ça passera avec une autre grossesse ». Il est particulièrement douloureux pour les parents de se sentir obligés de justifier ou de cacher leur mal-être.

## Un deuil « intime »

L.V. Thomas (1991), professeur d'anthropologie à Paris V, différencie : être en deuil, faire son deuil et les signes de deuil.

*Être en deuil* représente un état lié à la perte. Il s'accompagne de signes de deuil et de rituels selon les cultures (porter le deuil, s'habiller de couleurs sombres ou en noir, en blanc dans certaines cultures...).

*Faire son deuil* correspond au processus psychique de détachement progressif de l'objet, et de l'élaboration de la perte. Le deuil n'est pas une dépression, même si chez certains, elle en présente une évolution possible.

Face à l'épreuve de réalité de la perte, le travail de deuil est un processus psychique conscient et inconscient « normal » qui conduit le sujet à se détacher progressivement de l'objet perdu, et sur

le plan économique, à retirer la libido des liens entretenus jusque-là avec cet objet perdu (Freud, 1915c). Ce processus prend du temps et il ne suffit pas de dire, « je dois faire mon deuil », « je fais mon deuil » ou « j'ai fait mon deuil » pour que cela soit vraiment ni engagé ni réalisé. Faire son deuil n'est pas une construction intellectuelle. Le travail du deuil est long et douloureux, et source de souffrance psychique. Les femmes vont se confronter à l'absence, au manque de cette grossesse et/ou de ce bébé. La confrontation est déjà corporelle (« je me sens vide »). Chacune développe des stratégies défensives plus ou moins adaptées pour supporter les éprouvés souvent intenses qui y sont associés. Elles doivent aussi poursuivre le cours de leur vie de femme dans le champ familial et professionnel, et inscrire cet événement dans leur histoire de couple et leur histoire personnelle et familiale, pour renouer les liens du passé, du présent et du futur. Ce cheminement psychique prend du temps, des mois et parfois est encore en cours lors de la grossesse suivante. Il demande un accompagnement soutenu. Une première étape dans le processus de deuil est atteinte, douloureusement, au moment où la femme arrive à la date théorique d'accouchement, marquant la limite entre le « je devrais être encore enceinte » et « je ne suis plus enceinte et je n'ai pas le bébé ».

L'évolution du deuil est le plus souvent favorable. Le Moi « se retrouve libre et sans inhibition » (Freud, 1915c). La femme peut alors penser et parler du bébé mort sans s'effondrer dans la tristesse ou la dépression.

Parfois, le deuil peut devenir pathologique soit par son intensité et sa durée (« deuil chronique », « deuil absent », « deuil différé »), soit par l'apparition d'un trouble psychiatrique : une dépression, un syndrome de stress post-traumatique surtout si la femme s'est sentie menacée dans son intégrité lors de la perte, une décompensation psychosomatique, etc. Après une interruption de grossesse, toutes les décompensations dont les décompensations psychotiques du post-partum sont possibles.

S. Freud, dans *Métopsychoanalyse* (1915b), nous éclaire pour tenter de comprendre l'évolution pathologique du processus de deuil. Il compare le deuil et la mélancolie. « Le deuil, nous dit Freud, est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté,

un idéal, etc. (...) Le deuil, n'est pas à considérer comme un état pathologique. Il s'explique, et il sera surmonté après un certain laps de temps». À l'inverse, «la mélancolie est une dépression profonde énigmatique, dont l'élément essentiel est un trouble de l'estime de soi qui se manifeste par des auto-reproches, des auto-injures, jusqu'à l'attente délirante du châtement. (...) Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie, c'est le moi lui-même [car] le mélancolique a subi une perte concernant l'objet mais ce qui ressort de ses dires, c'est une perte concernant son Moi» conclut Freud. Le risque de deuil pathologique, «à haut risque, notamment mélancolique dans l'immédiat ou à plus long terme» nous dit B. Golse (2002), existerait quand le fœtus est investi de libido narcissique, et que la femme n'a pas encore engagé le processus d'objectalisation fœtale («l'objet du deuil mélancolique est un objet investi de libido narcissique»). B. Golse évoque le fœtus comme un objet mélancoliforme. Ceci souligne combien il est essentiel, lors d'une perte périnatale, de repérer, chez la femme, le niveau d'investissement objectal de son fœtus : de la perte de l'objet vécu comme une perte du Moi à la perte de l'objet vécu comme un objet reconnu dans son altérité.

Dans la compréhension des deuils pathologiques, comme dans toute la clinique périnatale, il est aussi essentiel de repérer le mode d'organisation psychique antérieur de la femme (cf. p. 208).

## Législation concernant les pertes périnatales

Les dispositifs législatifs concernant les pertes périnatales sont en pleine évolution et en cours de modification, sous l'influence de parents désireux de faire reconnaître la perte de leur bébé, en particulier pour des bébés décédés de plus en plus précocement.

Depuis la circulaire interministérielle du 19 juin 2009, le dispositif législatif concernant la déclaration à l'état civil, la délivrance d'un livret de famille et le devenir du corps de l'enfant ne sont plus fondés sur le seuil de viabilité défini par l'OMS mais sur la notion d'accouchement qui permet la délivrance d'un acte d'enfant sans vie. Les notions de viabilité et de vitalité restent perti-

nentes pour le recueil des données statistiques et pour l'attribution des droits sociaux accordés aux parents, congés de maternité, de paternité...

La viabilité est ainsi définie par l'OMS : «un fœtus est viable si la mère a atteint au moins 22 SA ou s'il pèse au moins 500 g, qu'il soit mort ou vivant». En dessous de 22 SA soit jusqu'à 21 SA et 6 jours, le fœtus est dit non viable.

La vitalité est le fait que le bébé manifeste des signes de vie. Il peut naître vivant mais non viable.

Lors d'une IVG ou lors d'une FCS précoce, il n'y a pas de certificat d'accouchement et pas d'acte d'état civil. La FCS précoce est définie *a priori* comme étant inférieure à 15 SA.

Donc avant 15 SA : il n'y a pas de certificat d'accouchement, ni d'acte d'état civil, ni d'obsèques. La situation clinique de madame D. (cf. p. 134–135) nous montre combien la douleur de la perte n'est pas uniquement liée à une question de semaines d'aménorrhée. Madame D. a perdu son fœtus à 12 SA mais à ce terme et dès l'annonce de sa grossesse, elle a fait exister cet enfant dans ses pensées. L'arrêt de la grossesse, même très précocement a été un choc à l'origine d'une grande détresse. Madame D. a perdu un enfant et a engagé un processus de deuil. Elle souhaitait faire reconnaître cette perte et faire inscrire son enfant. Cela n'a pas été possible.

Lorsqu'un enfant est né vivant à un terme égal ou supérieur à 22 SA ou pesant au moins 500 g et qu'il décède après la déclaration de naissance : un acte de naissance et un acte de décès sont établis. La déclaration à l'état civil est obligatoire de même que l'inscription sur le livret de famille (partie naissance et décès). Les obsèques par la famille sont obligatoires. Des aides financières sont possibles (mutuelles, CAF).

- Circulaire interministérielle du 19 juin 2009<sup>56</sup> : «Lorsqu'un enfant est décédé avant que sa naissance ait été déclarée à l'état civil, l'officier d'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant les jour, heure de sa naissance et de son décès.»
- Décret n° 2008–800 du 20 août 2008 : «À défaut du certificat prévu à l'alinéa précédent, l'officier d'état civil établit un acte d'enfant sans vie. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès

56 Cf. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

et il énonce les jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et s'il y a lieu, ceux déclarant. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le tribunal de grande instance à l'effet de statuer sur la question. »

Lorsqu'un enfant est mort-né après 22 SA, un certificat d'accouchement d'un enfant mort-né est établi. Il y a un acte d'enfant sans vie et des obsèques.

Entre 15 SA et 21 SA et 6 jours, un acte d'enfant sans vie est possible (que l'enfant soit mort-né ou né vivant mais non viable), la déclaration à l'état civil est possible, les obsèques sont possibles. Lors de la remise du certificat d'accouchement aux parents, il leur est précisé que la déclaration éventuelle de l'enfant sans vie repose sur une démarche volontaire et qu'elle n'est contrainte par aucun délai. Un acte d'enfant sans vie permet la délivrance d'un livret de famille (partie décès uniquement) même pour un premier bébé d'un couple non marié et permet s'ils le souhaitent de s'occuper des obsèques.

L'inscription sur le livret de famille est facultative mais si les parents le souhaitent ultérieurement, elle doit être faite avant l'inscription de l'enfant suivant né vivant afin de respecter l'ordre des naissances. Certains parents choisissent d'inscrire l'enfant mort-né au moment où ils inscrivent l'enfant suivant.

Les parents peuvent donner un ou plusieurs prénoms à l'enfant sans vie mais « aucun nom de famille ne peut lui être conféré et aucun lien de filiation ne peut être établi à son regard ». « En effet, la filiation et le nom de famille constituent des attributs de la personne juridique » (seulement pour un enfant né vivant et viable).

« L'attribution de la personnalité juridique ne peut être conférée par un acte d'enfant sans vie. »

L'attribution des congés à la suite d'une perte périnatale reste dépendant du stade de la grossesse et se réfère au seuil de viabilité :

- jusqu'à 21 SA et 6 jours, et pour le fœtus pesant moins de 500 g, le médecin établit un arrêt de travail;
- après 22 SA ou pour un fœtus pesant 500 g ou plus, la femme bénéficie de la totalité de son congé maternité (plus long à partir du troisième enfant). Cette grossesse sera prise en compte par

la Sécurité sociale dans le calcul des congés de maternité ultérieurs (art. 331-3 et 331-4 du Code de la Sécurité sociale).

Depuis le décret du 9 janvier 2008, le père qui a reconnu l'enfant peut bénéficier, en plus des trois jours habituels, d'un congé de paternité si le seuil de viabilité a été atteint soit dès 22 SA.

Les parents en deuil sont dans une grande demande d'information et sont confrontés à de nombreuses questions pratiques. Lorsque la perte a pu s'anticiper, comme dans le cadre d'une interruption médicale de grossesse, ils ont reçu les informations et peuvent exprimer leur choix. Si la perte n'a pas pu s'anticiper (MFIU, FCT, etc.), ils n'ont pas le temps d'y réfléchir et on leur demande très vite et parfois dès la salle de travail, ce qu'ils souhaitent pour la déclaration, le devenir du corps du bébé, l'autopsie... Dans ce cas, beaucoup de parents sidérés par l'événement ne peuvent pas entendre toutes ces informations et il est nécessaire de les revoir pour leur ré-expliquer les démarches. Plusieurs sages-femmes à la maternité se sont impliquées dans cet accompagnement et sont capables de fournir toutes les informations nécessaires, de soutenir les parents dans leurs démarches, et de rester des personnes ressources si les parents en ont besoin.

Le psychologue et/ou le psychiatre doit connaître aussi toutes ces données pour être mieux à l'écoute des parents. La circulaire interministérielle de 2009 comporte aussi un volet concernant l'accompagnement du deuil périnatal : « dans tous les cas, le personnel soignant veillera à proposer, sans imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil ».

Le psychologue et/ou le psychiatre participe, avec l'équipe de la maternité, à cet accompagnement.

## **Le temps de l'hospitalisation : comment vivre l'interruption de grossesse**

---

Ces femmes accouchent par voie basse (souci de préserver l'utérus pour une prochaine grossesse) après tout un protocole médical variable selon le terme de la grossesse.

L'accompagnement à la maternité a pour objectif de favoriser l'engagement des parents dans le

processus de deuil. La reconnaissance de cette perte comme un deuil à part entière a conduit à développer, dans les maternités, des pratiques pour faire exister le bébé et le présenter aux parents. Ainsi, ils peuvent choisir (c'est une proposition et non une obligation) de voir l'enfant ou de ne pas le voir, comme ils le souhaitent, l'un et/ou l'autre. Ils peuvent le demander pendant ou juste après l'accouchement, et la sage-femme les accompagnera dans cette rencontre. Des photos du bébé sont réalisées, et les parents sont informés qu'elles sont dans leur dossier. Ils peuvent ainsi demander à les voir, les emporter quand ils le voudront, même des années après. Il reste ainsi une trace en image de cet enfant. La confirmation dans la réalité du bébé témoigne de la réalité de la grossesse. Chaque maternité a sa manière de faire dans ces situations. En 2007, la publication de P. Hughes et W. Badenhorst est venue remettre en question le bien-fondé pour les parents de voir le bébé et de le porter, en reliant cette pratique à une moins bonne évolution psychologique des parents (plus de risque de dépression, de PTSD – *post-traumatic stress disorder* et d'attachement difficile avec le bébé suivant). Cependant, Hughes ne précise pas comment elle a organisé la présentation de l'enfant, où en étaient les parents dans leur processus d'objectalisation du fœtus au moment de la perte et d'autres éléments essentiels pour alimenter le débat. Ces divergences soulignent bien la complexité de l'accompagnement quand il s'agit de s'occuper de personnes humaines en particulier dans des circonstances si douloureuses et que le « cas par cas » (Missonnier, 2009f) doit rester la bonne manière de faire, car si voir peut provoquer un effondrement traumatique chez l'une, elle sera au contraire, une façon de se rassurer pour une autre.

*Madame S.*, rencontrée aux urgences lors d'une MFIU à 23 SA, hésite à l'idée de voir son bébé. Elle ne le sentait plus bouger et elle est effondrée. Après l'accouchement, elle me dit qu'elle a finalement voulu le voir. Son mari ne l'a pas souhaité. Soutenue par la sage-femme, elle est restée quelques instants avec son bébé mort. Elle me dit alors combien « il était beau, un bébé tout petit mais qui avait tout ». Elle l'avait imaginé déformé, « en morceaux ». La vue de son bébé l'a rassurée.

*Madame F.* a vu son bébé. Elle s'était sentie « obligée ». Elle devait le faire, me dit-elle, en tant que mère. Depuis, elle ne cesse de revoir, à tout instant et dans ses nuits mouvementées, l'image de ce bébé, face à elle, de manière effrayante. Voir le bébé a pris une tournure traumatique.

Des examens médicaux chez le bébé sont réalisés, dont l'autopsie avec l'accord des parents.

Le temps d'hospitalisation de ces femmes à la maternité est très court. Après « l'expulsion » du bébé, elles restent en moyenne 24 heures pour la surveillance médicale puis elles rentrent chez elle. Si certaines femmes demandent à quitter au plus vite le service, d'autres subissent l'événement et semblent hors temps, perdues dans leurs repères. Les femmes qui ont été reçues préalablement par l'équipe du diagnostic prénatal peuvent garder le lien avec cette équipe pluridisciplinaire et savent qu'elles peuvent nous contacter ou nous rencontrer rapidement. Pour les autres, dans l'urgence et sans anticipation de la perte, nous tentons de les rencontrer afin de nouer un lien, support pour une rencontre ultérieure. Certaines s'en saisiront, d'autres pas, mais chacune sait qu'elle peut revenir ou appeler si elle le souhaite, même après plusieurs mois. Le conjoint, s'il est présent, en est également informé. Ce temps initial de la rencontre est essentiel. Parfois un entretien s'engage, parfois il s'agit d'« être là », à l'écoute dans une présence accueillante et empathique. Nous leur donnons un rendez-vous de consultation en ambulatoire (pour elle-même ou pour le couple) ou simplement nos coordonnées.

## Les manifestations cliniques après l'accouchement à la maternité

---

*La tristesse et les larmes* : les infirmières nous appellent souvent pour une femme qui pleure, expression d'un chagrin bien légitime dans ce contexte. Certaines sont expressives, d'autres sont plus inhibées. Il faut néanmoins porter aussi attention à ces femmes qui ne pleurent pas, qui semblent accepter cet événement comme si de rien n'était, qui « vont bien ». Certaines sont sidérées. Leur processus de pensée est figé. Elles font ce qu'on

leur demande de manière automatique, à distance de leurs affects. Ce temps de sidération peut être long, bien au-delà du séjour hospitalier.

*Le repli* : certaines femmes ont tendance à désinvestir l'environnement extérieur, restent chez elle, ne s'habillent pas pour certaines (« pourquoi faire ? »), ne se maquillent plus, n'osent plus sortir, affronter le regard des autres, en écho à leur propre regard sur elles-mêmes, se retirent « du monde » et des liens affectifs. Tout est rapporté à l'enfant perdu, « excessivement présent » et rencontrer une femme enceinte, voir les « poussettes » est ressenti comme « agressivement douloureux ». Certaines disent se maquiller beaucoup pour se cacher et ne rien laisser paraître de leur chagrin.

*L'inhibition* : la femme ne fait rien, ou lutte pour faire semblant de faire. Elle ne se sent pas disponible pour les autres. Elle se sent « hors temps », « hors réalité » dans un temps suspendu. La date de la reprise du travail les oblige à sortir de cette inhibition et de ce repli pour revenir « à la vie d'avant », alors même qu'elles se sentent si différentes et qu'il n'y a plus rien comme avant en elles. Dans certains métiers, cette reprise du travail, qui nécessite d'apporter du soin aux autres ou d'être simplement en relation avec d'autres, est particulièrement périlleuse (enseignant, profession [para]médicale, relations à l'usager...).

*L'agressivité, l'irritabilité, la colère* sont d'autres expressions de la douleur et de l'angoisse et sont des réactions qui ne sont pas toujours bien comprises et donc supportées par les équipes médicales ou les familles qui les vivent comme des attaques personnelles. Il suffit souvent d'autoriser et de supporter ces expressions de colère pour que la femme se sente entendue dans son malaise et ainsi qu'elle se permette de s'effondrer dans le chagrin de la perte. La douleur est parfois extrême, parfois plus nuancée, et fluctuante dans le temps. Dans cette dynamique évolutive, la temporalité prend une place centrale.

## **L'accompagnement thérapeutique du psychologue et/ou du psychiatre après la sortie du service**

---

Il concerne les femmes, les couples et parfois les autres enfants. Il est nécessaire de penser cet

accompagnement « sur mesure », adapté à chaque situation dont les objectifs sont de :

- accueillir les mouvements émotionnels intenses de ce deuil et offrir un espace de paroles et d'écoute ;
- prévenir l'apparition de troubles psychiques ou psychiatriques d'un deuil « compliqué » ou « pathologique » ;
- accompagner des difficultés de couple, fréquentes. Étant inévitablement différents dans leur façon d'aborder la naissance et la perte, un décalage s'installe souvent entre la femme et l'homme. La reprise de la sexualité peut être difficile. Cet événement peut tout autant consolider les liens du couple que majorer des failles pré-existantes ;
- accompagner les parents dans leurs relations avec les autres enfants de la fratrie et dans l'annonce de la perte du bébé aux aînés ;
- être déjà dans un souci de prévention pour la grossesse suivante éventuelle : prévention de difficultés obstétricales et prévention pour l'enfant suivant, objectifs essentiels pour le professionnel même s'il ne peut pas être entendu par la femme et le couple au moment de la perte.

Cet accompagnement psychologique s'articule autour de deux axes : une proposition d'entretiens cliniques avec la femme et le couple, et la proposition d'un groupe de paroles.

### **Les entretiens individuels**

Les entretiens individuels s'inscrivent dans un cadre d'accompagnement thérapeutique de nature psychothérapeutique, par un professionnel capable d'une écoute analytique et d'une attitude bienveillante, de façon à s'ajuster à tous les styles de fonctionnement psychique des patientes et à cette situation spécifique de la perte. Ce suivi est limité dans le temps (il peut toutefois être long, plusieurs mois voire jusqu'à la naissance suivante) et reste centré sur le thème de la parentalité et de la perte périnatale, même si cet événement peut trouver une certaine résonance avec des éléments du passé de deux parents qui sont réactualisés dans ce cadre thérapeutique. Le professionnel est à l'écoute du transfert et du contre-transfert même s'il ne s'agit d'engager ni une psychothérapie analytique ni une cure type.

## Le groupe de paroles

Le groupe de paroles mensuel répond aux demandes des femmes d'échanger entre pairs, ayant toutes vécues la perte d'un bébé. Elles disent souvent que dans cet espace groupal, elles peuvent se sentir comprises, ce qu'elles ne ressentent pas toujours dans leur entourage, même proche. Ainsi, beaucoup de femmes vont sur des forums Internet, mais ce qu'elles lisent les angoisse souvent, et les plonge dans la douleur, alors même qu'elles sont seules devant leur écran. Le groupe répond au besoin de sortir de leur isolement. Il permet aussi à ces femmes d'être ensemble, de se relier, de partager du « même », avec des histoires pourtant toutes singulières, et certaines ont besoin que leur vécu émotionnel soit dans un premier temps pensé par les autres avant de pouvoir se l'approprier. Certaines femmes, « très présentes » dans le groupe, écoutent et n'arrivent pas à s'exprimer.

### Exemple d'un groupe de paroles

Différentes modalités de groupe existent, en fonction des équipes et des cultures locales. Il n'y a pas une façon de faire. Nous avons choisi un groupe ouvert, afin de pouvoir accueillir chaque mois de nouvelles femmes endeuillées. Toutes les temporalités du processus de deuil se retrouvent ainsi mélangées. Chacune peut accompagner l'autre ou être soutenue, selon sa propre dynamique. L'objectif est de permettre aux femmes d'échanger entre elles et de se soutenir dans cette épreuve. La parole est libre, respectueuse de chacune, et les thèmes abordés ne sont pas définis par avance mais relèvent de leur association libre. Le choix de ne recevoir que des femmes a été sous-tendu par la population que nous accueillons, multiculturelle et multi-ethnique. Nous voulions pouvoir recevoir toutes les femmes qui le souhaiteraient en accord avec leur culture.

Le groupe s'inscrit dans une temporalité qui devient l'histoire du groupe, permettant de rythmer le temps et de faire référence aux séances précédentes, comme à celles du passé. Dans ce groupe centré sur la question de la perte, nous demandons aux femmes de venir régulièrement, de prévenir de leur absence, et d'annoncer au groupe leur souhait d'arrêter.

Nous l'anisons à deux, une psychologue et une pédopsychiatre. D'autres modalités sont possibles, psychologue et sage-femme par exemple.

La tonalité émotionnelle de chaque groupe est variable, de la tristesse, aux moments de rires partagés. Les thèmes sont très divers.

### Exemples de thèmes abordés

*Le retour à domicile* : dire ou ne pas dire, que dire et à qui? Aux voisins, aux commerçants? Aux autres parents à la sortie de l'école pour celles qui ont déjà des enfants, aux parents d'élèves pour celles qui sont institutrices? Comment le dire?

*Se sentir normale ou pas normale face à ce bouleversement émotionnel et affectif* :

- « Si les autres ont la même réaction que moi, alors je ne suis peut-être pas si anormale que cela. »
- « Je ne me reconnais plus, je découvre des parties de moi, insoupçonnées jusque-là, une fragilité, des sentiments de haine, d'envie, de jalousie, une violence insoupçonnée, une culpabilité, un sentiment d'injustice, le sentiment de n'avoir pas su protéger mon bébé. »
- « Comment survivre ? »
- « Est-on en vie quand on a donné la mort ou porté la mort, et pour certaines dans les MFIU, sans s'en être rendu compte, sans avoir su à quel moment son enfant n'allait pas bien? Est-ce possible qu'une mère ne puisse pas savoir quand son enfant ne va pas bien ? »

*La famille* : rapidement, elles disent qu'il n'est plus question de la perte du bébé au sein de la famille, et les femmes ressentent qu'elles dérangent d'en parler comme si elles devenaient anormales. Quand une sœur ou une belle-sœur est enceinte et que tous se réjouissent, oubliant sa peine, elles expriment leur douleur et la culpabilité de sentir une forte ambivalence à l'égard de ce bébé à venir ou même un refus de voir cet enfant quand il sera né. Leur enfant mort disparaît de la scène familiale et l'enfant attendu chez la sœur ou le frère occupe tout l'espace dans la joie. C'est ainsi qu'elles le ressentent. Cette situation fréquente est vécue comme une blessure difficile à apaiser tant elle réactive toutes les anciennes rivalités fraternelles de l'enfance qui infiltrent inconsciemment les nouvelles relations intrafamiliales. De plus, ce bébé d'une sœur, ou d'une amie proche, viendra, par la suite, sempiternellement rappeler l'enfant perdu.

*Les hommes* sont absents physiquement mais très présents dans le discours des patientes : « nous ne nous comprenons plus » ; « il me paraît indifférent » ce qu'une autre femme pourra réinterpréter en disant qu'il cherche peut-être à la protéger, qu'un homme « ne pleure pas et doit être fort » ce qui ne signifie pas qu'il ne ressent rien, etc. La temporalité dans le couple par rapport à la reprise du travail n'est pas la même. Des conflits peuvent émerger autour de la reprise de la sexualité lorsque l'homme et la femme sont dans deux temporalités différentes et n'arrivent plus à se sentir en phase l'un avec l'autre ou lorsqu'un conjoint souhaite retrouver sa femme « comme avant » alors qu'elle se sent si différente.

*Les paroles déplacées des adultes* : la banalisation, voire la négation de l'événement, la non-reconnaissance de la dimension du deuil, les mots et les récits décalés : « Tu en auras un autre ! » Ces paroles souvent dites dans une intention de rassurer sont reçues de manière douloureuse car entendues comme une négation de l'enfant perdu...

Fragilisés sur le plan narcissique et à la hauteur de la blessure que représente pour leur narcissisme l'arrêt de la grossesse, ces parents sont particulièrement sensibles et vulnérables au manque de sensibilité de leur famille et des professionnels qui ont tendance à ne pas prendre la mesure de leur souffrance. La communication empathique soutient le processus thérapeutique.

Les femmes parlent d'un sentiment de vide, d'impuissance (atteinte à l'omnipotence de la grossesse), d'infériorité, d'échec, voire d'un sentiment d'indignité. Certaines expriment de la honte et leur difficulté à en parler. Le groupe soutient l'expression de ces manifestations de souffrance narcissique, qui se partagent et se comprennent. Les femmes nous disent combien elles ne voient plus la vie de la même façon, combien elles relativisent les problèmes matériels et du quotidien, combien elles se sentent plus sensibles, plus perméables à la détresse des autres, aussi « plus humaines ». Il y a, pour la plupart, un avant et un après.

*La réaction des autres enfants* : elles demandent comment parler de la mort aux enfants, elles racontent les réactions surprenantes de leurs aînés : une petite fille de 4 ans « *maman, on en refera un autre* », un petit garçon de 3 ans « *maman, je suis enceinte* », ou encore ce petit garçon de 5 ans qui

demandait des mois après « *comment il s'appelle mon petit frère* »... Fréquemment, la demande faite pour les autres enfants est une demande indirecte de la femme pour elle-même.

*Les dates anniversaire* : le temps passe, elles se sentent vieillir, que de temps perdu pour avoir un enfant. Les dates qui laissent une « trace » psychique profonde sont souvent : la date de l'accouchement, la date théorique d'accouchement, le terme théorique où l'enfant aurait dû être là, la date de l'échographie qui a dépisté un problème, la date de l'annonce... On retrouve fréquemment l'émergence de troubles émotionnels à l'occasion de ces dates, lors d'une grossesse suivante, au terme ou à la date de la perte précédente.

*Le sentiment d'injustice* : elles ont tant désiré cet enfant et ont le sentiment d'avoir tout fait pour le protéger, « alors que d'autres boivent, fument, ne font attention à rien et ont leur bébé ». Dans ces moments de colère face à l'incompréhensible et au vécu d'injustice, elles s'imaginent qu'elles auraient été de très bonnes mères attentives à tout sans même la moindre ambivalence. Elles disent la douleur de ne pas comprendre pourquoi c'est arrivé, beaucoup de questions sans réponses. Le plus souvent, la médecine n'explique pas les raisons de la perte du bébé. Dans le cas où une pathologie génétique a été identifiée, les questions se posent sur la répétition du risque de perte d'un enfant lors d'une grossesse ultérieure.

*La culpabilité* : elle est majeure et partagée de façon identique que la perte soit liée à une IMG ou à une mort fœtale. Les femmes taisent souvent leur sentiment « d'avoir tué leur bébé ». Madame G., patiente aux propos crus et directs dit : « j'ai tué mon bébé, mon corps l'a tué, mais je ne l'ai pas abandonné » (MFIU dans un contexte vasculaire chez une femme de 42 ans), d'autres sont capables de plus de refoulement.

Dans certains cas, *le bébé mort reste idéalisé* : cet enfant portait tous les espoirs de la femme. Il reste un être merveilleux, parfait, intouchable et ces femmes sont en grande difficulté pour penser une anomalie chez cet enfant, surtout si la médecine n'a rien expliqué.

*Le couple et la sexualité* : la sexualité est difficile souvent après l'accouchement d'un bébé mort. La femme a du mal à se retrouver dans son corps, et dans un corps désirant. Les sensations de plaisir

sont absentes ou teintées de culpabilité. Le conjoint peut être en demande de sexualité, alors que la femme ne s'est pas encore dégagée du processus de maternité, et n'est pas prête à y retrouver du plaisir à partager avec l'autre. La filière génitale est encore marquée par le passage de l'enfant mort. Certains couples vivent des moments de grande tension parfois jusqu'à la rupture dans une incompréhension et un décalage trop grand. Dans le groupe, les femmes se sentent libres de parler de leur conjoint et de leur couple. Les hommes sont très présents dans leur discours.

*Engager une nouvelle grossesse* : certaines femmes veulent un bébé dès que possible. Elles ne supportent pas de voir des bébés chez les autres, évitent tout ce qui rappelle de près ou de loin un bébé. On peut se demander si le désir sous-jacent d'avoir un bébé tout de suite, en particulier si la perte est survenue lors de la première grossesse, n'est pas à comprendre comme une tentative de relancer le processus développemental de devenir parent et pour la femme, d'affirmer d'une certaine façon sa féminité. Être une femme par la maternité (processus nécessaire pour certaines). D'autres femmes redoutent une nouvelle grossesse et une nouvelle perte, nous disant qu'elles ne le supporteraient pas. L'anticipation anxieuse est majeure.

*De nombreuses questions se partagent* : est-on parent si on n'a eu qu'un enfant mort? Comment répondre quand on me demande combien ai-je d'enfants? ou si j'ai des enfants? etc.

Le groupe n'est pas seulement un lieu de soutien au processus de deuil. Être dans un groupe leur redonne une place sociale, une identité. On observe souvent à la fin du groupe que les femmes échangent leur numéro de téléphone. Certaines nouent des liens, toutes sont en attente des nouvelles des autres, et développent des capacités d'attention à l'autre, d'humanisation et d'empathie étonnantes parfois.

Comment survivre et surmonter un tel drame, elles échangent sur les stratégies de chacune...

Le groupe, même s'il parle de la perte et de la mort s'inscrit dans une dynamique de vie, qui respecte la temporalité inévitable du temps qui passe. Certaines femmes ont poursuivi le groupe pendant leur grossesse suivante. C'est dans ce mouvement que certaines ont choisi, lors de sa

création de nommer ce groupe. Elles l'ont appelé le groupe « en vie », être en vie après avoir un tel vécu, avoir envie de la vie, « en » étant associé par certaines à enfant, enfant en elle, enfant en vie, dans leur vie, même absent, et de manière plus inconsciente à toute la conflictualité psychique liée à la problématique de l'envie (avoir envie et envier).

Parfois, cette modalité groupale n'est pas adaptée.

*Madame E.* n'est venue qu'une fois, déversant son mal-être sur tout le groupe, se vidant sans être contenue par les autres femmes ni par nous, débordées par son flot de paroles. N'ayant pas accouché dans notre maternité, nous ne connaissions pas Madame E. Elle n'avait pas bénéficié d'un accompagnement psychologique avant la venue dans le groupe. Des entretiens individuels réguliers lui sont alors proposés auxquels elle adhère immédiatement. Plusieurs mois après, lors d'un entretien et alors qu'il est question d'une nouvelle grossesse, elle exprime d'abord qu'elle ne voudrait pas que ce soit une fille (elle a perdu un garçon) mais elle montre dans un mouvement qui va lui échapper que son bébé est là, qu'il est caché dans son ventre, et qu'elle le garde secrètement en elle. Son utérus est occupé, pour lutter contre un vécu d'amputation d'elle-même. Elle avait perdu la grossesse à 6 mois dans un contexte d'éclampsie, et à un moment où elle n'avait pas encore « objectalisé » son bébé, l'engageant dans un deuil pathologique. Le groupe lui renvoyait la perte d'un bébé, ce qu'elle refusait inconsciemment en maintenant obstinément en elle son petit garçon bien blotti dans son utérus. Le récit des autres femmes risquait de bousculer sa stratégie défensive, une dénégation telle que : « j'ai perdu mon bébé mais il est là, en moi, et je lutte pour ne pas le perdre ». Elle avait pris la parole dans le groupe pour occuper tout l'espace et empêcher tous les échanges.

*Madame D.*, dans un deuil pathologique, a trouvé toute sa place dans le groupe.

La grossesse de madame D. s'est arrêtée à 12 SA. L'interne des urgences lui a donné un arrêt de travail de 2 jours, et n'a pas pris la mesure de la terrible détresse de cette femme. Quatre mois après, alors que madame D. aurait dû encore être enceinte, elle révèle qu'elle dort avec l'échographie de son bébé sur son ventre. Parfois, nous dit-elle, elle a l'illusion que son bébé est toujours *in utero* et elle le sent bouger ! Révéler cela dans le groupe, après plusieurs mois de présence régulière, lui a permis de commencer à cheminer vers l'acceptation de la perte de son bébé (pensé comme tel même à ce terme si précoce) et à s'engager dans un processus de deuil qui a été accompagné par le groupe et par des entretiens individuels.

Les modalités d'accompagnement thérapeutique s'ajustent « au cas par cas ».

Dans le deuil pathologique, face à une décompensation psychiatrique, la femme est adressée à l'équipe de psychiatrie adulte de son secteur.

## La grossesse suivante

L'histoire se poursuit... Il s'agit d'une grossesse différente mais intimement liée à la précédente. L'enfant à venir n'aurait peut-être pas existé si la grossesse précédente ne s'était pas interrompue ! La référence à la grossesse précédente est omniprésente, rythmée par les dates significatives (nombre de semaines d'aménorrhée avant ou après la perte, comparaison des échographies, du poids fœtal, etc.) et une sur-anticipation, de tous les aléas possibles, génère une immense angoisse.

La femme tente de maîtriser lors de la nouvelle grossesse ce qui n'a pas pu l'être à la grossesse précédente. Il s'ensuit des conduites de surprotection qui ne sont pas toujours objectivement nécessaires sur le plan obstétrical, comme un arrêt de travail très précoce ou un alitement à domicile mais qui sont essentielles pour elle « pour ne pas perdre » à nouveau et pour gérer la réactualisation de l'intense culpabilité liée à leur fantasme d'avoir « détruit » ou « de n'avoir pas suffisamment protégé » le bébé précédent.

Certaines femmes s'apaisent quand la grossesse actuelle dépasse le terme de la perte précédente. « Cela devient nouveau » disait une patiente et nous entendons qu'elles sont maintenant dans une nouvelle grossesse, comme si précédemment, les deux grossesses n'étaient pas complètement différenciées.

La place du bébé à venir dépend de tout le travail psychique engagé par la mère avant la conception et pendant la nouvelle gestation. Pour lui donner une place, elle a à désinvestir le bébé précédent, accepter sa perte et la douleur qui l'accompagne et porter ses espoirs et ses projets sur le nouveau bébé.

La peur d'une nouvelle perte peut empêcher certaines femmes de s'attacher au bébé suivant. Elles préfèrent attendre de le voir après la naissance pour y croire. Elles ne préparent rien parce que si elles venaient à le perdre, elles ne pourraient pas le supporter. Le lien d'attachement à l'enfant *in utero* est dénié et redouté. Il leur est difficile alors de rêver cet enfant, de faire des projets comme si tout restait en suspens, dans un temps infini où l'ombre de la mort plane, attendant que la naissance vienne déjouer ces angoisses et enfin apporter la preuve que tout va bien.

L'enfant né devra plus ou moins lutter pour trouver sa place, et éloigner le fantôme de l'enfant précédent qui, désormais perdu, a tendance à revenir dans les pensées parentales en position idéalisée, contre lesquelles l'enfant présent peut difficilement rivaliser. Lui, il crie, pleure, ne se console pas, est exigeant, épuise sa mère, a faim, mais il est vivant. Il lui fait éprouver un sentiment de haine « normal » chez toute femme (Winnicott, 1947) et des sentiments d'ambivalence plus ou moins tempérés.

Parfois, la femme n'arrive pas à « lâcher » l'enfant mort.

*Madame A.* accouche d'un bébé mort à terme de manière inexpliquée. Elle fréquente régulièrement le groupe, soutient les autres, s'exprime aisément sur cette perte. Le bébé est nommé et présent. Elle en parle comme s'il était là mais mort. Madame A. engage vite une nouvelle grossesse. C'est encore une petite fille. La psychologue

poursuit l'accompagnement de la mère mais une MAP rend les échanges plus difficiles. Madame A. est clouée chez elle, et les entretiens se font par téléphone le plus souvent. À la naissance, Madame A. n'arrive pas à nommer son bébé. Il lui faudra un certain temps pour se décider sur le prénom. Le père de l'enfant avec qui elle est mariée depuis longtemps n'apparaît plus dans son discours. L'enfant précédent est là, de retour dans ses pensées, bon bébé absent idéalisé face à ce bébé présent mais peu gratifiant. Le suivi tente de se maintenir en post-partum mais quelques semaines après, une grave décompensation somatique potentiellement létale se déclare chez Madame A.

« Laisser partir » le bébé mort met du temps, sans l'oublier totalement, sans tenter de le réanimer psychiquement inlassablement, sans s'empêcher de vivre...

À l'annonce de cette évolution, nous avons ressenti un profond sentiment de malaise, alimenté par l'irruption du fantasme qu'elle avait ainsi souhaité rejoindre son bébé mort. Si cette évolution questionne, il faut se garder de conclusions trop spéculatives, purement fantasmatiques.

Cet exemple clinique ne remet pas en question l'importance de l'accompagnement thérapeutique qui progressivement permet à l'enfant suivant de prendre une place différenciée dans sa famille, dans le respect de chacun et de déjouer les risques psychopathologiques possibles (difficultés identitaires, enfant confronté à une dépression anténatale et/ou postnatale de sa mère, etc.). La pathologie de l'enfant de remplacement est bien connue (Bayle, 2005).

*Madame B.* est hospitalisée à 23 SA pour MAP. Il s'agit de sa 8<sup>e</sup> grossesse : six FCT et une MFIU à 21 SA. Je la connais depuis sa 6<sup>e</sup> grossesse et des entretiens s'engagent régulièrement pendant cette hospitalisation. Un jour, à 32 SA, elle m'appelle en urgence, et elle me demande de venir rapidement la voir car elle se sent très angoissée. Elle m'explique qu'elle a très peur parce qu'elle ne sait pas quel avenir elle va pouvoir offrir à sa fille et elle a peur de ne pas

savoir comment faire avec son bébé. Je souris. Elle est surprise et comprend. Enfin, cette petite fille existe pour elle, elle parle de son bébé, de ses craintes, la préoccupation maternelle (Winnicott, 1956) s'installe... elle s'apaise. Elle me dira que c'est la première fois qu'elle pense le bébé à venir. Les autres fois, elle avait perdu des grossesses.

Deux femmes sont venues dans le groupe après la naissance de l'enfant suivant. Elles n'avaient jamais pu trouver un lieu pour parler le l'enfant mort à la grossesse précédente et l'arrivée de l'enfant suivant n'avait pas apaisé leur peine ni leurs pensées pour cet enfant attendu et « perdu ».

Certaines n'ont pas pu bénéficier de cet accompagnement.

*Madame T.* vient me voir sur proposition de la sage-femme libérale qui la suit pendant cette 5<sup>e</sup> grossesse. Elle est très anxieuse à l'approche de l'accouchement, qui est programmé par césarienne dans une quinzaine de jours. Dès les premières minutes de l'entretien, Madame T. met en récit son 3<sup>e</sup> accouchement décidé en urgence 2 ans auparavant pendant lequel elle s'était sentie dépassée n'ayant jamais anticipé une telle issue parce qu'elle avait accouché précédemment deux fois par voie basse, et sans difficulté. Elle raconte que pendant la césarienne, elle a entendu le médecin dire à son interne « ça arrive » et avoir pensé immédiatement que son bébé était mort. Quand on lui amène l'enfant après la sortie du bloc, elle raconte qu'elle a eu du mal à réaliser sa présence. Cinq ans après, elle me dit que le lien ne s'est jamais vraiment installé avec cet enfant, qu'il a toujours été très difficile, qu'il pleurait beaucoup et même encore aujourd'hui. Elle ne s'est jamais remise de cette 3<sup>e</sup> naissance. Les entretiens révéleront que ce dont elle ne s'est jamais remise, c'est de la perte impensable à 4 mois de grossesse d'un bébé à la 3<sup>e</sup> grossesse effective. La suivante qu'elle énonce comme la 3<sup>e</sup> alors qu'il s'agit d'une 4<sup>e</sup> grossesse, avait été conçue immédiatement (une grossesse « retour de couches ») sans que cette femme puisse engager un processus de deuil. Le 4<sup>e</sup> enfant, en comptant le bébé mort, est né, dans le discours

de cette mère, d'une grossesse « de 13 mois », vécue dans la crainte permanente de la perte. La césarienne qui a ponctué cette grossesse a été vécue de manière traumatique, dans l'idée que ce bébé était potentiellement mort, indissociablement lié au précédent, celui qui était effectivement attendu.

Cet exemple clinique illustre les risques liés au deuil périnatal non fait et l'importance de l'accompagnement psychologique pour prévenir l'apparition de troubles chez l'enfant suivant.

L'approche en individuel et/ou en groupal a une fonction thérapeutique d'accompagnement du deuil périnatal mais aussi une fonction de prévention pour la grossesse et pour la santé médicale et psychique des enfants à venir.

# Les troubles psychosomatiques précoces du bébé

N. Boige

Les troubles fonctionnels précoces du bébé (trois premiers mois) constituent un motif fréquent de consultation pédiatrique. Ils parasitent et envahissent d'angoisse une période que les parents anticipaient comme le bonheur de la rencontre avec le bébé réel, attendue comme un aboutissement. Les parents sont dans une angoisse vitale, très demandeurs de diagnostic précis et de solution médicale efficace et immédiate. Le pédiatre est en première ligne et doit évaluer la dimension somatique, lésionnelle et donc à risque, ou fonctionnelle, et la dimension relationnelle, interactive qui est à aborder avec tact et mesure avec les parents. Et le bébé? Il est capable d'une expression symptomatique très riche qui évoque le théâtre du corps de Joyce McDougall (1989). En associant des pleurs et des troubles qui semblent mécaniques, douloureux, des spasmes digestifs, des borborygmes et des régurgitations, il met en scène, en actes et en corporéité les difficultés de sa maturation physiologique et de sa vie psychique naissante, de ses interactions : tensions, pulsions, angoisses archaïques (chute, lâchage, démantèlement, explosion), frustrations physiques et psychiques, souffrance en voie de devenir dépressive.

## Description

Les principaux motifs de consultation sont :

- les pleurs paroxystiques inconsolables ;
- le reflux gastro-œsophagien (RGO) ;
- les coliques du nourrisson ;
- les malaises ;
- les troubles alimentaires.

Les pleurs inexplicables, inconsolables, l'absence de sommeil sont un fourre-tout, un message violent du bébé qui peut aussi bien exprimer une douleur physique qu'une tension psychique et un trouble relationnel. Ce sont des troubles d'acquisition des rythmes biologiques de base, qui évoquent plus une difficulté ou un manque au niveau de l'attachement et du corps à corps qu'une angoisse de séparation qui n'existe pas encore.

Chez un bébé qui pleure, un symptôme digestif est mis en avant par les parents qui pensent en premier lieu à une douleur ; est-ce par ordre de fréquence, ou parce que le travail digestif est important à cet âge? On peut s'étonner que, si « le bébé est une personne » depuis Winnicott, il a tendance à redevenir un tube digestif lorsqu'il pleure de façon excessive. Les parents évoquent plus facilement une souffrance physique que psychique tant la dernière est inimaginable et culpabilisante.

Parmi les troubles digestifs, on distingue le RGO et les coliques qui sont tous deux des manifestations douloureuses, mais dont la sémiologie et la physiopathologie sont différentes. Il peut s'agir de pleurs de douleur digestive ou de pleurs et d'événements digestifs, et le soignant doit différencier dans ce brouhaha ce qui relève des coliques, de l'œsophagite ou des pleurs de tension relationnelle, savoir si des examens spécifiques sont nécessaires, si un traitement symptomatique peut améliorer la situation. Quelle est la place du traitement médical, diététique et du travail de la consultation ?

*Entre le symptôme et la plainte, la définition est bien subjective.*

Prenons du recul. Qu'est-ce qu'un symptôme, et en particulier ceux auxquels nous avons affaire ?

*La définition du symptôme* est différente selon l'angle de vue.

En médecine somatique, les symptômes sont des modifications « contre nature » notées au cours des maladies. Les symptômes sont l'ensemble des troubles qui peuvent s'observer dans cette maladie, alors que les signes sont tout ce qui permet de la désigner.

En psychopathologie, la définition est plus floue, on parle de configuration symptomatique ; la différence entre le normal et le pathologique n'est pas franche. La mise en évidence d'un symptôme dépend de l'interlocuteur et de son environnement, et pose le problème de son intentionnalité. L'évaluation du symptôme passe par une quête de sens. La signification d'un symptôme et sa valeur sémiologique ne se confondent pas avec son sens et sa fonction. Le symptôme est une solution originale, transitoire et unique à un conflit.

Or, la définition des symptômes du nourrisson, coliques, RGO, pleurs excessifs, est clinique et subjective, ce qui présente des analogies avec les deux versions du symptôme.

*Le RGO* se définit par la remontée anormale du contenu gastrique dans l'œsophage. Il existe un RGO physiologique et un RGO pathologique, la limite étant théoriquement quantitative (pourcentage de temps de reflux acide sur un enregistrement pH-métrique), mais en fait floue et fondée sur la description des parents et l'observation clinique, car il serait intrusif de faire une pH-métrie pour mesurer le RGO chez un bébé qui régurgite.

*Les coliques* sont l'association à des degrés variables de douleurs abdominales et de pleurs, ou simplement des pleurs. Sous le terme de *Infant colics*, dans les *critères de Rome III* qui constituent une définition internationalement admise des troubles fonctionnels digestifs, le versant digestif est même absent : il s'agit d'accès d'agitation, d'irritabilité et de pleurs qui débutent et s'arrêtent, sans cause déclenchante. Les épisodes durent 3 h ou plus par jour, surviennent au moins 3 jours par semaine, durant au moins 1 semaine (ce que l'on nomme la règle des trois). La prise de poids est satisfaisante. Il est à remarquer que cette définition se trouve sous la plume des mêmes auteurs (Drossman, 2006; Hyman *et al.*, 2006) qui ont,

dans des articles postérieurs, rapporté des anomalies de la phase III du complexe myoélectrique migrant (motricité de l'intestin grêle) dans les coliques du bébé.

Quant aux *pleurs excessifs*, il en existe plusieurs définitions, dont la classique règle des trois qui semble obsolète dans notre clinique actuelle. La reprise des définitions (Chevallier, 2008) a fait conclure que les pleurs excessifs sont ceux qui motivent une consultation, ce qui inclut forcément dans le diagnostic la tolérance des familles.

Plutôt que d'un symptôme, il pourrait s'agir d'une *plainte* somatique du bébé. Pour M. Balint (1973), la plainte représente le stade inorganisé de la maladie : à ce stade, on ne sait si ce qui est important est de se plaindre, ou le symptôme lui-même. L'avantage du terme de « plainte » est qu'il situe le problème davantage au niveau du recours aux soins que du symptôme lui-même (Cathebras, 2006).

La description des symptômes fonctionnels digestifs du bébé permet de leur trouver des *particularités sémiologiques et étiologiques* qui justifient des explications et des propositions thérapeutiques médicales différentes, alors que le tronc commun est le travail sur le lien et les interactions précoces.

*Le reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO)* a fait couler beaucoup d'encre, et d'angoisse. Un RGO douloureux se manifeste typiquement par des régurgitations multiples, douloureuses, tardives après le repas, parfois par une déglutition douloureuse dès le début de la tétée. Les pleurs surviennent de façon répétée jour et nuit, environ 1 h après le repas (le temps d'acidification du contenu gastrique). L'enfant se tend en arrière et semble souffrir. Il prend de plus en plus mal ses repas et sa croissance s'altère. Il arrive même à refuser le repas à la vue du biberon ou du mamelon, ce qui est un évitement actif et déjà du domaine du psychique.

*Ce qui calme couramment un RGO douloureux*, ce sont les pansements gastriques, les médicaments antisécrétoires acide, beaucoup plus que les mesures « environnementales ».

Le RGO est une maladie depuis quelques décennies, et ce symptôme a été surmédicalisé en raison de l'angoisse de ses complications et en particulier des malaises graves du nourrisson et de l'amalgame

qui a longtemps été fait entre RGO et risque de *mort subite inexplicquée du nourrisson (MSIN)*. Chez le bébé, la première complication du RGO est l'œsophagite qui se traduit par des douleurs, et peut entraîner des régurgitations sanglantes. Le diagnostic est facilement confirmé par une fibroscopie si nécessaire, et le traitement antisécrétoire acide est efficace. En revanche, la dénutrition par la diminution des prises alimentaires est maintenant très rare car l'intervention médicale est à même de la prévenir. Enfin et surtout, les régurgitations violentes peuvent entraîner des épisodes de suffocation, ou des malaises vagues, ce qui a fait longtemps penser que le RGO était la principale cause de MSIN. Or, on sait depuis les travaux de recherche sur les causes et les mesures de prévention de la MSIN (durant les années 1990) que les facteurs de risque en cause sont un couchage ventral, une asphyxie, une hyperthermie concomitante (virose), alors que le RGO n'est pas une cause statistiquement significative. Les épisodes de suffocation ne sont pas particulièrement à risque vital, et depuis les consignes de couchage des bébés en décubitus dorsal, il y a eu une diminution spectaculaire des cas de MSIN, et il n'a pas été observé d'accroissement de fréquence des épisodes de suffocation.

Cette surenchère médicale, venant cristalliser et légitimer l'angoisse parentale, fait que les « signes d'appel » faisant craindre un RGO par les familles ont évolué avec les années, des régurgitations plus ou moins douloureuses aux malaises, changements de teint, aux pleurs inexplicqués (reflux « interne » non extériorisé?) et surtout, actuellement, au refus de boire!

*Les classiques coliques du nourrisson* associent à des degrés divers des pleurs paroxystiques et des troubles digestifs, et l'on sait, depuis les travaux de L. Kreisler, M. Fain et M. Soulé (1974), que le problème est autant pulsionnel que digestif. Typiquement, le bébé boit bien, garde une bonne croissance pondérale, et se met à pleurer à la moitié de la tétée, ou dès la fin du repas (« réflexe gastro-colique »). Il devient tout rouge, a un ballonnement abdominal, pédale et recroqueville ses membres inférieurs, émet des gaz. La douleur a un caractère spasmodique. Il peut avoir des selles irrégulières, explosives. Les pleurs sont à maximum vespéral, impossibles à calmer par les parents. Il dort bien la nuit, ou la deuxième partie

de la nuit, une fois la crise passée. Sur fond de surchauffe digestive avec douleurs abdominales, les pleurs inconsolables vespéraux correspondent à des montées pulsionnelles avec une désorganisation croissante du bébé. Les parents inquiets ne peuvent contenir cette éruption, et, épuisés et angoissés, lui redonnent à boire, et le cycle se reproduit dans une impuissance totale.

*Les coliques* se calment typiquement par des modifications de l'environnement : si l'on promène le bébé en kangourou, dans le landau ou dans la voiture, si on le berce et s'il apprend à s'apaiser avec une tétine, et de façon beaucoup plus aléatoire si l'on fait des changements diététiques (valse des laits!), ou si l'on donne des antispasmodiques. Les coliques disparaissent classiquement vers 3 mois, alors que le régime est inchangé, ce qui est lié d'une part à la maturation digestive du bébé mais surtout à celle de ses compétences relationnelles (il participe à l'échange avec ses parents et se laisse apaiser par des parents qui ont eux aussi acquis des compétences).

Du côté pédiatrique, *l'evidence-based medicine* nous aide peu devant les troubles fonctionnels du bébé... Les coliques sont décrites chez 5 à 40 % des bébés selon les publications, le RGO douloureux dans 5 à 30 %. Les examens complémentaires sont intrusifs et peu reproductibles, et ne doivent être proposés que s'ils ont une utilité directe thérapeutique. Par exemple, la fibroscopie<sup>57</sup> est bien décevante chez un bébé ayant un RGO douloureux et ne montre souvent qu'une minime congestion de l'œsophage, ou un aspect normal... (on parle alors d'œsophage irritable). La pH-métrie œsophagienne<sup>58</sup> ne montre pas de corrélation entre l'importance du reflux et les phénomènes douloureux. Dans les coliques, la recherche d'une cause a fait surestimer l'allergie aux protéines du lait de vache

57 La fibroscopie permet de visualiser l'état de la muqueuse digestive, duodénale, gastrique et œsophagienne du bébé, la position et la continence du cardia durant l'examen et de faire des prélèvements si nécessaire. Cet examen est réalisé en quelques minutes sous anesthésie locale.

58 La pH-métrie permet, à l'aide d'une fine sonde positionnée à l'extrémité inférieure dans le tiers inférieur de l'œsophage et fixée sous la narine, d'enregistrer les variations de pH et donc les reflux acides dans le bas œsophage durant 24 h. L'examen se réalise en externe au domicile.

(APLV) qui ne concerne qu'environ 2 % des bébés ayant des coliques, et qui ont alors des signes associés tels qu'un eczéma, une mauvaise prise de poids, une diarrhée, etc. Les examens permettant de mettre en évidence une pullulation bactérienne colique ou une intolérance au lactose compliquent la prise en charge d'une pathologie bénigne et n'ont pas permis d'établir de lien de cause à effet.

Finalement, l'analyse sémiologique garde toute sa valeur (l'observation du bébé, comme nous le verrons dans le chapitre 15) et la compréhension de la physiopathologie polyfactorielle, au cas par cas, est plus pertinente. Globalement, le bébé ayant un reflux semble plus « malade » que le bébé ayant des coliques. On privilégie le traitement empirique du RGO douloureux, et on ne fait pas de fibroscopie à tout bébé qui pleure, mais on ne donne pas d'oméprazole (Mopral®) à tout bébé qui pleure ! Dans le cas des coliques, on observe le trouble digestif et on donne éventuellement un traitement empirique, on évite une fermentation excessive, et si une APLV est suspectée devant des signes associés, on fait un régime d'éviction à l'essai programmé dans le temps.

Cependant, il s'agissait là de la description des cas typiques, mais la situation est souvent plus complexe... Les troubles fonctionnels digestifs sont souvent associés chez le même bébé, ou alternent, se déplacent, et on a pu parler de côlon irritable, d'œsophage irritable puis de bébé irritable (*fussy babies* des Anglo-Saxons). Les symptômes sont souvent atypiques, avec une évolution des plaintes et des effets de mode, comme le RGO interne, la fausse constipation (dyschésie : le bébé pleure en poussant et n'arrive pas à exonérer, signe d'une contraction sphinctérienne excessive).

Adressé par son pédiatre, Aurèle vient me consulter avec sa maman à l'âge de 2 mois, 3 semaines.

Celle-ci est très angoissée, expéditive dans ses gestes et paroles, les yeux brillants et me dit « Vous êtes notre dernier recours ». Elle me parle de problèmes alimentaires depuis la naissance, naissance qui fut « normale » (*cf. infra*). Elle a commencé un allaitement maternel, Aurèle a eu un malaise vagal à la maternité. Il sait téter mais a beaucoup de reflux. On le met sous lait maternisé épaissi. Il pleure alors très

fort et se tortille, on parle de coliques et son pédiatre (dans l'hypothèse d'une APLV) lui donne du Nutramigen® épaissi (hydrolysate de protéines du lait de vache). Aurèle a de gros reflux par les narines. Il est traité alors progressivement par Motilium® (antireflux), Débridat® (antispasmodique), Mopral® (antisécrétoire acide), Ultralevure® (probiotique). Aurèle s'apaise 3 jours puis les pleurs repartent de plus belle. Lorsque je le vois, il pleure 24 h/24 d'après la maman, boit mal et régurgite. La maman a des gestes automatiques, me le pose comme un paquet sur la table d'examen sans le regarder, semble très énervée. Elle me décrit des mouvements saccadés des membres, des crises aiguës de pleurs stridents incompréhensibles. Je l'examine, il a une trophicité normale, mais il est geignard, grognon, toujours en réflexe de Moro. Il a un mauvais contact, un peu fuyant, je le trouve plus inquiétant que douloureux. Dans ce contexte, pour de multiples raisons (malaise vagal, suspicion d'APLV, non-amélioration et hésitations à venir) je pense qu'il faudrait peut-être faire une fibroscopie.

La maman me dit « c'est ce que je voulais ! » et peut alors se rasseoir et parler plus calmement (*cf. infra*).

## Un peu de physiologie : des troubles fonctionnels digestifs

On oppose sur le plan somatique les troubles lésionnels et les troubles fonctionnels qui surviennent en dehors d'une anomalie anatomique, infectieuse, malformative ou biochimique donnée.

Les troubles digestifs sus-cités mettent en jeu le *muscle lisse digestif* qui est indépendant de la volonté, et qui est « psychosomatique » en essence : il est doté d'une innervation propre locale par le système nerveux périphérique (« cerveau périphérique ») qui est sous le contrôle du système nerveux central. Les systèmes nerveux central (SNC) et périphérique (SNP) communiquent en permanence, dans les deux sens, par la voie d'un axe neural, l'axe cérébro-myentérique (*brain gut axis*). De nombreux neuropeptides du SNP ou hormones digestifs ont la même structure (séquence d'acides aminés) que les neuropeptides du SNC ou une partie de leur séquence

(ex. : dopamine, sérotonine) et sont donc communs aux deux systèmes. Ce muscle lisse est sous la dépendance de la maturation et de la synchronisation du fonctionnement digestif de l'enfant mais également du SNC, de l'environnement catécholaminergique, neuro-hormonal, donc du contexte de tension ou de stress au sens large du terme.

Les troubles fonctionnels digestifs sont souvent associés chez le bébé (comme chez l'adulte chez qui on parle d'« hypersensibilité viscérale »), et ils sont irrationnels médicalement : ils résistent parfois à tout, mais peuvent se calmer inopinément.

Il s'agit dans le cas du RGO d'une *pathologie fonctionnelle à risque lésionnel* (œsophagite), le plus souvent transitoire, maturative. La physiopathologie « locale » est plurifactorielle : les régurgitations sont dues classiquement à l'incontinence du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO), qui est trop court, de position trop haute, hypotonique ou asynchrone (on parle de défaut de la barrière anti-reflux). On insiste beaucoup moins sur les troubles gastriques sous-jacents : non-réceptivité et/ou mauvaise vidange gastrique. En effet, physiologiquement, l'estomac se distend activement au début du repas pour pouvoir le contenir. Le fonctionnement du tractus digestif supérieur est globalement très dépendant de la tension physique ou psychique (du « stress »), et le RGO s'accroît en cas de virose intercurrente, de poussée dentaire ou de douleur ORL, si l'on contracte son abdomen en toussant, mais aussi si l'on débute le repas l'estomac « noué ». Il existe plusieurs « modalités » de refluer, et plusieurs ambiances interactives.

*Il n'y a pas de corrélation entre la douleur, les pleurs de l'enfant, et la sévérité de l'œsophagite. Le bébé peut pleurer très fort et avoir un minime érythème (rougeur) de l'œsophage en fibroscopie, ou bien, sans avoir jamais pleuré, avoir des régurgitations sanglantes et une œsophagite érosive, d'où la rigueur nécessaire dans les traitements d'essai et les indications de la fibroscopie.*

Concernant les coliques, la douleur est liée aux variations de pression dans le tube digestif : spasmes, gaz, poussée... Sur le plan étiologique, on incrimine parfois une cause locale par une production excessive de gaz (intolérance au lactose, avec fermentation, ou pullulation bactérienne digestive), une allergie aux protéines du lait de vache, une fausse constipation, une déglutition d'air lors des pleurs, des spasmes dont l'origine est

purement neurologique, par tension psychique... ou des pleurs paroxystiques seuls. On peut distinguer cliniquement les classiques coliques et la fausse constipation, les gaz douloureux...

La lettre qui accompagne Aron est éloquentes concernant ses troubles du transit. C'est un gros bébé né à terme après une grossesse et un accouchement dits normaux (*cf. infra*). Il est allaité 3 mois, la maman pense qu'il fait des fausses routes. Au sevrage avec un lait standard, il devient constipé et inconfortable, fait des efforts de poussée « non-stop », les selles sont provoquées tous les 2 ou 3 jours par un suppositoire de glycérine mis par la maman, selles qui sont molles (fausse constipation, dyschésie). On lui donne alors un lait « confort » qui facilite le transit, et le RGO se majore avec des pleurs... Il a alors un lait épaissi à la caroube, des haricots verts et de l'eau Hépar®, et a des selles franchement dures et douloureuses (constipation). Sa pédiatre lui donne alors un lait sans PLV, il a à nouveau une normalisation du transit, mais de multiples réveils nocturnes avec des régurgitations, des gaz douloureux, il a faim et pleure...

## Ces troubles fonctionnels du bébé sont des troubles psychosomatiques

Le terme de psychosomatique est utilisé ici dans son acception la plus triviale d'implication à la fois du corps et de la psyché au sens où ils sont totalement intriqués, et non dans un sens de causalité psychogène ou organique ou d'un défaut de mentalisation comme chez l'adulte psychosomatique.

Rappelons que le bébé est sans aide (la fameuse *Hilflosigkeit*), soumis aux projections d'autrui, aux avatars de l'environnement. Il attend de l'adulte de donner un sens à ses messages et sensations, est totalement dépendant physiquement et psychiquement. *L'infans* qui n'a pas de langage s'exprime avec son corps, il décharge ses tensions par voie corporelle et fonctionne par projections. Le bébé est par essence psychosomatique. Souffrance physique et psychique sont totalement

intriquées, que celle-ci soit primaire ou secondaire, et il n'y a probablement pas de souffrance purement physique ou psychique chez le bébé.

La dimension psychique est perceptible chez le bébé et les parents, avec une détresse sans rapport avec la sévérité somatique. Du côté du bébé, le symptôme est souvent impressionnant, bruyant. Les hurlements du bébé contrastent avec une relative bénignité somatique. Il perd les rythmes biologiques qui étaient en cours d'acquisition (repas, sommeil), peut refuser activement de boire. On a parfois une impression de limitation du développement, d'atonie, de dépression, de contact pauvre ou absent, d'évitement relationnel ou au contraire d'hypertonie, d'hyper-réactivité.

Les symptômes du bébé échappent souvent à la logique médicale et les composantes somatique et psychique sont difficiles à démêler. L'expérience montre qu'il est difficile pour les parents de distinguer entre un pleur de souffrance physique ou psychique et qu'une intervention verbale et interactive des parents est souvent plus efficace qu'un traitement médical. Par exemple, il y a peu de différence entre des pleurs d'œsophagite ou de tension psychique. Il faut, en consultation et selon le récit des parents, voir si le bébé a mal, a des régurgitations acides avec des larmes dans les yeux, commence à têter et s'interrompt après trois gorgées en pleurant (dysphagie douloureuse) ou si, voyant arriver le biberon ou le sein, il pleure déjà et tourne la tête violemment (refus actif). L'on sait que les «coliques» peuvent, selon les cas, se calmer par une promenade en voiture ou un changement de lait, ces coliques témoignant à la fois de spasmes digestifs et de mouvements pulsionnels que les parents n'arrivent pas à accueillir et à réguler.

D.W. Winnicott (1958) décrit chez les nourrissons des moments de «dépersonnalisation». Pour lui, «le bébé d'un an n'est fermement enraciné à son corps qu'à certains moments. La psyché d'un nourrisson normal peut perdre le contact avec le corps... Par exemple au réveil d'un sommeil profond, le bébé a un accès de pâleur, paraît absent, peut avoir des vomissements, un accès de transpiration anormale, ou avoir très froid». Il y a peu de différence avec ce que nous appelons en pédiatrie un changement de teint, qui fait partie des malaises du nourrisson, pour lesquels un bilan est généralement fait en milieu hospitalier (recherche de reflux gastro-

œsophagien, d'œsophagite, d'hypertonie vagale, etc.) dans la crainte d'un malaise plus grave.

C'est dans l'interaction avec le bébé, et dans les variations brutales dans un sens ou dans l'autre de ses symptômes en fonction du degré d'angoisse ou de modifications de son environnement proche que l'on peut sentir cette intrication biopsychique. Pleurs de tension psychique, de protestation, de refus ou de douleur physique, l'observation et le ressenti du clinicien prennent toute leur importance dans la compréhension du symptôme et de la situation.

Notons que, entre le RGO et les coliques, la mise en scène est différente. Les pleurs ne sont pas les mêmes, ni le fonctionnement en boucle psychosomatique : tension anxieuse dans le RGO, qui va jusqu'au refus de l'alimentation, «orage pulsionnel» dans les coliques. Dans le cas du RGO (Missonnier, Boige, 1999 ; Boige, 2001), le «régurgiteur heureux» est rare... Ce symptôme est présenté du côté du bébé dans une atmosphère de tension importante, de pleurs, avec des régurgitations qui deviennent fréquentes et douloureuses. Il a une souffrance somatique : douleur liée à la remontée acide, intolérance gastrique. L'expérience de la tétée (succion nutritive) n'est plus associée au plaisir mais à la douleur, aux brûlures, il n'y a pas de satisfaction de la réplétion gastrique. Il a des accès hypertoniques de tension postérieure qui sont dus à la douleur. Il devient inconsolable, perd ou n'acquiert pas les rythmes biologiques, la capacité à recevoir le biberon ou la tétée avec satiété et sérénité, et souvent refuse de s'alimenter.

On sait également «à l'inverse» qu'un bébé qui se tend en arrière pour une tension interactive (agitation, colère, bébé qui se sent mal contenu, ne sait «s'enrouler» comme dans le creux utérin) accroît les régurgitations et remontées internes de façon mécanique, donc les douleurs. Il peut tout à fait s'agir de la traduction physique d'angoisses archaïques, et l'on pense aux agonies primitives de Winnicott. S. Fraiberg (1981) parle de modes de défense biologiques précurseurs : «Est-ce que les modes de défense biologiques sous-tendent la structure de certains mécanismes de défense précoces psychiques?»

Concernant les coliques, L. Kreisler (1976, 1985b), après le psychanalyste anglais R. Spitz qui avait décrit la pathologie de l'enfant carencé et l'hospitalisme, a décrit les pathologies de la sur-stimulation et de la surcharge d'excitation, en quelque sorte la pathologie du «trop». «Les coliques du premier

trimestre partagent avec le côlon irritable des similitudes interactives pathogènes. Elles peuvent être rangées sous la rubrique de la surcharge d'excitation dans des circonstances marquées par la discontinuité qualitative et quantitative des soins maternels, l'irrégularité des modes de vie du bébé parfois jusqu'à l'incohérence... Le malaise des bébés s'offre de plus en plus souvent sous le déguisement médicalisé de troubles fonctionnels. Les dyskinésies coliques du jeune enfant expriment pour beaucoup les conséquences de modes de vie des adultes. Ils partagent malgré eux les pressions infligées à leurs parents par la vie contemporaine mécanisée, poussée vers l'efficacité et le rendement, bref quadrillée dans des conduites opératoires qui bousculent et stérilisent les relations.» C. Combe (2002) décrit à sa façon l'intrication entre des symptômes digestifs, une tension psychique et une inadéquation maternelle : « Une mère qui, devant l'expression psychosomatique de son nourrisson malade de coliques du nourrisson par exemple, au lieu de le calmer en le berçant pour calmer l'angoisse le temps qu'il parvienne à se réorganiser au niveau pulsionnel, lui redonne le sein, ce qui va provoquer une dérégulation des rythmes de son fonctionnement corporel, et va provoquer des douleurs gastriques par trop de lait à digérer, en plus des spasmes intestinaux et de l'aérocolie qu'il avait déjà par angoisse d'une montée pulsionnelle d'excitation qu'il n'arrivait pas à organiser. »

## **Dimension relationnelle, sens et fonction du symptôme**

Pour paraphraser D.W. Winnicott, je dirais qu'un symptôme seul ça n'existe pas, et j'en propose ici une description et une compréhension interactives.

Le symptôme digestif n'est pas le symptôme *de novo* du bébé seul mais de la dyade ou de la triade voire de la famille, même si le tempérament du bébé joue un rôle important de base biopsychique. Le symptôme vient de plus loin que le bébé et s'inscrit dans les interactions parents-bébé et dans l'histoire des parents : le bébé (nous) raconte avec son corps quelque chose de son histoire et de celle de ses parents.

C'est parfois le symptôme d'un parent : le bébé n'a pas d'existence propre, mais est une extension malade de la mère (parfois du père) ou un organe

maternel hypochondriaque. D.W. Winnicott l'exprime avec humour (dans *La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression*, 1948) : « Le problème de l'hypochondrie des mères m'est apparu clairement à la consultation infantile externe parce que cette consultation est un véritable centre de traitement de l'hypochondrie des mères. Il n'y a pas, à proprement parler, de frontière très nette entre l'hypochondrie déclarée d'une mère déprimée et le souci qu'une mère normale a de son enfant. Une mère doit en effet être capable d'hypochondrie si elle veut pouvoir déceler chez son enfant ces symptômes que réclament les médecins pour essayer de soigner le mal précocement... »

Il y a le virtuose du symptôme, qui sait mélanger le fonctionnement digestif, une note neurologique, et les projections angoissées parentales.

*Victor est le premier enfant longtemps attendu de parents apparemment en bonne santé, mais souffrant d'allergies (la mère me dit d'emblée : « je suis allergique à tout »). Après une naissance normale suivant une grossesse normale, il est alimenté par prudence avec un hydrolysat, et exprime rapidement un RGO et des difficultés à la prise des biberons. Il peut refuser totalement le biberon en se tendant en arrière pendant une journée. Il se développe bien sur le plan staturo-pondéral, ainsi que sur le plan relationnel, mais toujours dans un climat d'angoisse où sa mère ne peut le quitter des yeux ni supporter une distance de plus de 50 cm entre elle et son bébé. Il reçoit un traitement anti-acide, et malgré cela, il alterne des moments où il se laisse nourrir sans plaisir et des moments de refus alimentaire total. La symptomatologie s'enrichit et il fait des crises répétitives d'hypertonie et de mouvements d'extension cloniques des membres supérieurs lors de l'ingestion de certains aliments nouveaux avec la diversification, en particulier la carotte. Les parents m'apportent la vidéo d'une crise, et je trouve le tableau suffisamment atypique pour demander l'avis d'une neuropédiatre dans l'hypothèse d'un équivalent de syndrome de*

Sandifer,<sup>59</sup> ce qu'elle confirme après examen soigneux et EEG. Le fonctionnement digestif de Victor continue d'être compliqué, avec des coliques, des gaz nocturnes douloureux qui le réveillent ainsi que ses parents, encore à l'âge de 2 ans. L'essai d'introduction d'un petit-suisse est suivi d'une éruption prurigineuse. Il est plutôt floride, a très peur de moi, mais semble, par ailleurs, plutôt convivial. Il suscite l'admiration parentale devant ses progrès de langage, alors qu'il prend son temps sur le plan moteur, et une sorte de respect devant les souffrances qu'il endure... La maman a arrêté son travail pour l'élever « compte tenu de ses problèmes », et reste impossible à rassurer ; le père, présent à toutes les consultations, comprend l'angoisse maternelle et y participe, justifiant son dévouement total.

Qu'elle soit primaire ou secondaire, la composante relationnelle est souvent évidente. Le symptôme est vécu dans un contexte de drame et d'angoisse démesurée ce qui pose le problème de la réponse – ou de l'intolérance – au symptôme. On ressent du côté maternel ou parental une impression d'incompétence, parfois une transmission ou une répétition transgénérationnelle, un symptôme redouté au point d'en être inconsciemment programmé, apparemment induit. Il n'y a pas de plaisir interactif, une faille de la pulsion de vie maternelle ? Les angoisses des parents

59 «Le syndrome de Sandifer est un trouble du mouvement de type dystonie paroxystique survenant en association avec un reflux gastro-œsophagien, et dans certains cas, une hernie hiatale... Les mouvements dystoniques sont caractérisés par une posture anormale de la tête et du cou (torticolis) et par une courbure importante de la colonne vertébrale. Les épisodes durent généralement entre 1 et 3 minutes et peuvent survenir jusqu'à 10 fois par jour, bien qu'ils soient le plus souvent associés à l'ingestion de nourriture... La dystonie est clairement associée avec le reflux gastro-œsophagien mais le mécanisme physiopathologique n'est pas encore bien compris. Plusieurs études ont suggéré que la dystonie est un réflexe pathologique déclenché par la douleur abdominale liée au reflux gastro-œsophagien et à l'œsophagite... Le diagnostic du syndrome de Sandifer se fonde sur l'association d'un reflux gastro-œsophagien et de ce trouble du mouvement caractéristique.» (Extrait d'Orphanet)

sont souvent cantonnées dans le somatique, et il y a un véritable *défaut de mentalisation* des parents. Cela aboutit à une spirale interactive négative somatopsychique. *On pourrait dire qu'on se trouve en présence de la dyade ou de la triade devant une unité psychosomatique à traiter comme telle, le bébé exprimant à ses dépens par son symptôme ce que les parents mentalisent mal.*

Les parents de *Nina* sont traumatisés par l'histoire de leur fille aînée chez qui « les médecins ont mis 2 mois à trouver pourquoi elle pleurait »... en « se décidant enfin à faire une fibroscopie » qui a montré une œsogastrite (« on nous a menés en bateau en nous parlant de coliques »). Je vois *Nina* dès J9 car les parents ont noté une apnée, des régurgitations et un épisode de suffocation. Malgré un traitement anti-acide, les consultations en PMI et aux urgences se multiplient, avec cinq changements de lait, en raison d'un accroissement des pleurs et des remontées acides. *Nina* se raidit et refuse de s'alimenter. La colère et la tension sont extrêmes chez le père lors de notre deuxième entrevue à J29, il raconte toute l'histoire et les symptômes, sans laisser parler sa femme, en projetant totalement sur son bébé ses propres angoisses, et il me glisse en fin de consultation « on va éviter de la tabasser » (et je pense aux bébés secoués qui sont souvent des bébés qui pleurent trop). Là, le bébé a un RGO qui s'aggrave, va jusqu'au refus alimentaire, et le trauma empêche totalement les parents de mentaliser, de s'identifier au bébé et de la considérer comme sujet. Ils sont dans l'étau de l'angoisse et de la colère, dans les projections intrusives et violentes.

Un apport fondamental de D.W. Winnicott à la compréhension de ces dysfonctionnements interactifs est sa description, dans *La haine dans le contre-transfert* (1947), des 17 raisons qu'a la mère de haïr son bébé, notions reprises par F. Sirol dans *La haine pour le fœtus* (1999). Cette haine nécessaire généralement déniée par les parents peut refaire surface et faire pencher la balance du mauvais côté, ne permettant pas l'accès à la souplesse et l'équilibre de l'ambivalence naturelle. Elle est perceptible par le clinicien qui peut la sentir et la contenir sans la nommer.

*Cependant entre RGO, coliques, troubles du sommeil, le halo psychique et relationnel est différent, les angoisses parentales ne sont pas les mêmes. Dans le cas du RGO, les parents sont dans l'angoisse de mort, de suffocation, ou de dénutrition. Ce symptôme s'adresse à la mère nourricière (ou est reçu comme tel), met à mal la relation alimentaire et la compétence maternelle à avoir un bébé repu et heureux, et si l'on extrapole on pourrait dire qu'il y a chez la mère une angoisse inconsciente d'infanticide (terreur lors des repas, panique devant les symptômes ou extrême désespoir; la peur de laisser le bébé mourir de faim ou de le tuer en lui donnant un lait qui va le faire suffoquer ou auquel il serait allergique comme chez le petit François qui a fait un malaise après introduction d'un lait standard à 2 mois de vie).*

Devant des *coliques*, les parents parlent de la douleur qui semble intolérable, de l'angoisse d'une maladie sous-jacente ou d'une malformation qui auraient été ignorées. Le symptôme semble plus dirigé vers le couple parental, et les crises de pleurs du bébé monopolisent leur attention toute la soirée et les empêchent réellement de trouver le calme durant la première moitié de la nuit (« il souffre le martyr, on sait que ce n'est pas grave mais on n'arrive pas à calmer cette douleur, faites quelque chose »).

Les deux coexistent souvent.

Je comprends progressivement pourquoi les parents de *Maël* sont si inquiets et tendus. J'ai vu *Maël*, à partir de l'âge de 2 mois et demi, quatre fois, et ai reçu entre-temps des appels téléphoniques affolés de la maman. Sa pédiatre me fournit dans sa lettre des détails anamnestiques : il est né 15 mois après sa sœur, à terme, eutrophe, a été allaité quelques semaines (le père n'a pas « supporté » l'allaitement), a eu une brève hospitalisation à 3 semaines pour troubles respiratoires dus à un stridor, a un traitement anti-acide, est mis sous lait de riz épaissi à la *Maïzena* en raison de pleurs permanents (on incrimine des coliques). La famille est provisoirement logée chez les grands-parents maternels en raison de travaux à leur domicile, les relations mère/grand-mère maternelle sont tendues. Le père a perdu ses deux parents récemment de cancer. Lorsque je le vois, *Maël* a

le hoquet, est constipé, boit six à sept repas par 24 h, vomit en jet un à deux repas par jour, grossit et grandit très bien. Il ne dort pas plus de 20 min de suite le jour, est un peu plus calme la nuit. L'examen clinique est normal, et le bébé s'apaise et est plutôt souriant lors de la première consultation. La maman, qui me l'amène seule la première fois, ajoute dans l'histoire familiale qu'elle-même a eu une anorexie assez sévère à l'adolescence et a bénéficié d'une psychothérapie très longue. « L'alimentation, c'est toujours très compliqué avec mes enfants. » Elle me parle ensuite de la souffrance de son mari (perte de ses parents). Je rassure sur l'état de santé du bébé, mais les pleurs du bébé et l'angoisse vont aller croissant jusqu'à la troisième consultation pour s'améliorer enfin un peu à la quatrième, comme si la constellation familiale tentait toutes les pistes pour exprimer sa souffrance. À la deuxième consultation, *Maël* a une aggravation de son stridor, il ne boit pas plus de 60 mL et s'endort, il a des coliques et des gaz. À la troisième consultation, il boit du lait standard maternisé, pleure à nouveau énormément, non-stop de 15 h 30 à 20 h 30. Le père, présent pour la première fois, est très tendu et agressif à mon égard. Après une longue consultation où j'évoque avec empathie toutes les tensions et angoisses contagieuses dans la famille, je l'entends dire à sa femme « mais non, il a mal », en tenant son bébé dans les bras. (Je pense en moi-même *a posteriori* qu'il parle de lui-même à ce moment-là.) Puis la situation s'apaise un peu. À la quatrième consultation, bien que *Maël* soit assez inconfortable avec une rhinite, une recrudescence du stridor, des gaz, des réveils nocturnes, et plutôt plus « malade » que les fois précédentes, la mère venue seule m'explique qu'il pleure moins, que l'ambiance se détend, que son mari ne pouvait pas supporter la cohabitation avec ses parents qui sont maintenant partis en vacances en leur laissant leur maison, et que leur retour dans leur domicile est maintenant proche. Ici, RGO et stridor, coliques, épuisement et souffrance paternelle, tension interactive et conjugale, et antécédents de troubles alimentaires chez la mère. Il aura fallu que progressivement je prenne la mesure de leur souffrance physique et psychique par « strates » successives et que je la contienne.

J'insiste sur le fait que chacun joue sa partition, et que le bébé a son propre tempérament et son socle biologique car comme le dit L. Kreisler, « on déduira sinon toujours qu'il s'agit du symptôme de la mère ». Il rappelle que l'action de l'enfant sur sa mère est non moins importante que la réciproque. R. Debray insiste sur l'économie psychosomatique commune à la mère, au fœtus, et au nouveau-né, mais également sur les caractéristiques personnelles du bébé, le recours privilégié à la motricité et à l'action chez le bébé ayant des symptômes psychosomatiques, et à ses éprouvés en tout ou rien. Pour R. Debray (2009), « Le tableau typique d'excitation désorganisée, si frappant chez nombre de bébés atteints d'une symptomatologie psychosomatique précoce, réalise ce qui m'apparaît comme un arrêt de leur développement psychique. »<sup>60</sup>

Le symptôme survient à la rencontre entre un petit accrochage physique et l'angoisse, la dysharmonie relationnelle d'un moment de trouble. Se pose alors le problème de la réponse au symptôme.

Le petit *Richard*, 3 mois, a un reflux avec un accès de suffocation où il devient tout rouge et fait une brève apnée (situation qui est sans risque médical bien qu'impressionnante). La maman (médecin) prend son bébé la tête en bas, les pieds en l'air et traverse le jardin en courant et criant pendant que son mari appelle les pompiers.

Ce sont parfois simplement la tension et les larmes intérieures ou extérieures de la maman qui donne le biberon à son bébé : elle est sage-femme, vient me voir pour le troisième enfant, troisième « RGO », et si elle le redoutait, si les sœurs vont mieux, elle en est quand même désespérée et d'autant plus épuisée que c'est le numéro 3. Elle m'explique de façon très touchante et convaincante, en me regardant droit dans les yeux « vous ne vous rendez pas compte, ce que c'est horrible d'avoir un bébé qui reflue et n'est jamais bien au moment des repas, va vomir de toute façon... ».

## Troubles de l'acquisition des rythmes biologiques (maturation interactive)

*Comment comprendre la dimension interactive?*  
Nous proposons une compréhension dynamique des *troubles fonctionnels du bébé*, avec leur soubassement et leurs conséquences biologiques, selon l'axe de *troubles de l'acquisition des rythmes biologiques*.

La maturation des rythmes du bébé se fait au contact de ce que lui apporte sa mère, avec sa fonction contenant, sa fonction pare-excitante, ses propres rythmes biologiques et psychiques donc son *holding* et *handling* infiltrés de son inconscient, de ses affects et de sa pulsion de vie.

Dans un travail antérieur, nous avons développé en quoi le rythme est un axe central pour la compréhension des troubles fonctionnels du bébé (Missonnier, Boige, 2007).

### Registres de rythmes

*Il existe au moins quatre registres de rythmes biopsychiques selon le degré d'infiltration psychique, libidinale et le niveau d'interaction et d'intersubjectivité :*

- le rythme vital : battements cardiaques, EEG, digestif, respiratoire, etc. Il est strictement biologique, initialement non habité, désaffectivé. Ces rythmes automatiques constituent la « basse continue », continuité vitale du fœtus/bébé. Ils font partie de ce que P. Marty appelle la mosaïque première : une juxtaposition de fonctions biologiques ;
- le rythme automatique stéréotypé, qui est aussi le rythme de base du premier contenant psychique (rythmique et circulaire de G. Haag, 1986), est utilisé dans l'autosensorialité, pour expérimenter les limites sensorielles du soi, dans la vivance, auquel a recours l'enfant autiste ; utilisé à un niveau non pathologique comme autocalmant, canalisation tonicomotrice (par ex. : scander les tables de multiplication en se balançant) parfois pour une communication volontaire en deçà des instincts et désirs (voir description par D.H. Winnicott de sa patiente et lui, se balançant en rythme, lui tenant sa tête dans ses mains, 1969), il constitue certains aspects du *holding* ;

60 R. Debray, 2008, p. 171.

- le rythme de la mère agit sur le bébé par les interactions comportementales sous-tendues par les interactions affectives et fantasmatiques (et donc son inconscient), et en retour le bébé s'adapte (dialogue tonique de J. de Ajuriaguerra *et al.*, 1967). Cette interaction n'est pas délibérément programmée par la mère. Elle peut être réutilisée par l'enfant en autostimulation rythmique qui de autocalmante devient auto-érotique : exemple de la sucette (Missonnier, 2002);
- les échanges rythmiques délibérés : il s'agit d'un dialogue rythmique et éventuellement verbal, c'est l'accordage affectif de D. Stern (1997), la berceuse qui réalise des expériences de fusion/défusion; les deux (mère et bébé) participent et font chacun une partie du chemin. C'est le rythme d'excitation, sur le rythme basal avec les micro- et macro-rythmes de D. Marcelli (1992), l'écart et la surprise (la petite bête qui monte), le rythme dans le jeu, l'anticipation du jazz-man, le swing, la syncope. Ce rythme et ses écarts permettent la naissance à la vie psychique, la séparation, l'individuation, la subjectivation, dans une certaine ambivalence. Il est un recours *a posteriori* dans l'activité auto-érotique.

## Maturation des rythmes digestifs du bébé : du muscle lisse aux interactions

L'acquisition d'une rythmicité digestive souple et capable de modulations par le bébé dépend de la traversée de ces strates rythmiques.

### Les étapes physiologiques

On sait que la maturation des rythmes biologiques en particulier digestifs commence durant le 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse et s'accélère de façon remarquable à la naissance. Succion et mâchonnements fœtaux laissent place chez le nouveau-né humain à deux types de succion :

- nutritive : un mouvement par seconde d'écrasement de la tétine ou du mamelon;
- non nutritive : succion constituée de rafales, qui sont des mouvements de fréquence plus élevée, alternant avec des pauses.

Ces deux rythmes ont des circonstances différentes de déclenchement, à des stades de vigilance différents. Seul l'humain possède un mode de succion avec pauses (Lecanuet, 2002).

D'une extrémité à l'autre, le tube digestif est rythmé par une succession de pacemakers. La déglutition est observée dès 16 semaines de gestation en échographie. La succion-déglutition est efficace à 34 semaines. La motricité œsophagienne se développe en même temps que la succion et sa coordination progressive avec les mouvements péristaltiques œsophagiens. L'activité tonique du sphincter inférieur de l'œsophage existe déjà bien que faible chez le grand prématuré (30 semaines de gestation), mais la coordination avec la déglutition se fait avant et après la naissance. En aval, se trouve le pacemaker gastrique de rythme lent de 3/min, suivi au niveau de l'intestin grêle d'une activité périodique de jeûne appelée complexe myoélectrique migrant qui se propage dans le sens aboral, de fréquence de 12 à 20/min. Le côlon a une maturation plus tardive, et plusieurs rythmes de base. Le sphincter anal est fermé jusqu'à la naissance (s'ouvrant en cas de souffrance fœtale aiguë). C'est la coordination entre ces étages et ces pacemakers qui permet la propulsion normale du bol alimentaire dans le sens aboral.

Cette maturation digestive est sous l'influence du système nerveux central (neuropeptides centraux), des neuro-hormones périphériques et des nutriments : la maturation de la motricité intestinale est parallèle à la maturation électro-encéphalographique. Il existe une corrélation entre certaines phases de sommeil et une activité motrice intestinale de jeûne. La maturation des rythmes digestifs est retardée par toute maladie en particulier neurologique. L'adaptation postnatale nécessite une mise en fonction appropriée à la vie extra-utérine et le passage à un fonctionnement discontinu en fonction de l'alternance de tétées, de périodes de digestion et de jeûne.

On parle pour les troubles fonctionnels digestifs du bébé d'«immaturité», d'asynchronisme. Un apport alimentaire précoce chez le prématuré accélère le développement de la motricité intestinale et l'adaptation à la vie extra-utérine par libération de neuro-hormones locales. Le mode continu ou discontinu et le type d'alimentation (lait maternel ou préparation lactée, régime élémentaire ou semi-élémentaire, composition lipides-protéines-glucides) jouent également un rôle facilitateur.

## Dimension intersubjective de l'acquisition des rythmes : rythmes et développement psychosomatique du bébé

Alors que les travaux de recherche sont nombreux concernant l'influence des nutriments et du SNC sur la maturation postnatale des rythmes digestifs, il n'y a pas d'études concernant la dimension intersubjective de cette maturation et l'impact psychosomatique des interactions.

Notre hypothèse est qu'il existe déjà chez le fœtus une intersubjectivité dans le rythme, qui repose sur le rythme de base, basse continue constituée par le rythme du cœur de la mère, et les interactions fœto-maternelles. Ces dernières sont biologiques, proprioceptives (mécaniques), auditives, affectives et fantasmatiques, par voie humorale et sensorielle. Insistons sur le dialogue tonique du fœtus avec la paroi utérine et le rythme des contractions utérines lors de l'accouchement (cf. p. 47, et Mytnik, 2007). Après la naissance, la maturation se poursuit au contact des rythmes et des soins maternels, et particulièrement le nourrissage, et met en jeu la contenance maternelle (qui donne le rythme et continuité d'être), les interactions (*holding* et *handling*), le dialogue tonique (de Ajuriaguerra *et al.*, 1967) et le bercement.

Qu'est-ce qui se transmet avec le rythme, dans le registre infra-verbal ? Dans les bons cas, la libido, le plaisir, le sentiment de continuité d'être, et l'intégration psychosomatique. Pour D.W. Winnicott, c'est le *holding* avec sa dimension temporelle qui permet l'intégration psychosomatique durant la première année de vie et déjà avant la naissance. P. Marty suggère l'importance des rythmes maternels dans la hiérarchisation des fonctions biologiques et l'intégration, à partir de la fonction maternelle. Ceci a pour analogue l'accordage affectif décrit par D. Stern après la naissance et le rôle des micro- et macrorhythmes et de la surprise décrits par D. Marcelli.

*Par voie de contenance, de rythmes maternels d'interactions (holding et handling), il y aurait un étayage à l'envers des rythmes du bébé sur la fonction maternelle et l'inconscient maternel. Cette intégration prélude à la naissance à la vie psychique, la naissance de la représentation, ce qui permet d'évoquer une épigénèse interactive.*

Pensons aux bébés prématurés dont le 3<sup>e</sup> trimestre n'est pas vécu dans une situation d'interactions fœto-maternelles mais soignants et parents-bébé/fœtus dehors, période qui est plus ou moins tumultueuse et discontinue, selon les complications, et qui marque de façon variable l'évolution à court et long terme selon les capacités de contenance, et la pulsion de vie parentales.

Pourquoi une telle différence dans l'évolution de *Tristan* et de *Laura*, deux bébés prématurés que je suis ?

Tristan est né à 32 SA, pesant 1850 g. Il passe 1 mois et 9 jours en hospitalisation néonatale, sans incident médical sinon un épisode de diarrhée glairo-sanglante pour lequel il est mis sous un hydrolysate, et il grandit bien et grossit de 1 kg. Je le vois 5 jours après sa sortie car il dort très peu, boit mal, régurgite, a des gaz, pleure beaucoup et ne laisse pas plus d'une demi-heure de calme entre les biberons à ses parents. Apparemment, on a oublié d'expliquer aux parents que la sortie d'un bébé prématuré à la maison est souvent une période d'atterrissage et d'accordage difficile, peut-être parce que ce couple a déjà un fils aîné de 3 ans et demi qui est né au terme de 34 SA, n'a posé aucun problème, s'alimentait bien, a toujours été en avance dans son développement psychomoteur et relationnel, bref, il est très gratifiant. Lorsque je rencontre Tristan et sa mère, celle-ci est initialement très angoissée de l'évolution médicale, du nourrissage et des symptômes digestifs de Tristan. Malgré mes explications, et mes encouragements, alors que j'avais plutôt confiance dans l'amélioration possible de la situation, je revois plusieurs fois une mère ou des parents totalement sinistrés, qui déclarent qu'ils n'en peuvent plus, et que leur bébé « ne fait aucun progrès », que la seule chose qu'ils veulent, c'est dormir la nuit. Celui-ci, âgé de 3 mois 1 semaine lors de ma dernière consultation, soit 1 mois d'âge corrigé, a toujours un peu de RGO et de coliques, réclame toutes les 3 heures à boire, pleure de façon inexplicquée, un peu comme un nouveau-né. Il n'a pas de contact oculaire, pas de sourire réponse, ni de babillage, ce que la maman confirme. La mère ne cesse de le comparer à l'aîné qui a « fait ses nuits » très

vite et était très souriant... Elle ne parle jamais à son bébé, ne le regarde pas, c'est comme si « elle n'y croyait pas ». Je tente, sans succès, d'établir un contact avec Tristan, je donne quelques conseils pour les vacances d'été et prendrai contact avec une unité de soins psychiques parents-bébés à la rentrée. Madame est secrétaire et reprend son travail dans au moins six mois. Là, il s'agit d'une dépression parentale profonde, avec une mère et un père totalement déçus par le bébé.

Au contraire, pourrait-on dire, Laura est née à 30 semaines de gestation avec un poids de 850 g en raison d'une pré-éclampsie maternelle. Elle passe 2 mois en néonatalogie sans complication médicale, et sa maman arrive à tirer son lait et à la nourrir exclusivement, assez rapidement. Elle la met ensuite au sein, et lorsque je les rencontre, pour des difficultés digestives de Laura, la maman est mince, à peu près transparente tant elle me semble pâle, et elle forme avec Laura une véritable unité kangourou puisqu'elle la porte dans un sac ventral toute la journée et l'allaité à la demande. Laura grossit très bien, s'épanouit, passe progressivement à cinq puis quatre tétées. La maman reprend des couleurs. Elle a une fille aînée de 2 ans et demi qui va bien, est assistante maternelle de profession, en congé parental pour un an.

## La maturation psychosomatique en péril

Dans les situations périnatales à risque, les difficultés interactives mettent en péril cette maturation psychosomatique.

Si l'on considère que la maturation des rythmes biologiques est interactive pré- et postnatale, quel est l'impact psychosomatique des dysharmonies interactives ?

Énumérons les situations à risque rencontrées dans les consultations pédiatriques précoces<sup>61</sup> :

- prématurité
- grossesse pathologique
- accouchement traumatique

<sup>61</sup> Ces situations sont détaillées dans les chapitres 5-1, 5-2.

Les parents d'Aron (cf. p. 143), débordés, m'amènent un monstre hurlant qu'ils ne supportent plus, qui ne ferme pas l'œil de la nuit et est franchement hostile, grognon et un peu en retrait durant la consultation. La naissance d'Aron a été traumatique, alors qu'il n'y a pas eu de problème médical. « On m'a volé mon accouchement, et pourtant j'aime accoucher » dit la mère (c'est le quatrième). Alors qu'ils avaient choisi de retourner dans leur maternité habituelle pour un accouchement « en douceur » (« cool » disent-ils), le travail a été déclenché puis ralenti pour attendre l'obstétricien parti pour son sport dominical, puis il y a eu souffrance fœtale, extraction rapide; elle n'a pas eu son bébé sur le ventre, monsieur n'a pas pu couper le cordon comme c'était prévu...

- antécédents de grossesses antérieures pathologiques

La suite de l'histoire d'Aurèle (cf. p. 142), ou plutôt le début. Rassurée par ma prise en compte des symptômes de son bébé et ma proposition de programmer une fibroscopie (faite 5 jours plus tard, qui ne montrera que de petits signes indirects de RGO), madame me raconte que la grossesse d'Aurèle a été très suivie, car elle a eu un aîné décédé *in utero* à 8 mois de grossesse. Le deuxième garçon a 3 ans, est né à 8 mois d'un accouchement déclenché. Aurèle a été très suivi durant toute la grossesse pour une hypotrophie (fémur au 5<sup>e</sup> percentile), et est né à la suite d'un déclenchement de l'accouchement à 8 mois et demi de gestation, finalement avec un poids de naissance de 3000 g. J'exprime une certaine empathie et hasarde que cette angoisse compréhensible peut participer aux difficultés digestives d'Aurèle. Madame me répond « vous voulez dire que tout est de ma faute, alors là, ça me déprime ». Elle m'explique qu'elle n'a pas le temps de voir beaucoup Aurèle, qu'elle l'a confié à une nourrice qui le traite de « nerveux » et ne s'entend pas avec lui, qu'elle-même a repris son travail à J15 (profession libérale) et fait des travaux le week-end dans leur future maison. Elle lui trouve mauvais caractère, il demande trop les bras. Alors que je pense à une hyperactivité antidépressive, elle me dit qu'elle tient comme ça, « dans la famille on ne s'écoute pas. » L'évolution sera favorable en quelques consultations.

- séparation précoce
- isolement familial ou conjugal, conjugalité conflictuelle

Il y a le silence sépulcral qui accompagne l'entrée de *Théo* et sa mère, un certain âge, abattue, le bébé est peu expressif, a des troubles digestifs, pleure beaucoup. Elle m'explique : « Je m'en veux parce que j'ai eu deux enfants espacés de 15 mois, accident heureux compte tenu de mon âge, mais je ne l'ai pas assez désiré, cocoonné, j'ai mis quelques mois à m'apercevoir que j'étais enceinte et je trouvais ça trop tôt. – Et votre mari ? – Il ne s'occupe que de notre fille aînée dont il est devenu gâteux, ne me parle pratiquement pas, et n'a pas accepté *Théo*. » Cela sent la dépression, la jalousie paternelle, je lui dis et elle en convient à regret.

- dépression maternelle
- précarité sociale
- précarité psychique
- mère *borderline*

La mère de *Lise* est soignée pour une dépression sévère lorsqu'elle se « retrouve » enceinte de son troisième enfant. Sur un mode un peu maniaque, elle déclare qu'elle a fait un déni de grossesse, que son mari et elle n'en voulaient pas. *Lise* mange très peu, est dans une sorte d'avance relationnelle pour capter sa mère, quasiment un faux self. Madame me dit qu'elle ne sait pas quand sa fille a faim ou a assez mangé, et en sortant de ma consultation elle donne ce que j'appellerai le biberon catastrophique, la tête en bas, elle regardant ailleurs, et claironnant vous voyez comme elle boit mal...

- carence, discontinuité, défaut de pare-excitant maternel, sur-stimulation sur fond de traumatisme transgénérationnel..., *en sachant que toutes les variables existent dans la réaction à une situation donnée, prématurité, deuil, antécédent de mort périnatale, etc. selon le soutien familial, le socle narcissique parental, l'anticipation et le travail psychique possible.*

Les troubles psychosomatiques du bébé *seraient une maladie du rythme, de l'interaction et de la contenance* ?

## Dysrythmie et agitation digestive du bébé

Nous avons déjà évoqué la tension et les troubles de l'accordage observés chez des bébés dans des situations de RGO, certains refus alimentaires, des coliques, des pleurs inexplicables, une plainte pour constipation, des troubles du sommeil. Ce que l'on observe est une dysrythmie dans l'interaction comportementale (Boige, 2007). On sait que pour L. Kreisler, les critères d'une interaction satisfaisante sont la plénitude, la souplesse et la stabilité. On se trouve plutôt dans la sur-stimulation, la discontinuité, l'inadéquation, la paradoxalité ou le vide :

- discontinuité *versus* rythme de base, « basse continue » ;
- chaos *versus* rythme ;
- absence d'accordage, de phases de synchronisation, de dialogue rythmique ;
- rythme trop rapide, ou trop lent, saccadé, asynchrone ;
- rythme automatique sans modulations, non habité, d'une interaction vide, blanche.

L'arrivée de *Leslie* en consultation est incroyable. Cela débute par un coup de téléphone de la mère en pleurs, exigeant littéralement que je voie sa fille le jour même. « Nous avons déjà vu trois médecins et *Leslie* pleure tout le temps. » Puis madame, grande jeune femme sportive un peu frimeuse, comme si tout allait bien, entre avec sa propre mère en consultation, en secouant sa fille non-stop à un rythme rapide et saccadé ; *Leslie* hurle dès qu'elle arrête et ne se laisse pas consoler. Il n'y a aucun échange de regard entre la mère et son bébé. C'est une « *wonder woman* », directrice d'école. La grand-mère me dit : « Elle a toujours été nerveuse comme ça, elle a tout réussi à bout de bras. » Je me dis que ce comportement a quelque chose de post-traumatique, contre quoi lutte-t-elle : la dépression, l'effondrement ? Elle aurait pu être juste trop rapide, dynamique dans son rythme interactif, en fait elle est agitée, en souffrance.

Elle fait le ménage toute la journée, ou sort avec le landau. Je sens qu'il n'y a pas d'entente mère-fille, pas de contact et même quelque chose de négatif entre elles (cf. *infra*).

La mère de *Laëtitia* ne cesse de dire à sa fille d'une voix éteinte et lente « je suis là » dès que j'essaie d'entrer en contact avec sa fille qui pleure beaucoup : dépression blanche ?

Cette dysrythmie de l'interaction comportementale a ses correspondants dans l'interaction affective et fantasmatique. Le comportement met en scène des fantasmes contradictoires : difficulté de compréhension de l'état somatique et psychique du bébé, pessimisme, sensation d'incompétence, caractère inéluctable des difficultés et des symptômes, il n'y a pas de plaisir interactif, où est la pulsion de vie maternelle ? La mère ou les parents peuvent voir surgir ou resurgir des angoisses de mort, de séparation, des failles narcissiques, ou se manifester des conflits d'ambivalence, des phobies d'impulsion. Parfois l'ambivalence saine et naturelle n'est pas atteinte, remplacée par un conflit de parentalité, une attitude de rejet. Il y a chez le(s) parent(s), un défaut de mentalisation, un passage de l'angoisse dans le comportement qui reflète une interaction affective et fantasmatique pauvre ou paradoxale, discontinue, conflictuelle, parasitée d'angoisse et de dépression.

*Leslie* est née hypotrophe après une grossesse très suivie, sans diagnostic anténatal précis sur les causes du retard de croissance. La mère s'est effondrée à J3 lorsque la pédiatre de la maternité lui a dit « qu'on ne sait rien du pronostic de cette hypotrophie ». Elle décrit une impression d'étrangeté : « Je ne la reconnais pas, ce n'est pas ma fille; d'ailleurs je ne voulais pas une fille, car j'ai été une ado atroce pour ma mère. »

La mère de *Laëtitia* a quatre enfants, et l'aîné a 3 ans et demi lorsque *Laëtitia* naît ! Elle travaille auprès de jeunes enfants. Elle parle à sa fille d'un ton blanc mais elle est ailleurs, et avec moi, elle utilise des mots savants; elle est épuisée. S'étant mariée tard, elle a voulu avoir des enfants rapidement, et les a « programmés »

ainsi. Elle est dans la survie, entre les modes de garde des uns et des autres; elle me décrit son mari comme exceptionnel. Comment aider *Laëtitia* et sa mère sans analyser mon irritation et ma désapprobation du fait que cette dépression était prévisible, et qu'elles paient cher le planning infernal qu'elle s'est imposé dans un rêve de toute-puissance...

« Débarrassez-moi de ce reflux, il me faut une manométrie, une fibroscopie » me dit la mère de *Richard*, médecin, au téléphone. Celui-ci est un « enfant de remplacement » après un puîné décédé brutalement à 1 an, et n'est reconnu que dans ses symptômes et l'insatisfaction qu'ils engendrent.

La dysrythmie se transmet ou se co-crée entre mère et bébé.

Si dans les cas favorables, il y a transmission de plaisir, de continuité, intégration psychosomatique mais aussi écart, surprise et manque, dans les cas contraires, l'angoisse, la dépression, l'hyperactivité de la mère antidépressive ou opératoire, la surcharge d'excitation, les phobies d'impulsion vont s'inscrire dans le modelage psychosomatique du bébé, entraînant une escalade symptomatique et en retour une majoration de la souffrance interactive parentale avec la réponse au symptôme. Le bébé s'exprime avec son corps, a une non-acquisition ou une perte des rythmes et de l'intégration psyché-soma, se désorganise (cf. *supra* exemples de *Nina* et *Maël*).

Cette spirale interactive négative somatopsychique atteint un acmé qui mène à la consultation.

## Implications dans la compréhension des symptômes et la prise en charge

Notre première pensée va au bébé prématuré qui, malgré les efforts et avancées des équipes et des soins, doit subir des ruptures traumatiques ou dépressives dans l'investissement parental et dans sa propre pulsion de vie, avec des traumatismes physiques et psychiques.

Plus généralement, la prise en charge du bébé en souffrance précoce est un accueil du bébé dans sa globalité somatique et psychique, dans sa famille, et non celui d'un symptôme isolé à un temps donné. Nous proposons une vision dynamique globale interactive de la situation avec la prise en compte de l'importance du prénatal, de l'intrication biopsychique, de la dimension temporelle.

On ne soigne pas le bébé seul, mais on peut, à partir du symptôme, aborder le trouble interactif, l'interaction fantasmatique. Cette compréhension plurielle du symptôme permet, à travers l'élaboration d'une empathie pour les difficultés parentales, leur découragement et leurs mouvements négatifs, de travailler indirectement et directement sur la réponse au symptôme, avec confiance dans la réversibilité de la situation.

## 7.1. Les grossesses aux âges extrêmes

M. Blazy

### L'adolescente enceinte

La grossesse chez l'adolescente a suscité un grand intérêt ces quinze dernières années chez les professionnels (obstétriciens et sages-femmes, puis psychologues), les pouvoirs publics, les médias de toutes sortes, et même le cinéma, qui ont efficacement relayé la prise de conscience et l'inquiétude des premiers au grand public.

Il ne se passait pas un mois sans une émission aux heures de grande écoute, avec témoignages de très jeunes femmes, de dénouement heureux le plus souvent; le film *Juno* (sorti en France en 2008), traitant à la manière américaine, à la fois grave et légère, du problème de grossesse chez l'adolescente encore plus préoccupant là-bas que chez nous, et de celui de l'adoption du bébé était très bien servi par sa musique, ce qui lui a valu une bonne audience chez les jeunes.

Cette fascination, très nettement teintée de méfiance chez les soignants, s'explique d'après S. Missonnier (2009d) par :

- l'existence de deux êtres virtuels – le fœtus/bébé et l'adolescent tous deux virtuels car en pleine mutation créatrice – réunis en un seul corps. Voilà pour la fascination;
- un sentiment de rivalité et d'envie induit, chez les soignants en périnatalité – qui plus est ce sont des soignantes –, par cette renaissance narcissique que procure la grossesse, alors que la conception est et devrait rester une prérogative de l'adulte. Voilà pour la méfiance, la résistance des soignants, entravant trop souvent le néces-

saire accompagnement empathique et contenant de l'adolescente enceinte.

Les travaux ont été nombreux (Alvin, Marcelli, 2005; Courtecuisse, 1994; Deschamps, 1997; Nisand, 2004; Missonnier, 2008). Je citerai, pour y avoir participé, le rapport du professeur M. Uzan en 1998 sur *La prévention et la prise en charge des grossesses chez les adolescentes* qui fait un état des lieux et propose des pistes de solution pour chaque problème soulevé, pistes dont certaines ont été suivies par le gouvernement.

Globalement, on aboutit désormais peu ou prou à un consensus sur le sujet, même si on ne sait plus à qui on doit telle ou telle formule.

### Aspect épidémiologique

L'OMS définit l'adolescence comme une étape qui va de 10 à 19 ans, mais dans le langage courant, on parle de grossesses adolescentes chez les mineures.

Notons que l'âge moyen de la puberté est passé de 17 à 13 ans au cours du siècle dernier, alors même que, contrairement aux idées reçues, l'âge moyen au premier rapport a peu varié depuis les années 1970. Il était de 17,6 ans chez les filles, et de 17,2 ans chez les garçons en 2007 (enquêtes Inserm et Ined).

Pour y comprendre quelque chose, il faut d'emblée distinguer :

- le taux de naissances vivantes : rapport du nombre de naissances chez les adolescentes au nombre global des naissances tous âges confondus;

- le taux de grossesses : il comprend les grossesses qui vont donner une naissance, et les grossesses qui vont se terminer en IVG;
- le taux de fécondité : rapport du nombre de naissances vivantes chez les adolescentes au nombre total de jeunes femmes de cette tranche d'âge.

## Taux de fécondité

Il est de 20 pour 1000 en Europe (c'est-à-dire qu'il y a 20 naissances vivantes de mères adolescentes pour 1000 adolescentes), très inférieur à celui des États-Unis qui est de 50 pour 1000. Au sein même de la Communauté européenne, les variations du pourcentage d'adolescentes enceintes sont notables : entre 32 pour 1000 au Royaume-Uni et 4 pour 1000 aux Pays-Bas. En France, le dernier chiffre est de 6 pour 1000 (Bitouzé, 2000).

## Taux de grossesse

Ces dernières années en France, on observe chez les adolescentes une tendance à la baisse du nombre de grossesses, par l'utilisation de la contraception, ainsi que des naissances par le recours à l'IVG qui concerne trois grossesses adolescentes sur cinq. Les IVG chez les moins de 18 ans représentent 6,5 % de l'ensemble des IVG, le pourcentage le plus élevé se situant parmi les plus jeunes.<sup>62</sup>

Il est à noter que 40 à 60 % de ces grossesses d'adolescentes sont subies dans la violence intra- ou extrafamiliale (Bitouzé, 2000).

## Taux et nombre de naissances vivantes

C'est là le cœur de ce qui nous intéresse : le nombre de grossesses conçues et poursuivies quels qu'en soient les motifs et les motivations, conscients et inconscients, chez l'adolescente.

M. Uzan chiffre à 10 000 le nombre de bébés nés de mères adolescentes par an en France, ce qui représente 12,5 naissances sur mille de l'ensemble des naissances (chiffrées à 800 000 en 2008 par l'Inserm). Cela signifie que pour 1000 naissances dans la population tous âges confondus, 12,5 sont des bébés nés de mères adolescentes.

## Risque psychosocial de la grossesse « chez l'adolescente »

La grossesse de l'adolescente n'est pas à risque médical mais à risque psychosocial. P. Alvin expliquait que ce sont les facteurs sociaux défavorables qui peuvent entraîner des risques médicaux.

En ce qui concerne le risque médical en France, je ne ferai même pas la distinction, pour ma part, entre la grossesse chez les moins de 15 ans et chez les plus de 15 ans comme il est fait dans certaines publications. En effet, j'ai remarqué que notre mère Nature ne permettait tout simplement pas de grossesse chez les toutes jeunes filles dont le corps ne pouvait porter un fœtus. La jeune fille/jeune femme (notre trouble apparaît déjà dans le vocabulaire : on ne sait pas comment les appeler) enceinte la plus jeune que j'aie connue avait 12 ans. Venue des Antilles, accompagnée de sa mère, elle allait accoucher dans l'anonymat. Elle mesurait 1,70 m, de constitution robuste, on ne pouvait imaginer, à la voir, qu'elle n'avait que 12 ans; son psychisme, par contre, était bien en rapport avec son âge civil, ainsi que son âge scolaire puisque nous lui avons fait donner des cours de 5<sup>e</sup>.

La grossesse n'a donc aucune raison de mal se passer d'autant que ces jeunes femmes sont en bonne santé et que leur jeune âge les protège de certaines pathologies au contraire de leurs consœurs autour de la quarantaine. De même, l'accouchement se fait majoritairement par voie basse avec un taux particulièrement faible de césariennes; le poids des nouveau-nés est sensiblement le même que dans la population générale, les chiffres s'inscrivant ici en faux contre la croyance qui voudrait que ces utérus soient trop petits pour laisser se développer un fœtus de poids normal.

Par contre, le taux d'accouchement prématuré (avant 37 SA) est de 11 % *versus* 5,9 % dans la population générale (rapport de M. Uzan); or, ce taux de prématurité de 11 % est proche de celui de la population socialement défavorisée qui se situe aux abords des 13 %. Les adolescentes enceintes sont aussi plus anémiées et leurs nouveau-nés plus souvent admis en néonatalogie. Tous ces signes sont les conséquences du suivi médical tardif voire absent de la grossesse, de l'isolement parfois extrême dans laquelle cette grossesse est le plus souvent vécue, voire du déni ou de la dénégation

62 A. Debourg : communication orale.

qui sont à l'œuvre, enfin, de la précarité sociale des familles de ces toutes jeunes.

Je vais revenir sur tous ces facteurs de vulnérabilité médicale de la grossesse chez l'adolescente, qui sont aussi des facteurs de vulnérabilité du lien mère-enfant et de vulnérabilité psychique pour cette jeune qui passe en quelques mois de l'enfance à l'âge adulte, sans avoir le temps de mûrir le processus de bouleversement psychique propre à l'adolescence auquel se superpose, ou se substitue, le processus de bouleversement psychique propre à la grossesse. On parle d'adolescence avortée.

De plus, l'adolescente enceinte perd sa référence au groupe du même âge dont on sait l'importance de l'esprit grégaire, ne serait-ce que par l'aspect vestimentaire. Cette perte de référence au groupe accroît encore l'isolement et la marginalisation. En bref, la grossesse chez l'adolescente n'est pas une maladie, mais elle peut le devenir si on n'y prend pas garde.

## Pourquoi un suivi médical tardif ?

En moyenne, les grossesses chez les adolescentes sont suivies à partir de 6 mois ; 5 à 10 % ne se dévoilent qu'à l'accouchement selon A. Debourg. Elles représentent 12 % de l'ensemble des déclarations tardives et, comme on l'a vu plus haut, 1,25 % de l'ensemble des grossesses : les mineures déclarent donc tardivement leur grossesse 10 fois plus souvent que la population de femmes enceintes tous âges confondus.

*Premier cas de figure, la jeune fille se sait enceinte.* Elle est terrorisée – parfois à juste titre, mais en fait le plus souvent à tort – des conséquences de cette révélation à son entourage. Elle vit le début de cette grossesse cachée dans une grande solitude, dans la culpabilité, l'ambivalence, la détresse. Elle peut aller jusqu'à la dissimulation et/ou le recours à la pensée magique à bien distinguer de la (dé)négaration et du déni inconscients développés dans le chapitre 5.3. Parfois un viol et/ou un inceste à l'origine de la conception viennent complexifier encore la conflictualité psychique.

*Deuxième cas de figure, l'adolescente ne se sait pas enceinte.* Son corps en pleine transformation lui est encore étranger dans son fonctionnement ; ses

règles sont encore irrégulières, elle peut avoir de petites pertes de sang qu'elle prend pour des règles ; elle a pris peu de poids et « ça » ne se voit pas ; elle dissocie sexualité et reproduction. Ces éléments vont servir de substrat à un possible déni de grossesse, phénomène inconscient, qui n'est pas l'apanage de l'adolescente, loin de là. S'il n'est pas le plus fréquent, le déni de grossesse existe bel et bien ; et de plus, il est contagieux : la famille ne voit rien, ne veut rien voir ; même chose pour le médecin de famille quand il est consulté, tant il est vrai que les parents ont du mal avec la sexualité de leurs enfants et la société – représentée ici par le médecin de famille – avec la capacité de reproduction des plus jeunes. Le corps joue alors le jeu du déni, comme l'explique si bien I. Nisand dans les médias lors du procès Courjault (Marinopoulos, Nisand, 2011).

Le déni est là aussi avantageux en cas de grossesse conçue dans la violence. Il est très frappant de voir que certaines grossesses issues d'un viol, pour lequel une plainte a été déposée et qui sont de découverte tardive, ont une date de début variable jusqu'à parfois un mois : le diagnostic tardif de grossesse empêche une datation précise par l'échographie. On imaginerait que la femme se souvienne de la date de son viol, mais il est englobé dans son déni ; ou plutôt la grossesse conséquente est englobée dans le déni du traumatisme.

Il n'est pas toujours aisé de faire la différence entre déni et dénégation, d'autant que les deux peuvent cohabiter alternativement. Lors de l'interrogatoire précédant tout examen médical, on peut schématiquement distinguer deux situations, chacune à une extrémité du curseur :

- la jeune fille se doutait bien qu'elle était enceinte. Elle avait bien vu une anomalie dans ses règles, des nausées l'avaient alertée ; parfois elle a même effectué un test de grossesse. Mais sa crainte, son sentiment de toute-puissance, son désir d'y échapper par la pensée magique, le « pas vu, pas pris », lui ont fait refouler l'idée activement, jusqu'à ce que la réalité la rattrape : sa mère s'en aperçoit, ou elle finit par consulter, ou encore arrive à se faire aider par une amie... C'est la dénégation ;
- au contraire, dans le déni, on sent à quel point c'est l'annonce de la grossesse par l'extérieur qui a

été traumatique : la jeune est « tombée de l'armoire » lorsqu'elle a consulté à 6 mois pour des douleurs abdominales mises sur le compte d'un excès de cerises, ou encore quand elle est venue aux urgences pour suspicion d'occlusion intestinale et s'est retrouvée en salle d'accouchement...

Il me semble rencontrer des dénis de grossesse à tous les âges de maternité, alors que la dénégation paraît plus spécifique de l'adolescence.

## **Qui sont ces adolescentes enceintes et pourquoi sont-elles enceintes ?**

L'expérience prouve que les cas de figure sont multiples et méritent d'être différenciés.

On note cependant d'emblée l'absence de profil psychopathologique.

### **Les « bébé-couples »**

La très jeune femme mariée ou vivant en couple est le plus souvent issue d'un pays où le mariage est culturellement précoce. La grossesse est désirée par le couple. Les travailleurs sociaux et acteurs de santé sont parfois inquiets du fait de l'âge très jeune de la future maman, mais ce sont là des grossesses, des suites de couches avec allaitement, des relations mère-bébé qui se passent aussi bien que chez les plus âgées, à condition que le couple et l'entourage familial sachent se conformer à leurs valeurs et coutumes traditionnelles sans être trop bousculés, voire « pollués » par notre savoir occidental. Je pense ici au portage, au bain et au massage qui provoquent facilement chez les professionnelles non habituées, et surtout quand la mère est mineure, de doctes recommandations sur les soins de puériculture nécessaires, indispensables, incontournables, disqualifiant par là même une toute jeune maman au savoir ancestral.

### **La jeune collégienne ou lycéenne vivant chez ses parents et dont la grossesse est accidentelle**

Erreur ou retard à la contraception, la grossesse est annoncée tôt ou tard aux parents. Selon l'histoire, le milieu, les difficultés, la culture, l'éducation, les antécédents et les résonances propres que vient provoquer cette grossesse inattendue, la réaction est

singulière à chaque famille, allant de la prise en charge pour une IVG en France, ou à l'étranger quand le délai est dépassé, au rejet avec renvoi du domicile familial en passant par l'accompagnement ou la pression pour un accouchement anonyme, ou encore l'accueil du nouveau-né dans la famille.

Tous les niveaux sociaux sont représentés dans ce cas de figure.

Plus de la moitié de ces grossesses seront avortées, d'autant plus que la fille est plus jeune et qu'elle appartient à un niveau social élevé.

Il s'agit vraisemblablement pour elle de tester sa capacité à procréer lors d'une première grossesse, ou d'être à nouveau enceinte après une IVG mal métabolisée.

Le plus souvent il n'existe pas de couple, encore moins de projet parental. Si couple il y a, c'est celui de l'adolescente avec sa propre mère (Dadoorian, 2005) dans un désir de régression à la symbiose de la première enfance. M. Bydlowski (1992) voit dans la grossesse adolescente, une réactivation de l'attachement à la mère des premiers soins, un appel à la mère archaïque.

La difficulté, alors, est de bien veiller à donner à l'adolescente les moyens (par des consultations obstétricales ou entretiens « psy » individuels et rapprochés) de faire son propre choix et pas celui de sa famille, car dans ce dernier cas, on risque une nouvelle grossesse peu de temps après une IVG ou un abandon, ou encore un bébé « rapté » par la grand-mère. En effet, cette grossesse permet à la GMM (grand-mère maternelle) de vivre encore une fois son désir de plénitude narcissique, de réparation de ses propres carences affectives lorsqu'elle n'est pas elle-même enceinte au même moment.

Le plus souvent, la figure masculine est ici absente.

### **L'adolescente en détresse, en rupture avec sa famille et le système scolaire**

Parfois la grossesse a été désirée, sous forme d'un passage à l'acte, mais le cas le plus fréquent est la grossesse dite accidentelle, ce qui revient au même, finalement. En effet, l'absence ou l'erreur de contraception n'est qu'un prétexte; comme D. Dadoorian, je pense que le lien de cause à effet entre les grossesses adolescentes et le manque d'information est réducteur d'un phénomène bien

plus complexe. D. Dadoorian explique comment la mise en acte est un mécanisme très fréquent à l'adolescence, lorsque les conflits internes ne peuvent être élaborés; la grossesse peut servir à combler un vide relationnel et affectif.

Par contre, dans ce cas, la grossesse est conservée avec âpreté contre l'avis, voire la pression, du petit copain et des parents. On sent qu'il s'agit là, pour cette jeune fille/femme, d'une forme de revendication pour exister.

Exister, c'est avoir un *statut social* (Deschamps, 1997), une reconnaissance marquée par des allocations, une valorisation dans une société où la maternité est bien vue, une protection, des regards bienveillants et des égards auxquels elle n'a pas été habituée. C'est « fabriquer quelque chose de beau ». C'est « avoir une occupation ».

Nombre d'entre elles paraissent trouver une *identité sexuelle* grâce à la maternité, comme s'il y avait là un rite initiatique pour accéder à la femme adulte et autonome avec, en même temps, des mouvements régressifs d'identification à leur propre mère. Loin des discours féministes, elles passeraient par la maternité pour gagner leur identité féminine.

Ou bien, comme le propose V. Bitouzé, au contraire, la grossesse serait un acte non sexué qui mettrait l'adolescente à l'abri de toute approche sexuelle; être mère pour éviter d'être femme ?

C'est aussi exister aux yeux de sa famille et *se sentir davantage aimée* : « Ça y est ! Je suis enfin devenue quelqu'un pour eux ! Depuis que j'ai accouché. Je le vois dans leur regard... » me disait une accouchée de 16 ans à la visite dernièrement. La déconvenue est rapide, malheureusement, car c'est le bébé qui va monopoliser l'intérêt (dans tous les sens du terme) de la famille et non la reconnaissance et l'acceptation de leur moi adulte. La jeune mère sera à nouveau évincée dans une quête affective éperdue; le risque est alors grand qu'elle n'entre en rivalité avec son enfant.

La grossesse peut également être envisagée comme la *transgression* d'un interdit conceptionnel édicté par l'adulte à l'encontre de l'adolescent (Missonnier, 2009d). Les jeunes gens ont accès à la contraception, d'accord, mais faire des bébés, c'est nous ! Ce passage à l'acte transgressif représenté par une grossesse chez l'adolescente, révélerait un conflit vis-à-vis de l'autorité adulte.

Enfin, il se peut que, pour celle qui n'espère plus grand-chose de son entourage, elle mise fermement sur ce futur bébé pour se constituer sa famille à elle, puisqu'elle n'a jamais eu ce qui s'appelle une famille, dans un idéal qui ressemble plus à « *quelqu'un qui va m'aimer* » que quelqu'un à aimer. J'avoue avoir pensé rêveusement, en les voyant enroulées autour de leur ventre, caressant leur fœtus au travers de leur utérus en serrant une peluche de l'autre bras, ou en suçant leur pouce, qu'un petit animal domestique, chien ou chat, qu'elles auraient choyé pendant leur enfance aurait efficacement et avantageusement fait l'affaire... Je m'explique : je fais l'hypothèse que grandir avec un animal confident qui vous aime indéfectuellement, gratuitement et qui est aimé en retour éviterait bien des grossesses prématurées et bien des désillusions, car si l'animal domestique a pour vocation de rester dans la maison – parfois même après le départ de l'adolescent devenu adulte –, le bébé est un animal indomptable qui va n'avoir de cesse de grandir pour être autonome et partir !

Ces futures jeunes mères sont issues de familles nombreuses (80 %), désunies ou dont l'un des parents au moins est décédé, de faible niveau socio-économique et culturel. La plupart sont célibataires (70 %), et parmi celles qui sont en couple, une grosse majorité (75 %) se sépareront du père de leur enfant dans les 5 ans.<sup>63</sup>

Elles ont arrêté l'école, sont sans emploi, sans occupation, ont souvent été placées à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) dans leur enfance, peuvent l'être encore au moment de leur maternité, sont parfois suivies par un juge pour enfants. Leur vie a été chaotique, ballottées qu'elles ont été entre leur propre famille et des familles d'accueil (avec tous les conflits de loyauté engendrés) ainsi que des institutions; une vie sans continuité affective, mais aussi sans stratégie de formation, sans fil rouge en quelque sorte. Sans compter qu'elles ont dans leur sac à dos quelques générations d'ancêtres aux difficultés similaires, une mère enceinte au même âge et aussi, souvent, en même temps qu'elles aujourd'hui. Parfois des conduites à risque, des addictions ont émaillé leur parcours et les premiers mois de la grossesse quand celle-ci est découverte tardivement. Par contre, une fois la

63 A. Debourg : communication orale.

grossesse diagnostiquée et investie, elles réduisent considérablement leur consommation, semblant, à cet égard, plus raisonnables que leurs aînées enceintes aux prises avec une addiction.

## **L'aspect juridique : une spécificité de la maternité adolescente**

L'adolescente reste sous la tutelle de ses parents jusqu'à sa majorité ou son émancipation. À l'âge de 15 ans, elle peut disposer librement de son corps. Son partenaire n'encourt de sanction pénale que dans deux cas : relation incestueuse avec un parent ou mis en position de parent et, s'il est majeur, détournement de mineure, même sans violence. Les mineures étrangères isolées sur le sol français sont placées par un juge pour enfants sous la responsabilité de l'ASE.

Par contre, la mère mineure exerce de plein droit l'autorité parentale sur son enfant. Le fait d'avoir donné la vie ne l'émancipe pas, contrairement à son mariage.

On aboutit donc facilement à des situations complexes et ambiguës dans lesquelles la mineure non mariée dispose de l'autorité parentale sur son bébé, tout en restant sous l'autorité de ses propres parents (ou du juge pour enfants). Quand il existe un couple parental mineur et non marié, avec deux couples de grands-parents, autour d'un nouveau-né, mieux vaut une équipe de professionnels de la petite enfance soudée, contenant et supervisée, afin que le bébé ne soit pas l'otage de tiraillements majeurs.

## **Quelles sont les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces adolescentes enceintes ?**

On a vu plus haut trois cas de figure bien différents, même si le jeune âge en est le point commun. Le plus important est de s'adapter à chacune des situations, de faire du « sur mesure ». Écouter, observer, être curieux de l'autre, prendre son temps éviteront de plaquer une conduite à tenir en cas de grossesse chez l'adolescente en faisant un amalgame. On ne peut pas accompagner les premières relations mère-bébé de la même façon

selon que la mère de 16 ans est mariée avec un homme de même culture avec un projet parental commun, ou qu'elle est issue d'une famille en grande difficulté.

S'adapter au projet, qui peut évoluer au fil de la grossesse et des premiers mois du bébé : garder le bébé ou le faire adopter, accoucher anonymement ou non, aller en centre maternel ou en famille d'accueil, ou retourner chez ses parents, ou encore vivre en couple, et dans ce cas chez les parents ou les « beaux-parents » ? Le choix initial de la jeune femme n'est pas forcément possible dans la réalité, et cette déception-là aussi doit être accompagnée. Je pense à une jeune femme de 17 ans qui espérait renouer des relations avec sa mère grâce à son bébé et nous soutenait pour mieux y croire que sa mère les accueillerait tous les deux chez elle. Or, au cours d'un entretien, la mère de l'adolescente lui a affirmé devant nous qu'il n'en était pas question, ce qui a été d'une grande violence pour cette adolescente... et le début d'un vrai travail avec la psychologue.

Pendant la grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité est au moins aussi importante que pour les aînées afin de faire tout le travail d'anticipation de l'accouchement et de l'accueil d'un véritable nouveau-né. Mais dans mon expérience, cette préparation a du mal à se faire en séances collectives. L'adolescente a peur de l'accouchement et elle préfère repousser le problème le plus tard possible... jusqu'à l'accouchement. Des entretiens individuels avec la sage-femme, ou bien avec des jeunes du même âge seraient préférables, en laissant venir les questions, en y allant par petites touches en utilisant le contre-transfert des soignantes.

C'est pendant ce temps qu'on pourra aborder le sujet de l'allaitement (le plus souvent artificiel chez l'adolescente), et la contraception ultérieure.

Comme on l'a vu plus haut, la grossesse chez l'adolescente, à partir du moment où elle est suivie, ne présente pas plus de risque médical que les autres. Par contre, parce qu'elle est adolescente, la jeune femme va avoir du mal à accepter les conseils qui vont limiter sa liberté et qu'elle va facilement interpréter comme un abus de pouvoir de la part de l'adulte. Les conseils alimentaires (limiter les sucreries, les hamburgers) pour ne pas prendre trop de poids et apporter les nutriments essentiels au fœtus, se reposer quand il y a une modification du col utérin et menace d'accouchement prématuré

sont accueillis avec scepticisme tant l'adolescente se sent toute puissante, « pas malade » et qu'il ne peut rien lui arriver : « Même pas peur ! »

D'où l'importance du premier contact où on doit « accrocher » quelque chose. La bienveillance, le respect de la patiente en tant que sujet, les explications claires, la fermeté sans excès de complaisance me paraissent des clés importantes pour cette « accroche » de l'adolescente. En résumé, il faut offrir une préoccupation maternelle *sans* se prendre pour leur mère. Il s'agit d'une prise en charge difficile qui ne permet pas le moindre écart sans qu'elles ne nous sanctionnent avec souvent beaucoup de justesse.

### **L'importance de l'étayage interdisciplinaire afin d'éviter la distorsion du lien mère–enfant et le risque de maltraitance**

En ce qui concerne le lien au bébé, il peut ne poser aucun problème particulier. Certaines difficultés peuvent cependant apparaître après la phase d'émerveillement : le bébé est perçu comme une poupée, un empêcheur de s'amuser, un petit frère, un rival, un persécuteur...

Tous les auteurs notent alors l'importance de l'étayage pluridisciplinaire, quand il ne peut pas être familial, ou en complément de l'aide familiale, pour éviter les risques de ces maternités adolescentes qui sont :

- des grossesses peu ou non suivies pouvant être responsables de risques médicaux ou de situations d'urgence ;
- la négligence avec une fréquence accrue des hospitalisations et ré-hospitalisations du bébé pour faible prise de poids, infection ;
- la maltraitance, pouvant aller jusqu'à l'infanticide (surtout juste après l'accouchement quand il a lieu dans la solitude et la terreur). La mortalité précoce par maltraitance et par infection est multipliée par cinq chez les adolescentes (Uzan, 1998) ;
- la mort subite du nouveau-né, qui semble plus fréquente quand les mères sont adolescentes.

Par chance, la société française a développé des moyens (centres maternels pour mères adolescentes, familles d'accueil mère adolescente et bébé, PMI, éducateurs) d'aider ces toutes jeunes

mères afin qu'elles soient moins isolées et que leur maternité ne les empêche pas de faire une formation ; on peut cependant regretter que ces places spécifiques dédiées aux mineures soient trop peu nombreuses. Ce passage est même parfois l'occasion de remettre le pied à l'étrier et, pendant que le bébé est gardé en crèche, d'apprendre un métier. Ce peut être aussi le moyen de poursuivre le mouvement d'autonomisation par rapport à la famille, initialisé par le passage à l'acte de la grossesse.

Les professionnels de la petite enfance repéreront et valoriseront les compétences maternelles pour étayer la relation de la dyade après s'être délestés de cette méfiance empreinte de rivalité et d'envie dont parle S. Missonnier, si possible en supervision d'équipe. On sent bien que l'enjeu est important dans ces situations où la mère est fragilisée par son jeune âge et par les circonstances mêmes qui l'ont amenée à la maternité. Un manque de soin et d'attention de notre part peut aboutir à une psychopathologie là où il n'y en avait pas au départ.

### **Conclusion**

La grossesse chez l'adolescente est une *grossesse à risques* psychosociaux aux éventuelles conséquences médicales.

Elle nécessite donc un accompagnement à la fois pré- et postnatal, avec une continuité entre ces deux périodes, par une équipe pluridisciplinaire (quand la famille n'est pas suffisante ou carrément pathologique) ; cette équipe s'occupe à la fois du projet social, conjugal, familial, éducatif ; du bien-être de la jeune femme et de son bébé ; de la bonne évolution du lien mère–bébé dans la durée. C'est la condition d'un bon pronostic à ces maternités adolescentes, avec diminution des risques médicaux, de la morbidité et mortalité périnatale, des placements pour négligence ou maltraitance de l'enfant, des désinsertions sociales maternelles par abandon de la scolarité.

### **Les grossesses tardives**

La définition n'est pas univoque : après 35 ans pour les Anglo-Saxons, après 40 ans chez nous, ce qui donne des chiffres difficilement comparables. Il est certain que pour l'obstétricien, tout se complique à partir de 35 ans, mais les grossesses entre

35 et 40 ans sont si nombreuses qu'on n'en parle même plus. D'ailleurs, les grossesses tardives n'ont pas de traitement spécifique dans les traités d'obstétrique de 1995 (sous la direction de E. Papiernik) ou de 2005 (sous la direction de D. Chabrol) que je compulse habituellement avant d'écrire. Il s'agit avant tout d'un phénomène de société dont les conséquences obstétricales trouvent place dans chaque chapitre au niveau des complications.

## La grossesse après 40 ans

La grossesse après 40 ans a existé de tout temps. Sans remonter à la Bible, il y a deux générations, il y avait des petits derniers, pas vraiment désirés, qui venaient compléter une famille nombreuse.

La contraception a changé la donne, ainsi que l'IVG, l'émancipation de la femme qui a travaillé, y a pris goût, a eu tendance à privilégier sa carrière. Le nombre d'enfants par femme diminue, mais ce sont des enfants désirés et on choisit le moment pour les avoir et l'homme avec qui on les a. C'est ainsi que l'âge moyen de la maternité recule chaque année pour atteindre 30,0 ans en 2009 (Ined, 2010<sup>64</sup>). L'âge moyen recule, ce qui signifie que l'âge moyen au premier enfant recule aussi pour approcher de 30 ans. Pour certaines, l'âge pour le premier enfant sera près de 40 ans. Pour d'autres quadragénaires, le divorce, la rencontre d'un nouveau conjoint, la recomposition de la famille sera la motivation pour sceller le nouveau couple autour d'un enfant commun.

## Les chiffres

Les naissances de mères de plus de 40 ans représentent 4 % des naissances en France, soit 32 000 enfants contre 8 000 il y a 20 ans.

## Les risques

Tous les risques sont plus fréquents à partir de cet âge :

- les fausses couches spontanées précoces : 33,8 % à 40 ans, 11,7 % à 30–34 ans ;
- le risque de malformations fœtales : à 25 ans, le risque d'être enceinte d'un enfant trisomique

est de 1/900, à 35 ans il est de 1/380, et de 1/28 à 45 ans ;

- l'hypertension artérielle (× 10), le diabète gestationnel (× 20), la fatigue, les fibromes, les accouchements hémorragiques, les césariennes (50 % chez les primipares de plus de 40 ans), la mortalité maternelle (8/100 000 à 25 ans, 209/100 000 après 45 ans) ;
- la prématurité (× 2), la mort fœtale *in utero* (× 2) ;
- à cela s'ajoutent les risques des grossesses multiples (*cf.* p. 92), plus fréquentes spontanément à cet âge et, par ailleurs, souvent déclenchées par l'induction de l'ovulation également plus fréquente à cet âge où il ne faut pas perdre de temps.

*Mais le principal risque à vouloir être enceinte après 40 ans est de ne pas y arriver!* (Belaïsch-Allart, 2005.) En effet, un tiers (35 %) des quadragénaires n'arrivera jamais à être enceinte malgré les techniques d'aide à la procréation, contre 5 % des trentenaires. Autrement dit, vers 20 ans, une femme a une chance sur quatre de concevoir lors de chaque cycle, une femme après 40 ans a une chance par an... Le fait d'avoir toujours ses règles (jusqu'à la ménopause vers 50 ans) ne signifie pas qu'on est fertile : ce n'est pas l'utérus qui vieillit, ce sont les ovaires. Et plus on dépasse les 40 ans, plus il est fréquemment nécessaire de faire appel à un don d'ovocyte, ce qui est plus difficile en France que dans certains pays étrangers. (En France, le don d'ovocytes est autorisé, gratuit, mais peu d'ovocytes sont disponibles.)

Les primipares de plus de 40 ans qui sont en augmentation correspondent à des femmes d'origine française, célibataires, et de haut niveau socio-économique ; dans plus de 20 % des cas, elles ont bénéficié des traitements de la stérilité (Pons, 1996).

*D'autres obstétriciens sont plus optimistes* (Tournaire, 2005) :

- à la question des risques, ils répondent surveillance obstétricale accrue, mener une vie saine, se reposer, diminuer l'activité professionnelle. Une consultation pour bilan de santé avant le début de la grossesse semble bienvenue. J'y ajouterais une mammographie, surtout s'il y a eu induction de l'ovulation ;

64 *Cf.* article de G. Pinson, *Population et société*, mars 2010, n° 465.

- à la question des anomalies chromosomiques, ils répondent amniocentèse et IMG;
- à la question de la baisse de fertilité, ils répondent PMA, don d'ovocytes.

Et le tour est joué pour les femmes motivées qui, pour des raisons qui leur sont propres, n'ont pas pu avoir d'enfants avant, ou pas tous les enfants qu'elles désiraient. Il semble cependant hautement souhaitable de ne pas trop banaliser ce qui devient fréquent, et de prévoir l'accompagnement périnatal avec PMI, « psy », sage-femme...

Ainsi, dans notre service est hospitalisée une femme de 52 ans attendant des jumeaux. De niveau modeste, femme de ménage, elle a eu une vie difficile, y compris sur le plan conjugal. Ces dix dernières années, se retrouvant seule et n'ayant jamais eu d'enfant, elle a économisé tout son argent pour partir en Inde (très peu regardante sur des valeurs éthiques qui sont les nôtres) afin de bénéficier d'une FIV avec don de sperme et don d'ovocytes. Enceinte de quadruplés, il n'y a plus que des triplés quand elle rentre en France où elle accepte la réduction embryonnaire, passant de trois à deux embryons. Sa grossesse de 27 SA se passe bien; nous la surveillons de façon hebdomadaire. Elle attend des jumelles. Usée par la vie, elle ressemble plutôt à une grand-mère, mais elle rayonne... La fin de la grossesse s'est passée sans encombre au prix d'une surveillance quotidienne et de l'hospitalisation en niveau III à 37 SA; une césarienne à 38 SA 1/2 a donné naissance à deux fillettes de poids normal; elles sont revenues toutes les trois dans le service pendant 2 mois pour que la maman, qui a été très fatiguée après la naissance, puisse s'organiser, se reposer, et que nous mettions en place un relais avec crèche et PMI.

Plus banale comme situation, celle de cette patiente de 42 ans qui vient me consulter parce qu'elle souhaite un premier enfant. Elle est institutrice et vient de se marier avec un homme qu'elle a rencontré « malheureusement un peu trop tard », qui n'a pas d'enfant non plus. Elle a d'abord fait une fausse couche, puis a été enceinte à nouveau; l'amniocentèse était normale; elle a accouché d'une jolie petite fille. Elle est enceinte de son deuxième depuis peu.

## La grossesse après 50 ans

Tout semble toujours possible, le cas de ma patiente de 52 ans le prouve. Des cas sont racontés régulièrement dans les médias. Le record actuel semble être une Indienne qui, à l'âge de 70 ans, a donné naissance à des jumeaux en 2008.

On a cru remédier à l'injustice de la fameuse horloge biologique grâce à la PMA, mais ce n'est pas une « baguette magique qui marche à tous les coups ».

Par ailleurs, éternelle question à laquelle je me garderai bien de répondre : ce qui est possible grâce à la technique est-il souhaitable? À grande échelle? Dans des cas individuels? Déterminés par qui?

La grossesse et l'accouchement sont des épreuves physiques importantes pour le corps, comparables à un marathon. Jusqu'où peut-on se permettre de « forcer » la nature pour faire courir un marathon à un corps rendu plus fatigable, plus vulnérable par les années? La biologie ne va-t-elle pas se venger d'un désir d'enfant auquel la femme n'aura pas su renoncer alors qu'elle a franchi la limite au-delà de laquelle son ticket n'est plus valable?

Enfin, le désir de grossesse tardive est-il plus égoïste, plus égoïste que chez les femmes plus jeunes? L'avenir de ces enfants en est-il grevé? Dans ce désir, quelle est la part de la nostalgie, de la peur du « plus jamais » que sonne le principe de réalité biologique?

Pour ma part, je n'ai pas de réponse à ces questions. Mais j'ai constaté que j'étais beaucoup moins sévère et péremptoire qu'étant jeune, plus sensible aux arguments et désirs de chaque femme, de chaque couple dans sa singularité, et de ce fait, capable de partager leur bonheur, de vivre le côté joyeux sans les affliger en ne considérant de cette grossesse que les risques ou une inquiétude morale.

Par ailleurs, je considère comme faisant partie de mon métier de gynécologue, d'accompagner certaines patientes, ayant un âge ou une pathologie contre-indiquant plus ou moins formellement une grossesse, sur le difficile chemin du renoncement à la maternité.

## 7.2. Un contexte migratoire extrême

N. Presme

La grossesse et l'arrivée de l'enfant peuvent, chez certaines femmes migrantes, surtout celles venant de zones rurales, provoquer de véritables effractions psychiques et culturelles. Les caractéristiques propres à chaque culture ou à chaque ethnie, dans l'accompagnement de la femme enceinte et dans l'installation des rituels autour de la naissance, viennent à faire défaut. Si la migration n'est pas nécessairement une situation à risque, elle peut le devenir. La perte des repères peut induire le fait de vivre la naissance comme une effraction. Certaines femmes expriment leur grand sentiment de solitude (par perte de l'enveloppe des femmes du village qui accompagnent traditionnellement la future mère et soutiennent le bébé) et leur sentiment d'étrangeté face à un monde médical (très différent de la médecine traditionnelle encore très présente en dehors des villes) et dont elles n'ont pas les codes. Elles peuvent ainsi être exposées à un système qui n'a pas de sens pour elle tant qu'un médecin ou une sage-femme n'a pas pris la peine, avec un interprète dans leur langue maternelle, de leur expliquer les examens, les monitorings, les échographies (aller voir à l'intérieur), la manière d'accoucher et l'ensemble des soins qui lui sont prodigués. Autour de la naissance, ces femmes n'ont pas toujours les moyens d'activer les rituels de protection qu'elles ont appris au village quand un enfant s'annonce. Alors, elles ont peur, s'angoissent, se sentent seules et ont du mal à investir le bébé même si elles assurent les soins de leur enfant de bonne façon et que le personnel de suites de couches n'observe pas de dysfonctionnement. Beaucoup de ces femmes, quelles soient migrantes ou non, cachent leur ressenti intime et leur tristesse parce que « ça ne se fait pas d'être triste lors d'une naissance ». Le manque de portage maternel par le groupe des femmes du village, qui s'occupe traditionnellement de la mère et du bébé, peut entraîner chez ces femmes des difficultés en retour pour porter leur enfant notamment psychologiquement.

Ces femmes cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité et ont particulièrement besoin d'une atten-

tion très soutenue de la part des professionnels respectueux de leur culture. Beaucoup d'entre elles ont subi des agressions diverses dans leur pays d'origine (la grossesse actuelle peut faire suite à une agression sexuelle) et arrivent dans un état de désorganisation et de choc, typique de la pathologie traumatique. Qu'elles aient dû fuir ou qu'elles aient décidé de partir, elles sont déracinées, ont perdu leur groupe de sécurité, ont été agressées souvent sexuellement, soit au pays, soit par des passeurs, soit encore après être arrivées, proie vulnérable pour des personnes mal intentionnées. Lorsqu'elles se retrouvent enceintes, tout devient encore plus difficile, elles se sentent submergées, n'ont rien hormis cette grossesse ou ce bébé, et se sentent encore plus perdues. Les hébergements chez des compatriotes rencontrés « au hasard » ne se passent pas toujours bien. Certaines femmes que nous rencontrons n'osent pas nous dire qu'elles dorment par terre, même en étant enceintes, font le ménage, et ne sont pas bien traitées, de peur de perdre un toit et de se retrouver à la rue. La précarité et l'insécurité de leur situation, tant sociale que financière, s'associent à un isolement affectif majeur. Heureusement, elles peuvent aujourd'hui bénéficier d'un suivi médical et obstétrical, gratuit à la PMI puis à l'hôpital. C'est là que nous pouvons les rencontrer et les envelopper d'une attention bienveillante pour leur permettre de se restaurer avant l'arrivée de leur bébé. Ces femmes sont touchées par l'impact traumatique d'événements souvent terribles, et montrent fréquemment des signes de dépression. Les risques pour le bébé sont importants dans ce contexte de dépression maternelle et d'isolement. Le suivi thérapeutique de ces femmes est essentiel pendant la grossesse puis avec le bébé durant des mois après la naissance. Ces femmes ont une grande reconnaissance de la bienveillance que nous leur accordons. « Dis bonjour à tata » disait une mère, que j'avais accompagnée pendant sa grossesse, à son bébé au moment de ma visite en suites de couches. Ces femmes lorsqu'elles vont mieux nous font découvrir la richesse de leur culture. Elles ont beaucoup à nous apprendre notamment sur le portage ou sur

le massage des bébés. Une approche culturelle avec des professionnels formés à l'ethnopsychiatrie est essentielle en périnatalité et de nombreuses lectures ainsi que des formations existent (Moro *et al.*, 2010) pour offrir cet éclairage nécessaire.

Lorsque le barrage de la langue rend difficile les échanges verbaux, le partage peut être réalisé grâce à l'abord corporel (massage du bébé par la mère, orienté par un professionnel, observation conjointe des compétences du nouveau-né...).

## 7.3. Paradoxes et difficultés de la prévention

O. Tagawa

Dans son rapport pour le Haut Conseil de la population et de la famille, le sociologue C. Martin (2003) insiste sur l'importance de promouvoir des politiques de soutien à la parentalité qui soient pertinentes et non pas incantatoires, se limitant à prévoir des dispositifs dont sont ou se tiennent éloignés ceux qui en auraient le plus besoin. Il insiste pour cela sur une double problématique :

- celle du diagnostic, mieux comprendre « la manière dont les parents sont parvenus ou non à élaborer un sentiment de compétence et de responsabilité parentale, au cours de leur trajectoire » ;
- celle de l'intervention « dont la finalité doit consister justement à aider certains parents (ceux qui le souhaitent et ceux qui ne peuvent plus faire autrement) à construire ce sentiment pour eux-mêmes et non pas au sens où il suffirait d'appliquer un manuel du "bon parent" » (Martin, 2003).

Il se trouve que si les facteurs de vulnérabilité socio-économiques sont faciles à repérer, si les désordres émotionnels, la dépression modérée avec larmes, les manifestations d'anxiété et de désarroi sont aisément lisibles, ils ne sont pas pour autant systématiquement précurseurs de difficultés du lien. Nous savons même qu'un certain degré de labilité émotionnelle peut être un signe rassurant d'engagement dans la préoccupation maternelle primaire bien tempérée. Or la clinique des professionnelles ramène dans ses filets des situations autrement préoccupantes pour la relation mère-enfant. Je voudrais citer ici des situations rapportées par des TISF (technicienne de l'intervention sociale et familiale, ex-travailleuse familiale) lors d'une formation sur le soutien périnatal. Ces situations me semblent caractéristiques des paradoxes de la prévention : connaître les facteurs de risque

(comme les données socio-économiques), peut amener à méconnaître des situations problématiques, prendre en compte la diversité culturelle peut amener à mettre sur le compte des variations culturelles des interactions réellement alarmantes.

*Marie*, TISF, rapporte qu'elle se rend depuis quelques semaines chez une maman d'un nourrisson de 4 mois. Elle s'étonne que cette mère n'ait cessé de laver et changer son bébé : « Dès qu'il régurgite un peu, même s'il dort, elle le change complètement de vêtements... Elle lui nettoie toutes les deux heures oreilles et nez, même s'il pleure... Elle le savonne plusieurs fois par jours... J'ai beau lui dire que ce n'est pas nécessaire, que ce n'est pas bon, qu'il faut le laisser un peu tranquille, elle me répond que c'est une prescription religieuse, que dans sa tradition c'est ainsi, que c'est essentiel que les bébés soient très propres. » L'hypothèse pour beaucoup avant que le groupe ne travaille sur cette situation est : « Ce doit être culturel... »

*Cathy*, TISF, rend visite pour la troisième fois à la maman d'un nourrisson de 5 mois et d'un enfant de 2 ans. Elle s'étonne du calme total de l'appartement, tout bruit est interdit quand le bébé dort, pas d'aspirateur, pas de paroles même... Cathy associe ce calme au calme de la riche résidence dans laquelle ces parents, tous deux de profession libérale, habitent : « C'est si différent de l'atmosphère des cités. » Mais elle s'étonne encore plus du « calme » de la maman quand le bébé pleure : « Elle est vraiment zen... Moi, quand un bébé pleure comme ça, j'ai envie de lui parler, de le prendre dans mes bras, d'essayer de le consoler, elle, si c'est pendant le

bain par exemple, elle continue, sans une parole, sans rien manifester, ça l'atteint pas... Elle fait tout comme ça, sans un mot, sans même être agacée... L'aîné a des terreurs bizarres, comme lorsqu'il doit traverser le couloir qui mène à sa chambre, il hurle, et elle ne réagit pas... » L'hypothèse spontanée avant que le groupe ne travaille sur la situation est : « Elle doit être très très zen, pas comme moi... ou bien elle est sourde... » Bien entendu, on ne retrouve aucune surdité auditive dans cette histoire !

Comme on le voit ici, certaines situations ont des effets de sidération de la pensée. La professionnelle compétente par ailleurs voit très bien la situation mais y reste immergée, dans une incapacité transitoire de recul et d'analyse, saisie par l'effroi, par l'étrangeté angoissante de la situation, par un sentiment vague et coupable d'incompétence ; « Nous sommes dans une impasse au fil des visites mais ce doit être dû au fait que je ne sais pas donner le bon conseil... » ; « Ces gestes heurtent mon bon sens mais je dois prendre en compte le fait que cette famille est d'une autre culture. » La pensée peut être aussi arrêtée par des effets de censure sociale : lorsque nous nous interrogeons avec Cathy sur les interactions mère-bébé dans la situation qu'elle décrivait, sa première réaction a été une sorte de cri du cœur : « Mais ce sont des gens très bien, les enfants ont tout ce qu'il leur faut dans leur chambre... » J'avais déjà entendu dans une maternité privée cette même exclamation « mais ce sont des gens très bien... » pour couper court à des interrogations sur le comportement désinvesti de la mère vis-à-vis de son nouveau-né. À l'inverse, nous voyons souvent combien des états d'évitement relationnel sont assimilés à une déficience intellectuelle pour peu que la personne soit de milieu précaire : « ils ne comprennent pas grand-chose... », concluait une collègue qui racontait ses visites à domicile dans un logement particulièrement insalubre mais où le couple passait sa journée sur des jeux vidéo et attendaient avec impatience que la sage-femme reparte pour reprendre leur partie... L'intervention à domicile, déplaçant le professionnel de son milieu naturel, l'isolant loin de son équipe, est une situation professionnelle à risque. Pour les mêmes raisons, l'exercice libéral pour les sages-femmes et les médecins l'est aussi. Risque du relativisme culturel et social, risque de la censure. Risque aggravé par l'absence de tiers : tiers

de la réflexivité partagée dans les reprises et les formations.

Il n'est pas question de rentrer dans une confusion de genre et de prétendre former les professionnelles de proximité à la maîtrise diagnostique des troubles psychiques et d'évaluer s'il s'agit d'un état psychotique, d'état limite ou de dépression mélancolique. Pour autant, ce qui précède nous montre qu'il est nécessaire d'offrir d'autres outils qu'une seule liste des facteurs de vulnérabilité. Il s'agit de travailler ici avec la dimension subjective, d'apprécier tout autant difficultés que ressources du sujet.

Les formations sur le soutien périnatal qui prennent en compte la dimension subjective (celle du patient comme celle du professionnel) et s'appuient sur l'observation des interactions comme outil de soin, stimulent le potentiel créatif dans la prise en charge des situations.

*Lucie, TISF* : « J'ai pris conscience que l'enfant peut s'éveiller à la vie avec quatre bricoles, il n'a besoin de rien de sophistiqué : même dans une famille démunie on peut toujours trouver de quoi lui permettre ses activités autonomes. Avant je m'inquiétais qu'il ne trouve pas ce qu'il faut pour son épanouissement. »

*Elsa, sage-femme* : « Avec une maman algérienne le fait de parler de l'importance des enveloppes, du toucher, lui a permis de retrouver les gestes d'emballage, de massage "comme au pays". »

*Laure, puéricultrice de PMI* : « L'équipe s'inquiétait des façons de faire d'une maman bulgare avec son bébé... Avant mon intervention ce que l'on m'a transmis c'est : "elle ne fait pas comme on lui dit, elle ne suit pas les conseils..." Mais quand je suis allée moi-même chez elle, j'ai pu observer, que même différemment de nos habitudes, elle donnait à son bébé ce dont il avait besoin. Renforcée dans mes convictions, j'ai pu rassurer l'équipe. »

On voit bien au travers de ces diverses vignettes combien l'empathie et la créativité professionnelles doivent être constamment réalimentées dans des lieux d'échange et de réflexivité... Faute de cela nous pouvons nous retrouver devant la triste évidence « qu'il vaut mieux être riche et bien portant que pauvre et malade » ! Nous pourrions aujourd'hui rajouter « que pauvre, malade et étranger »...

# Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale : approche clinique d'une pédopsychiatre en maternité

N. Presme

## 8.1. Outils cliniques d'une pédopsychiatre exerçant en maternité

Beaucoup de jeunes professionnels rêvent d'aller travailler en maternité pour accompagner, avec un grand enthousiasme et une certaine dose d'idéalisation, les jeunes parents en difficulté. Aucun ne peut alors imaginer ce qu'ils vont y vivre, dans quel tourbillon émotionnel ils vont se retrouver plongés, par quelles questions existentielles ils vont être traversés de jour et parfois même de nuit, quels bouleversements internes ils auront à affronter et à quels aménagements défensifs ils devront avoir recours. Professionnellement et personnellement, c'est s'engager dans une aventure, celle des rencontres avec l'autre, à la fois si proche et si éloigné de soi, et c'est aussi aller à la rencontre de soi-même dans la rencontre avec les autres dans une mise à l'épreuve chaque jour de sa propre humanité, de sa propre capacité d'accueil, de réceptivité et de réflexivité. C'est une aventure passionnante même si elle n'est pas dénuée d'angoisses et de doutes.

Je vous propose dans ce chapitre un guide de voyage non exhaustif, qui reflète mon aventure de pédopsychiatre de liaison dans une maternité de niveau 3 de la région parisienne. À chacun ensuite de mener sa propre route.

### Éloge de la singularité et de la complexité

Le temps chronologique des 9 mois de grossesse offre une opportunité extraordinaire de rencontrer une large population de femmes, entre environ 13 et 45 ans, dans toutes les configurations environnementales, sociales, culturelles, ethniques, mais aussi affectives, psychiques et psychopathologiques. La rencontre avec des femmes enceintes au cours de leur parcours obstétrical, dans un moment de remaniement psychique intense, révèle la

richesse et la complexité de cette clinique de l'humain. Chaque rencontre y est singulière. Pour le clinicien du périnatal, c'est une chance d'avoir accès à ce moment fondateur qui explore les premiers temps de la construction du lien humain. C'est aussi une chance pour une femme, un couple, un bébé en devenir d'être accompagnés par la présence de professionnels attentifs, empathiques et bienveillants, lors de ce parcours à fort potentiel de transformations et de changements. Entrer dans ce processus de la maternité est à la fois une prise de risque et une formidable opportunité de transformation et de maturation individuelle.

### **Comment se repérer dans cette clinique à déterminants multiples ?**

Le repérage nosographique, sémiologique et médical ne suffit pas pour éclairer l'ensemble des mécanismes psychiques mis en œuvre par chacun des partenaires (père, mère, fœtus, bébé, mais aussi chez les professionnels) face aux mouvements intrapsychiques et inter-relationnels activés au cours de ce processus du devenir parent. L'approche psychanalytique, par ses apports théoriques et une formation personnelle, est essentielle et incontournable.

### **La clinique périnatale : une clinique du lien à l'autre**

Le bébé humain (et bien sûr le fœtus) naît immature et entièrement dépendant de son environnement. Il ne peut se construire psychiquement, se différencier et se séparer sans être d'abord « habité », pensé par un autre, support de ses identifications primaires. Chacun d'entre nous porte en lui la trace de ces premiers liens intersubjectifs fondateurs entre l'enfant et les parents et la trace des modalités de réponses de l'objet (« autre sujet » dit Roussillon, 2007).

C'est une clinique de l'interaction, à liens pluriels, tant avec les présents qu'avec les absents – mère, père, frères et sœurs, grands-parents, ancêtres –, qui organisent le berceau psychique, issu de deux lignées familiales, du bébé à venir ou déjà né.

C'est une clinique qui confronte chacun, patient et professionnel, à la conflictualité de la vie et de

la mort, d'Éros et de Thanatos, de l'amour et de la haine, de l'étrange, de l'inconnu, de l'imprévisible, de la surprise, de la force et de la fragilité de l'être, dans toute sa puissance et son impuissance, au mieux dans un mouvement d'ambivalence suffisamment tempérée.

Le champ psychopathologique va être l'expression de l'ensemble des troubles dont certains sont adaptatifs, d'autres pathologiques. Ils peuvent émerger tout au long de ce processus, tant chez la mère, chez le père, que chez l'enfant, dès le temps prénatal, premier chapitre pour le bébé du dedans, puis dans le post-partum dans la rencontre avec le bébé du dehors. Certains troubles ne se déploient que dans ce processus de la naissance et dans la rencontre intersubjective avec le bébé. La dépression maternelle anté- ou postnatale en est le paradigme. C'est pourquoi certaines patientes, sans aucun antécédent psychiatrique, peuvent se sentir troublées de manière plus ou moins intense dans ce processus qui réactive le bébé que la femme a elle-même été et/ou qu'elle se représente avoir été (comment pense-t-elle avoir été désirée, enveloppée, portée...) et qui réactive aussi la trace des liens d'attachement à ses figures parentales et la représentation de ces liens qui l'ont fondée dans un couple parental et une histoire familiale inter- et transgénérationnelle.

La psychopathologie périnatale est abordée ici à travers le regard clinique d'un pédopsychiatre de liaison en maternité. La psychopathologie maternelle est donc au premier plan dans une temporalité qui va du suivi de la grossesse aux premières semaines du post-partum. Mais la clinique périnatale ne se réduit pas à la psychopathologie maternelle. Elle ouvre à une dimension nouvelle pour le clinicien, celle de la psychopathologie de la relation intersubjective et du lien à l'autre. Cette perspective psychopathologique est riche de promesses et certains professionnels s'y sont déjà aventurés en étudiant les scénarios narcissiques de la parentalité (Manzano *et al.*, 1987) ou les liens parents-bébé lors des consultations thérapeutiques périnatales (Lebovici, 1986; Palacio-Espasa, Manzano, 1982; Cramer, Palacio-Espasa 1993; Lemaitre, 2008).

### **La temporalité périnatale**

La clinique périnatale se délimite par une temporalité spécifique, de la conception aux premiers mois de la vie de l'enfant. Il n'y a pas de réel

consensus concernant sa durée après la naissance. Certains parlent de 3 mois d'autres jusqu'à 18 mois, voire plus.

Au temps chronologique se superpose le temps psychique, s'articulant dans un aller-retour permanent, entre le passé et le présent, entre le passé et l'anticipation du futur, entre ce qui se réactive du passé dans le présent, entre ce que le présent éclaire du passé, et ce que le passé éclaire du présent.

## **Devenir parent, le processus de « parentalité »**

---

«La parentalité, c'est une fleur de cœur et moi j'aime ça», *David*, 4 ans.

Ce processus dynamique ne démarre pas quand un couple décide d'avoir un enfant. Il se réactive. En effet, il traverse la vie psychique de chacun d'entre nous, garçon et fille, dès nos premières constructions psychiques au sein de l'espace intersubjectif parents-enfant. Dès les premiers liens, le bébé s'imprègne d'un style relationnel maternel et paternel, berceau de sa propre histoire infantile. Enfants, garçon et fille, jouent à la poupée, au docteur, s'explorent mutuellement. Ils découvrent la différence des sexes, observent les relations entre les parents, curieux du désir qui les animent, et ils se fabriquent des théories explicatives sur les grandes énigmes de la vie (Freud, 1905). Le terme de *parentalité* fait référence à cette dynamique psychique et se définit comme «l'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des souvenirs et des comportements se rapportant à l'enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu pendant la grossesse, ou déjà né» (Stoléru et al., 1985).

Ce processus s'enracine dans l'histoire de chacun, et pré-existe à la conception biologique et ce, quelle que soit la façon dont l'enfant a été conçu.

Le terme de parentalité est dérivé de celui de maternalité, défini par P.C. Racamier (1984) dans deux de ses célèbres écrits, *La maternalité psychotique* et *À propos des psychoses de la maternalité*, comme «l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se déroulent chez la femme au moment d'accéder à la fonction maternelle». C'est donc à partir de la clinique des désorganisations psychiatriques, survenant au décours d'une naissance, que se sont révélés toute la complexité de ce processus psy-

chique universel et tous les risques psychiques qui lui sont inhérents.

## **La pratique du pédopsychiatre de liaison : du normal au pathologique**

---

Des troubles d'adaptation aux troubles psychiatriques, cette clinique révèle une grande variabilité d'expressions cliniques, «dans les variations du normal au pathologique», que la femme soit primipare ou multipare et pour chaque grossesse spécifiquement (*cf.* p. 2-3). Un repérage diagnostique et psychopathologique est un préalable à toute approche thérapeutique : la femme est-elle anxieuse, triste dans le cadre d'un blues du post-partum ou est-elle déjà déprimée? Est-ce une pathologie réactionnelle? Une pathologie aiguë ou chronique? S'agit-il d'un début de décompensation aiguë du post-partum? Y a-t-il un trouble de la personnalité?

Une connaissance des mouvements psychiques inhérents au processus de parentalité fait partie des fondamentaux pour le psychiatre en maternité.

## **Le remaniement psychique de la grossesse : une prise de risque ?**

La grossesse va mettre «en crise» l'équilibre psychique de la femme, du couple et de la famille : «ça ne sera plus jamais comme avant». Cette «crise» psychique inévitable est un temps de déséquilibre et de changement à la recherche d'une résolution. Au mieux, même parfois au prix d'une certaine souffrance, la crise devient maturative vers un nouvel équilibre constructif individuel et familial; ou bien elle désorganise, ouvre des failles contenues jusqu'alors et expose au risque de «se perdre» vers des troubles du post-partum ou révélés par le post-partum.

## **La grossesse : du registre narcissique au registre objectal**

La grossesse va mobiliser la femme dans un double registre narcissique et objectal : «je suis enceinte» souligne le sentiment de complétude narcissique et «j'attends un enfant» (Beetschen, Charvet, 1978),

le début du processus d'objectalisation du fœtus qui habituellement s'installe progressivement au fil des mois de la grossesse jusqu'à la naissance. Ce processus est toutefois indépendant du terme de la grossesse. Certaines femmes « objectalisent » leur fœtus dès les premières semaines de la grossesse, parlent de leur bébé, le nomme, d'autres femmes mettent plus de temps, ont besoin de le voir à l'échographie, ou de le sentir bouger ou même de le voir après la naissance pour le faire exister. D'autres, dans des situations pathologiques, n'y arriveront pas en ne le différenciant pas d'elle-même. Ce repérage clinique est central pour tout professionnel en périnatalité. « Où en est la femme/l'homme dans son investissement objectal du bébé? »

Une jeune femme vient en consultation lors d'une deuxième grossesse, très angoissée. Elle m'annonce qu'elle a perdu un petit garçon, à la grossesse précédente. Elle le nomme et a fabriqué dans sa tête un lieu de sépulture pour cet enfant qu'elle convoque dans ses pensées quand elle pense à lui et veut se recueillir. Cette grossesse s'était arrêtée à 7 semaines d'aménorrhée soit très précocement, même avant la première échographie et bien avant de pouvoir connaître le sexe du bébé. Pour cette femme non délirante, et sans problème psychiatrique avéré, cet embryon était, pour elle, un bébé garçon porteur d'un projet qui n'a pu se réaliser et qui, par cette perte, a fait l'objet d'un véritable processus de deuil.

Cet exemple souligne de manière évidente la différence entre la réalité objective médicale et la réalité subjective, celle qu'il est essentiel de repérer afin d'ajuster au mieux ses interventions auprès des patientes.

## Être à l'écoute des nœuds du passé

La grossesse est un temps extrêmement précieux pour être à l'écoute des nœuds du passé, la gestation est corporelle et psychique.

Si on leur en donne la possibilité lors du suivi de la grossesse, les femmes expriment le besoin de parler d'elle. C'est, fréquemment, la première fois qu'elles en ont ainsi l'occasion. Une écoute attentive et bienveillante, non intrusive permet d'en-

tendre les événements ou les antécédents qui pourront avoir un impact tant médical que psychologique sur le déroulement de la grossesse (cf. p. 175-179). La femme, avec son accord, pourra alors être orientée vers un suivi psychologique dont les entretiens révèlent combien la grossesse ouvre à un monde psychique inconscient, habituellement inaccessible. Cet accès à l'inconscient ou « transparence psychique » (Bydlowski, 1991, 1997) serait lié à un abaissement des résistances habituelles de la femme face au refoulé inconscient pendant la grossesse et lui permettrait, notamment, de revisiter sa propre histoire d'ex-fœtus/ex-bébé, dans les liens d'identification primordiaux à ses objets parentaux. Ce dont la femme enceinte parle, c'est avant tout d'elle-même, celle qu'elle a été bébé et surtout celle qu'elle se représente avoir été dans un centrage narcissique, qui fait habituellement peu de place dans le discours au bébé *in utero*. M. Bydlowski évoque la grossesse comme l'expérience d'« une rencontre intime avec soi-même ».

## De la prévention à la protection de l'enfance

Les notions de prévention et de protection de l'enfance sont centrales dans la mission du pédopsychiatre de maternité comme pour tous les acteurs des champs médico-sociaux et éducatifs engagés en périnatalité. La loi du 5 mars 2007, publiée au *Journal officiel* du 6 mars 2007, réforme la protection de l'enfance et donne une base légale aux actions de prévention « primaire » et à la prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance.<sup>65</sup>

« N'importe quel soin prodigué en période périnatale est aussi et simultanément un acte de prévention. » (Dayan, 2008.)

## La prévention

La motivation consciente principale des pédopsychiatres qui interviennent dans les services d'obstétrique, en néonatalogie ou en réanimation néonatale, est avant tout de prévenir, de repérer et de traiter les dysharmonies relationnelles périnatales (parents-fœtus/bébé) ainsi que leurs

<sup>65</sup> [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)

conséquences possibles chez le fœtus/bébé. Si les troubles maternels ont un impact sur la qualité des interactions mère-bébé, les risques de survenue de troubles chez le bébé dépendent de multiples facteurs qui doivent proscrire toute idée de causalité linéaire et de prédictibilité entre des troubles maternels et la survenue de troubles chez le bébé. Chaque bébé est particulier (rôle des facteurs endogènes de ressources et de vulnérabilités) et s'engage de manière spécifique dans la relation. Toutefois, il est entièrement dépendant des soins qu'il reçoit et, en premier lieu, de ceux de sa mère (ou du substitut maternel). Il est ainsi essentiel de s'occuper des mères, premier pas fondamental dans la prévention des troubles précoces du lien mère-bébé, et de souligner l'importance de l'environnement parental, familial, mais aussi social, culturel et professionnel autour de chaque femme. En paraphrasant D.W. Winnicott, notre devise devrait être « Une mère seule, ça ne devrait pas exister ! »

L'engagement d'équipes pluridisciplinaires en périnatalité trouve toute sa place dans la prévention des troubles précoces de l'enfant. C'est une des missions des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile dont fait partie la psychiatrie de liaison. Certains services de pédopsychiatrie ou de psychiatrie adulte ont pu créer des unités de parentalité qui en lien avec les équipes de PMI mettent en œuvre des stratégies d'accompagnement des mères-pères-bébé après la sortie de maternité. Peu disposent d'une unité d'hospitalisation psychiatrique mère-bébé. Les dispositifs d'accompagnement en périnatalité sont très différents d'un service à un autre, et d'une région à une autre en France en fonction de la culture locale et des moyens.

## Pourquoi intervenir en maternité ?

Cet engagement en maternité plaide pour :

- donner toute sa place au prénatal, premier chapitre de la biographie humaine (Missonnier, 2009e) ;
- faire reconnaître les potentialités thérapeutiques fécondes de ce moment de la vie qui prépare la place de l'enfant à venir ;
- militer pour une « bonne » anticipation de la naissance à venir, dans une dynamique de réflexion laissant toute sa place aux possibles, à

l'imprévu et aux effets de rencontre, dans un refus de toute prédictibilité ;

- permettre, autoriser, faciliter une mobilisation psychique qui remet au travail les processus de pensée réflexive lorsqu'un symptôme (angoisses diverses, craintes, fluctuations émotionnelles intenses, manifestations somatiques, agressivité, etc.) apparaît.

Le temps de la grossesse est un temps extrêmement précieux pour repérer, rencontrer et mobiliser des femmes et des couples qui souvent sont déjà en difficulté dans leur parcours personnel et pour installer un lien thérapeutique de confiance qui soutiendra la co-création d'un projet thérapeutique dans le post-partum. Il est encore trop fréquent d'être interpellé juste après la naissance de l'enfant pour une patiente qui prend un traitement psychotrope de longue date, ou qui a antérieurement décompensé dans le post-partum dans ce temps si court des suites de couches. Le risque est d'intervenir de manière intrusive, et de passer à côté d'une rencontre qui aurait pu se faire.

*Madame O.* accouche un vendredi matin. Elle est dans sa chambre l'après-midi et la sage-femme des suites de couches repère qu'il est inscrit sur son dossier un antécédent de dépression du post-partum traité par rispéridone (Risperdal®) et arrêté en début de grossesse. La sortie de cette patiente étant prévue le lundi matin, elle me propose de la voir car il n'y a pas de « psy » le week-end et la nuit. S'il est peu souhaitable de rencontrer une patiente le jour même de l'accouchement, la sortie prévue le 3<sup>e</sup> jour pour un accouchement eutocique, me pousse à tenter la rencontre avec cette jeune femme. Madame O. est presque figée lorsque je me présente, non préparée à ma venue, dans une attitude que je comprendrais ensuite, comme une tentative de mettre à distance ses antécédents psychiatriques dont elle a honte. Ce premier contact est complètement raté. Elle et moi ne sommes pas au même rythme. Elle accepte cependant que je reste un moment avec elle, et c'est autour du bébé que nous trouvons un apaisement. Le deuxième entretien a lieu le lundi après-midi suivant, alors qu'elle a accepté de rester un jour de plus dans le service pour que nous nous rencontrions à nouveau. Madame O.

me parle alors de ses antécédents, des épisodes psychotiques aigus (et non pas dépressifs) qu'elle attribue à des moments de surmenages et qui, toujours en urgence, ont été traités par la prise de psychotropes. Elle accepte de revoir le psychiatre d'adulte qui l'avait antérieurement reçue et que je puisse l'accompagner dans les semaines à venir dans le lien mère-bébé. Je n'ai pas rencontré son mari, mais Madame O. lui a fait part de notre échange et il a soutenu ma démarche auprès de sa femme, l'a rassurée et s'est montré un allié pour l'installation du suivi.

Certaines rencontres potentielles peuvent être complètement ratées. C'est tout l'intérêt d'un repérage prénatal de possibles difficultés pour le post-partum.

## La protection de l'enfance

Régulièrement, nous pouvons, dès le temps de la maternité, être confronté à une situation d'un bébé potentiellement en danger, voire déjà en danger. Dans ces cas, la décision d'écrire une information préoccupante ou un signalement se discute, au mieux en équipe, lors d'un staff de parentalité, et la sortie du bébé peut être reportée. Les parents sont informés de cet écrit qui est adressé à la cellule de signalement de leur département de résidence. Dans les situations d'urgence, le signalement est envoyé de façon concomitante au procureur de la République chargé des mineurs.

Dans les situations d'un fœtus en danger (lors d'une alcoolisation maternelle par exemple, ou dans un contexte de grande violence connu, etc.), il peut être décidé, lors d'un staff prénatal, d'écrire un signalement pour accompagner le projet de soins. Cependant, comme il n'y a pas de signalement pour un fœtus puisqu'il n'a pas encore d'existence juridique légale, l'écrit est adressé au procureur et à la cellule de signalement après la naissance de l'enfant.

En fonction des éléments de gravité et/ou d'urgence, les professionnels de terrain adressent à la cellule un écrit qui relève soit d'une information préoccupante, soit d'un signalement. Mais les membres de la cellule (cellule départementale de signalement ; à Paris, la CRIP75 : cellule de recueil des informations préoccupantes) ont le pouvoir de décider l'orientation à donner à l'écrit transmis par l'équipe de la maternité. Ils peuvent, au vu du contenu de l'écrit, décider de le transmettre au procureur de la République.

*Dans le cadre d'une information préoccupante :* les éléments de l'information préoccupante sont transmis au responsable enfance de l'EDS (Espace départemental des solidarités ou maison départementale des solidarités, anciennement nommé circonscription d'action sanitaire et sociale) afin de poursuivre l'évaluation faite à la maternité. L'équipe de l'EDS doit transmettre, dans un délai de 2 mois, les conclusions de leur évaluation avec des préconisations de suivi si nécessaire. Dans ce cadre, le suivi se met en place, avec l'adhésion des parents (accompagnement éducatif à domicile : AED ; proposition d'intervention d'une TISF, etc.).

*Dans le cadre d'un signalement judiciaire :* lorsque les éléments recueillis à la maternité relèvent d'une particulière gravité, l'écrit est adressé au procureur de la République avec un double envoyé à la cellule.

Le procureur de la République est le seul professionnel à pouvoir, au vu des éléments qui lui sont adressés, se saisir en urgence et prendre une mesure de protection immédiate : une ordonnance de placement provisoire (OPP), valable initialement 8 jours, le temps de la saisine du juge pour enfants. Cela signifie que le procureur a 8 jours pour transmettre le dossier au juge pour enfants. L'OPP est maintenue jusqu'à la rencontre avec le juge pour enfants.

Le procureur peut demander un complément d'information et d'évaluation aux professionnels de l'ASE ou diligenter une enquête par la brigade territoriale pour la protection de la famille (anciennement brigade des mineurs).

Il peut aussi demander une saisine du juge pour enfants sans prendre de mesure de protection (OPP) en urgence. L'enfant rentre au domicile de ses parents et ceux-ci sont convoqués ultérieurement, par exemple, lorsqu'une famille est déjà connue par un juge pour des enfants précédents. Cela peut aussi être le cas, lorsque la mère et l'enfant sont engagés dans un projet de soins.

Les parents sont reçus par le juge pour enfants dans un délai d'environ 8 à 15 jours. Le juge aura donc connaissance des derniers éléments de l'évaluation pour cette rencontre. Il peut alors décider de maintenir la mesure de protection – maintien de l'OPP (éléments jugés inquiétants) – ou de lever l'OPP (éléments jugés plus rassurants). Dans tous les cas, il mandate une équipe chargée d'une mesure d'évaluation et d'accompagnement dans un cadre judiciaire :

investigation et orientation éducative (IOE)<sup>66</sup>, puis aide éducative en milieu ouvert (AEMO).

Le magistrat (juge pour enfants) peut mandater différents services pour assurer l'accompagnement comme l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou le Service social de l'enfance (SSE).

Si l'enfant est au domicile des parents, les professionnels assurant l'IOE ou l'AEMO peuvent réinterpeller le juge pour enfants, à tout moment, si un élément nouveau apparaît. Il peut y avoir alors décision d'un placement.

Lorsqu'il y a une OPP immédiate sur décision du procureur, le bébé est confié soit à l'hôpital soit directement à l'ASE, en attendant la décision du juge. Les parents ne peuvent pas, dans ce cas, rentrer avec l'enfant. Ils doivent attendre l'audience avec le juge pour enfants pour connaître sa décision, car lui seul a le pouvoir de décider du retour du nouveau-né à domicile. Il peut aussi prononcer un placement de l'enfant. Les parents peuvent se faire assister d'un avocat et faire appel de cette décision.

Les mesures sont toujours provisoires et généralement d'une durée d'un an. La famille revoit alors le juge pour enfants. Les équipes, qui accompagnent la famille, adressent un écrit concernant l'évolution de la situation familiale avant l'audience.

Divers types d'accueil sont proposés selon les possibilités locales (la pouponnière le plus souvent, une famille d'accueil, un placement familial thérapeutique...). Des modalités de rencontre parents-enfant sont organisées par l'ASE, médiatisées ou non après le placement en fonction de l'ordonnance du juge. La séparation physique parents-bébé ne suffit pas à prévenir la survenue de troubles chez l'enfant et ne protège l'enfant que physiquement. Un accompagnement thérapeutique des parents, du lien parents-bébé, et une observation attentive du bébé sont indispensables par des professionnels spécialisés en périnatalité. Ces suivis sont longs, souvent difficiles mais essentiels pour éviter chez les parents, des grossesses à répétition, chacune ayant comme objectif de combler, réparer, et guérir les blessures de la séparation précédente vécue de manière traumatique, et pour donner, chez l'enfant, un sens aux liens avec ses parents et à son histoire.

66 La Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative (MJIE) se substitue aux mesures d'enquêtes sociales et aux IOE depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, avec certaines modifications dans les modalités de fonctionnement.

À la maternité, l'envoi d'un signalement est expliqué aux parents. Il est le résultat d'une réflexion d'équipe et non pas l'écrit d'un seul professionnel. Dans ces situations difficiles, il nous semble préférable d'être au moins deux professionnels à accompagner et soutenir les parents afin de mieux gérer les mouvements émotionnels inévitablement induits par cette annonce. Il peut arriver en effet que cela déclenche un mouvement de violence chez des parents dans le déni de leurs troubles, persécutés par la décision incompréhensible pour eux de ne pas pouvoir sortir avec leur enfant avant la rencontre avec le juge. Ce sont des situations rares mais particulièrement éprouvantes. Le plus souvent, notre présence attentive et bienveillante permet aux parents d'entendre l'importance d'accompagner, de manière cadrée et soutenue, leur parentalité, sans les disqualifier, et en soutenant leur place de parents pour leur bébé, celle de parents capables de repérer leurs difficultés même si, généralement, ils n'acceptent pas le signalement. Il peut aussi arriver que des parents soient apaisés par la demande d'une mesure de protection.

## **La pédopsychiatrie en maternité : un cadre spécifique**

La psychiatrie de liaison est une activité qui permet à un psychiatre de secteur d'intervenir soit ponctuellement soit régulièrement dans un service de médecine somatique lorsqu'un signe d'appel psychiatrique ou une souffrance psychique sont repérés par l'équipe soignante. Cette activité s'inscrit dans une dynamique qui va à la rencontre du patient, sur le lieu de son suivi médical, lors d'une hospitalisation ou lors d'un suivi en ambulatoire dans une approche globale médico-psychosociale. Le psychiatre de liaison intervient le plus souvent à la demande de l'équipe soignante soit de manière directe auprès du patient, soit de manière indirecte dans la réflexion avec l'équipe médicale.

De plus en plus de maternités bénéficient dans leurs effectifs de postes de psychologues. La présence de psychiatres relève le plus souvent d'une activité de liaison dont les modalités de fonctionnement sont variables d'une institution à une autre. Habituellement, l'intervention du pédopsychiatre de liaison en maternité s'étend de la grossesse (possiblement en antéconceptionnel) aux premières

semaines du post-partum. Un travail d'articulation et de relais s'organise, si cela s'avère nécessaire, conjointement ou à la suite, avec les professionnels engagés en périnatalité sur le terrain extra-hospitalier : la PMI dont le rôle est essentiel pour le suivi de la grossesse puis du petit enfant de 0 à 6 ans, les partenaires des intersecteurs de pédopsychiatrie et du secteur de psychiatrie adulte, les médecins généralistes, les sages-femmes libérales, les assistantes sociales de la maternité ou du secteur, etc. Chacun doit définir son cadre de travail, et se situer par rapport aux autres professionnels qui interviendront tout au long de ce processus de la naissance, et aussi définir la temporalité de son intervention.

C'est ainsi que j'interviens en étant praticien hospitalier de l'intersecteur de pédopsychiatrie en liaison<sup>67a</sup> dans le service de gynécologie-obstétrique, de manière régulière, quatre demi-journées par semaine, une autre psychiatre<sup>67b</sup> intervient deux demi-journées par semaine dans le même cadre en équipe avec trois psychologues à mi-temps embauchées par la maternité. Ce nombre nous permet d'assurer une présence quotidienne pendant la semaine pour répondre aux nombreuses demandes de la gynécologie et de l'obstétrique durant les hospitalisations ou pour proposer des suivis de consultations en ambulatoire, animer un groupe de paroles pour les patientes endeuillées par une grossesse interrompue, participer aux échanges interprofessionnels dans certains staffs, ou encore soutenir les équipes soignantes confrontées à des situations douloureuses. Une demi-journée par semaine, et lors du staff de parentalité, l'équipe des « psy » est au complet pour un temps de réflexion partagé.

Sur le terrain, les patientes et les couples sont adressés en consultation psychologique et/ou psychiatrique par les professionnels de l'équipe médicale et paramédicale (sage-femme, infirmier, gynécologue-obstétricien, aide-soignante, assistante sociale, psychiatre d'adulte...) en première ligne (Molénat, 2001) dans le suivi de la grossesse et autour de la naissance lorsqu'ils repèrent des signes de souffrance ou de désorganisation psychique.

Les différents professionnels du périnatal, chacun dans sa fonction, s'articulent selon les règles d'une interdisciplinarité dans le respect des règles de transmission et de partage des informations (Carel, 1992, 2003). Les échanges avec les obstétri-

ciens, les sages-femmes, et les autres professionnels assurent la continuité et la cohérence du suivi.

Les troubles dont les manifestations sont bruyantes sont facilement repérés à l'inverse des troubles en apparence discrets comme la femme silencieuse, distante, et qui ne pleure pas. Pourtant, l'intensité des manifestations cliniques n'est pas corrélée à la gravité des troubles.

Il ne s'agit pas de « tout psychiatriser » et beaucoup de patientes nous ont souvent montré leur extraordinaire capacité à se réorganiser et à s'ajuster à leur bébé malgré leurs angoisses ou leurs difficultés personnelles. Il s'agit de dire que toute naissance s'accompagne tant chez la femme que chez l'homme d'un remaniement psychologique profond qui sera accueilli au même titre que l'examen médical et somatique. Chaque couple doit pouvoir trouver un espace et un temps pour parler à un professionnel de la périnatalité (pas nécessairement un psychologue) d'eux-mêmes, de leur projet de naissance et de leurs préoccupations s'ils le souhaitent ou s'ils le peuvent. Il y a aussi des femmes ou des couples qui montrent des signes inquiétants de désorganisation psychique et de souffrance psychique mais qui refusent tout contact avec les professionnels.

*Madame R.* est très angoissée. À la suite d'un malaise vagal, l'obstétricien me demande de rencontrer cette patiente. Madame R. me fait part de troubles psychiques anciens qui l'ont handicapée dans sa vie sociale et qui ont retardé son projet d'avoir un enfant. Cela lui faisait très peur. Elle m'explique qu'ayant atteint l'âge de 40 ans, elle devait le faire maintenant. La grossesse est à environ 26 SA. Le suivi obstétrical est très irrégulier. Madame R. exprime très clairement que le bébé *in utero* la terrifie et qu'elle préfère éviter d'y penser. C'est pourquoi, elle ne vient pas voir l'obstétricien. Elle dit que tout ira mieux après la naissance. Des rendez-vous psychiatriques lui sont proposés mais si elle les accepte, elle ne vient à aucun d'eux. Après une absence, elle reprend rendez-vous mais ne vient pas. Un suivi par la sage-femme de secteur est tenté car elle met en avant l'impossibilité de sortir de chez elle souffrant nous dit-elle d'agoraphobie. Mais Madame R. n'ouvre pas la porte et se montre inaccessible à toute rencontre. La situation est préoccupante parce qu'elle prend aussi, depuis des années, un traitement psychotrope, dont l'un des produits est contre-indiqué

67 a) Intersecteur 94I05, service du docteur J. Sarfaty.

b) Intersecteur 94I0I, service du docteur M.-L. Vinograde.

pendant la grossesse. Elle refuse d'arrêter ce médicament malgré les informations données par le médecin, ainsi que la proposition de modifier son traitement de manière à être compatible avec la grossesse. Madame R. transmet son angoisse majeure de décompenser, refuse de changer son traitement, accrochée depuis des années à la même prescription qu'elle réussit à faire renouveler malgré les contre-indications.

Certaines situations nous confrontent à un sentiment d'impuissance et au décalage fréquent entre ce que l'on souhaiterait pour une patiente et ce qu'elle peut accepter. La marge de négociation relationnelle est parfois étroite et limitée et souligne l'importance du travail psychique que le professionnel doit accomplir sur ce qu'il vit émotionnellement et psychiquement dans ces rencontres, afin d'ajuster au mieux ses réponses.

## 8.2. Les antécédents psychiatriques individuels, conjugaux et générationnels

### Généralités

Il est bien évident que l'approche uniquement individuelle de la femme est une approche réductrice mais elle est nécessaire.

La femme est libre de dire à la sage-femme ou à l'obstétricien, que ce soit en PMI, en libéral, ou à la maternité, ses antécédents psychiatriques, qui seront inscrits sur son dossier médical. Certaines en parlent aisément, d'autres les taisent ou ne les révèlent qu'incidemment lors d'une consultation obstétricale, d'un prélèvement ou même après la naissance. Les noter ne suffit évidemment pas. Comment recueillir ces informations et pour quel objectif, que noter et que transmettre ensuite et à quel professionnel, nécessite toujours une réflexion active. L'entretien prénatal précoce (EPP) a institutionnalisé ce temps d'écoute des signes d'appel psychiques dans le suivi obstétrical (cf. chapitre 11).

Au même titre que les antécédents médicaux, il est important de connaître les antécédents psychiatriques d'une patiente pour évaluer ce qui dans ses troubles est à risque d'interférer dans un bon déroulement de la grossesse et d'être susceptible d'induire des difficultés dans la mise en place du lien mère-bébé après la naissance.

Cette connaissance nous permet dès le temps prénatal de :

- préparer l'accueil de la patiente en suites de couches (durée de séjour plus longue, chambre seule, note de transmission préparée avec la patiente destinée à la sage-femme de la salle de travail le jour de l'accouchement...);
- discuter de manière anticipée de la question de l'allaitement, en lien avec le pédiatre du service et avec les informations de la pharmacovigilance, si la femme a besoin de poursuivre ou de prendre un traitement psychotrope;
- construire un projet d'accompagnement plus soutenu, en installant avec les professionnels de l'anténatal et du postnatal (PMI, EDS, professionnels des unités d'aide à la parentalité...) un réseau de soutien, des appuis de sécurité autour de la patiente, dans une anticipation souple et bienveillante, réajustée en fonction des imprévus. Un tel projet nécessite une alliance thérapeutique avec la patiente et le couple et un certain niveau de confiance ce qui n'est pas toujours le cas. Pour les professionnels, cette dynamique fait place aux doutes, aux incertitudes, aux questions, à des angoisses dans l'accompagnement de certaines familles. Il faut accepter de ne pas pouvoir tout maîtriser pour s'ajuster à ce que peuvent accepter les parents, là où ils en sont de leur parcours respectif. Toute démarche intrusive et prédictive est persécutrice, et pathogène, soit iatrogène. Certaines situations de retour à la maison restent périlleuses pour le bébé.

*Mademoiselle N.* accouche de son troisième enfant. La grossesse n'avait pas été souhaitée. Lorsqu'elle découvre sa grossesse, elle demande une IVG mais le délai légal est dépassé. La grossesse est ensuite peu suivie. Le bébé naît hypotrophe à terme. Lors du séjour à la maternité, la jeune femme confie régulièrement le bébé auxiliaires de puériculture et s'absente du service. Quand elle revient, elle va chercher sa fille et la ramène dans sa chambre sans rien demander. Elle sait faire les soins du bébé « comme un robot » dit l'auxiliaire, sans échanges relationnels et sans affects avec l'enfant. Cette jeune femme au profil carenciel, au corps déformé, peu soignée explique qu'il ne faut pas prendre les bébés dans les bras parce que sinon ils s'attachent. Il semble difficile pour elle de donner ce que manifestement elle n'a pas reçu, de porter ce bébé alors qu'elle-même n'a pas été portée et ne l'est toujours pas dans sa vie. Elle a traversé de nombreuses « galères » comme elle dit, avec sa famille et les hommes qui la laissent régulièrement tomber. Ses deux premiers enfants sont placés. Cette fois, elle ira chez sa mère en quittant la maternité. Elle refuse une proposition de suivi dans une unité de parentalité mais elle accepte le suivi du bébé à la PMI et une HAD pédiatrique. Nous transmettons une note d'information au juge pour enfants qui suit la situation des deux premiers enfants sur l'évaluation faite à la maternité. Nous apprenons que deux mois plus tard, à la suite d'un nouveau signalement fait par la PMI pour négligences, le juge pour enfants a décidé le placement de l'enfant.

À la maternité, les femmes sont reçues parce qu'elles attendent un enfant. Parmi ces femmes enceintes, un certain nombre ont des antécédents de pathologie mentale survenue lors d'une grossesse précédente (antécédent de décompensation du post-partum...), d'autres souffrent d'une maladie psychiatrique avérée (troubles du spectre de la schizophrénie, troubles bipolaires, troubles obsessionnels compulsifs, troubles du comportement alimentaire, addictions diverses...), certaines traversent une période difficile dans leur vie s'accompagnant d'une vulnérabilité psychique et d'un risque dépressif.

Dans tous les cas, il s'agit avant tout, pour le psychologue et/ou le psychiatre, d'accompagner la parentalité de ces femmes, de se préoccuper de la manière dont elles vont s'organiser psychologiquement dans leur maternité. Une femme ne se résume pas à un diagnostic de schizophrénie, de dépression, de bipolarité, etc. La manière de devenir mère quand une patiente souffre de schizophrénie, par exemple, peut être très différente d'une patiente à l'autre et même d'une grossesse à l'autre. Il est cependant essentiel de connaître la nosographie psychiatrique, de savoir reconnaître les signes de souffrance psychique et les signes cliniques des décompensations du pré- et du post-partum, de savoir repérer le mode de fonctionnement psychique d'une patiente, son niveau d'angoisse et la manière dont elle y fait face et d'évaluer les ressources et les vulnérabilités de son environnement proche. Tous ces éléments permettent de préparer un projet d'accompagnement de la grossesse, des suites de couches puis du post-partum.

Dans la réalité du terrain, il est fréquent lorsqu'il existe une maladie mentale, que les équipes qui connaissent ces femmes dans un contexte psychiatrique oscillent entre plusieurs positions :

- attendre la naissance et l'évaluation de la relation mère-bébé pour construire un projet de suivi : « on verra bien » ;
- décider que « de toute façon, avec cette mère, il faut placer ce bébé » ;
- décider qu'il faut « donner une chance à cette mère » avec le fantasme d'une réparation de celle-ci par la maternité.

On repère ainsi dans les équipes, ceux qui, en identification au futur bébé confronté à la pathologie mentale de sa mère et au fantasme de sa dangerosité, ne peuvent qu'envisager le placement de l'enfant d'emblée pour le protéger, et ceux qui en identification à la mère, dans une dénégation des risques potentiels pour le bébé militent pour un maintien mère-bébé à tout prix.

Il est illusoire d'attendre l'observation faite en suites de couches car dans ce temps court et dans ce cadre rassurant, il est généralement difficile d'avoir une évaluation suffisamment précise de la relation mère-bébé, en particulier si la mère sait faire les soins corporels de l'enfant. De plus, la brièveté du séjour hospitalier après la naissance

induit un sentiment d'urgence, qui ne facilite pas l'activation des réseaux de soins du post-partum. Les soins de suite en périnatalité comme le proposent, en région parisienne, l'hôpital du Vésinet et l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien permettent, avec des équipes de professionnels formés en périnatalité, d'accompagner les femmes en difficultés psychosociales dès le prénatal, et de prendre le temps d'accompagner et d'évaluer, en post-partum, la relation mère-bébé sur une durée suffisamment longue.

La recherche des antécédents et la connaissance des points de vulnérabilité parentale sont donc nécessaires dans cette optique de prévention, d'attention aux parents et d'organisation des soins périnataux en luttant contre toute stigmatisation et tout jugement « *a priori* ». Aucun professionnel même « psy » n'est à l'abri de tels mouvements internes de jugement, et de tentative d'évacuation de l'angoisse provoquée par ces situations, en particulier lorsqu'il n'a pas la possibilité de partager dans un récit adressé à un autre professionnel, ce qui se vit émotionnellement et psychologiquement avec ces familles en si grandes difficultés.

## **Les antécédents et les troubles psychiatriques individuels (non exhaustif)**

---

Ils sont à rechercher et parfois juste à entendre lors d'un échange avec la femme à l'occasion de l'ouverture du dossier, lors des consultations mensuelles, ou lors de l'entretien prénatal précoce. À partir d'expressions symptomatiques (comme une tristesse, des angoisses, un retrait, une logorrhée anxieuse, une pauvreté relationnelle, etc.), d'un sentiment d'étrangeté ressenti face à une patiente, d'une narration décousue ou difficile, confuse, désorganisée, le professionnel – sage-femme, obstétricien, échographe, infirmière... – adresse la femme vers une consultation psychologique qui permet de repérer ou de confirmer un possible trouble psychiatrique dont :

- un trouble bipolaire, à très haut risque de décompensation aiguë dans le post-partum ;
- un antécédent de psychose aiguë du post-partum ;
- une maladie du spectre de la schizophrénie ;

- des antécédents de dépression, dont une dépression du post-partum lors des grossesses précédentes ;
- un trouble de la personnalité (une façon d'être au monde, de gérer ses angoisses, de se défendre lors des conflits psychiques...);
- des antécédents traumatiques (dont les antécédents d'abus sexuels seulement si la femme en parle spontanément), les antécédents obstétricaux lors des grossesses précédentes ou chez des proches, les antécédents traumatiques familiaux, etc. ;
- une pathologie addictive : alcool, cannabis ou autres, médicamenteuses aux anxiolytiques ou hypnotiques, par exemple... ;
- un trouble du comportement alimentaire non résolu ;
- un parcours fait de discontinuités, de ruptures, de carences affectives et/ou éducatives, de placements et/ou de maltraitance (physique et/ou psychique) dans l'enfance, de deuils, d'isolement dans un contexte de migration ;
- un traitement médicamenteux qui nécessite un avis de pharmacovigilance et celui d'un pédiatre en anténatal du fait des risques malformatifs, tératogènes, mais aussi des risques d'imprégnation fœtale, puis de sevrage à la naissance. Une information précise sera transmise à la femme et au couple dès la grossesse.

Tout ce qui peut fragiliser l'état psychique de la mère peut être considéré comme un facteur de vulnérabilité et de risque de dysfonctionnement interactif précoce mère-père-bébé. Tout ce qui peut améliorer l'état psychique maternel (son environnement affectif, le fonctionnement du couple, un projet thérapeutique) est potentiellement un acte de prévention et de protection pour elle, son bébé, et l'équilibre familial.

## **Les antécédents et la situation conjugale : l'importance de l'environnement affectif**

---

La situation conjugale renvoie à l'histoire qui fonde la conception de la grossesse, à la nature des liens entre les parents géniteurs, qu'ils soient

effectivement en couple ou non, et à la nature du projet d'enfant dans toute sa complexité consciente et inconsciente, enfant souhaité, désiré, ou refusé, nié, interdit, etc.

Les difficultés de couple sont fréquentes et fragilisent l'environnement affectif autour de la naissance. Certaines sont adaptatives, liées aux bouleversements qui réorganisent la place de chacun. D'autres sont plus problématiques. Parmi les situations régulièrement rencontrées, et de manière non exhaustive, on peut repérer :

- Un isolement, du fait d'une rupture du couple. Il n'est pas rare qu'un partenaire parte à l'annonce de la grossesse, même si le projet d'enfant semblait partagé.

*Madame T.* est effondrée. À 4 mois de grossesse, son ami la quitte sans un mot. Il rejoint son ex-femme, quittée pour elle 1 an auparavant. Pourtant, ce projet d'enfant, c'est lui qui en avait parlé le premier...

- Une situation de violence conjugale (cf. p. 245), de lien d'emprise, d'humiliation. Il est rare qu'une femme en parle. Elle en a souvent honte et, dans une position de soumission et de peur de représailles, elle se tait. Ce sont des signes indirects qui y font penser : maux divers, venue fréquente aux urgences, MAP, vomissements... Toute la difficulté est de permettre à cette femme d'avoir confiance pour que sa parole se délie. Le professionnel doit accepter de recevoir le tourbillon émotionnel que la femme vit et nous fait vivre aussi. Ces situations douloureuses bousculent les certitudes médicales, et font ressentir un fort sentiment d'impuissance, en écho à celui de la femme. En France, les statistiques concernant les violences conjugales confirment leur risque majeur : tous les 2 à 3 jours, une femme en meurt. Dans certaines situations de violence conjugale, la femme et l'homme activent mutuellement la violence dans un lien destructeur.

*Madame S.* se plaint de la violence de son mari. Il la frappe comme en témoignent les marques d'hématomes qu'elle nous montre. Nous recevons ce couple, parfois ensemble, parfois séparément. Progressivement, nous observerons comment les failles narcissiques de chacun et l'effondrement dépressif provoqué par la

migration de Madame S. arrivée en France après un mariage plein d'illusions, ont provoqué des pertes impensables pour elle que son mari vit comme des attaques, parce qu'il ne peut combler ses attentes avides. Nous découvrons les déceptions de cet homme face à une femme aux réactions souvent caractérielles, faites de toute-puissance infantile, et comment Madame S. active la violence de son mari qui avoue ne pas pouvoir se contenir lorsqu'elle dépasse les limites. Le suivi du couple est long, très régulier et ne s'achève d'un commun accord qu'après de longs mois. Leur fille a alors 14 mois. La situation est redevenue stable, il n'y a plus de violences. Monsieur S. a appris à reconnaître la souffrance de sa femme. Elle s'est rassurée narcissiquement dans le lien à sa fille, s'appuyant sur les différents professionnels et elle s'est apaisée.

- La femme qui « fait un bébé toute seule ».

*Madame E.* attend son sixième enfant ; tous désirés, ils sont nés de pères différents. Elle trouve que c'est mieux ainsi. « Les hommes, ça court les filles, c'est pas sérieux. », dit-elle.

- Un fonctionnement du couple de nature fusionnelle, où la question de la différence des sexes est évitée voire niée, jusqu'à l'arrivée de la grossesse qui provoque une confrontation à la différenciation inévitable mais conflictuelle de leurs liens... : « Avant, on faisait tout ensemble et tout pareil, mais maintenant, ce n'est pas juste, cette grossesse me fait souffrir, j'ai mal, je ne peux plus rien faire... »

Au-delà de chacune de ces configurations, et de manière générale, la question du couple interroge la double articulation du masculin et du féminin, du maternel et du paternel chez chacun des deux partenaires. Quelle place la femme donne-t-elle au futur père et quelle place est-il prêt à prendre ? Quelles représentations la femme a-t-elle, du fait de sa propre histoire, des liens de couple et des liens parentaux ? Quels fantasmes agissent de manière inconsciente dans cette épreuve de la réalité du couple ? Quel regard porte-t-elle sur cet homme devenu père, et pour lui, sur cette femme,

devenue mère ? Comment passer du couple, à être deux plus un, deux plus deux, etc. Comment faire coexister le couple «sexuel» et la fonction «parentale» ?

«Notre manière d'être mère et femme, ou père et homme, dépend fondamentalement de la manière dont nous avons rencontré, en tant que bébé, le maternel et le féminin, ainsi que le paternel et le masculin, au sein du fonctionnement psychique de chacun des deux parents, dans le cadre de nos interactions précoces avec eux.» nous dit B. Golse (2004). La femme aborde la maternité avec en elle les traces de ses propres expériences infantiles, par le biais des identifications successives. D'une part, elle a ainsi intériorisé dans ses premiers liens les fonctions dites maternelles de contenance, de pare-excitation, de capacité de rêverie, et celles de nature dite classiquement paternelle : de limitations et d'interdictions, que ces fonctions soient exercées par la mère et/ou le père. En effet, cette double fonction maternelle et paternelle existe tant chez la mère que chez le père et témoigne de l'organisation de la bisexualité psychique de chacun. D'autre part, elle a aussi intériorisé dans le lien à sa mère, par sa fonction de femme désirante pour un autre, l'ouverture à l'espace du tiers et à une intimité parentale énigmatique interrogée et fantasmée, et prémices des identifications pré-œdipiennes puis œdipiennes.

## **Les antécédents générationnels : l'inscription de l'enfant à naître dans deux filiations**

---

La conception puis l'arrivée de l'enfant bousculent les places et le rôle de chacun dans les dynamiques, intergénérationnelle et intrafamiliale. La fille se prépare à être mère «comme sa mère ou surtout

pas comme elle». En devenant mère elle-même, elle fait avancer ses parents dans la chaîne des générations et de la vie, sa mère sera grand-mère, son père grand-père. Le temps avance inexorablement, et les angoisses de mort et de finitude resurgissent alors même que se construit la vie.

De plus, l'arrivée de l'enfant active de manière consciente et inconsciente les conflits familiaux, les secrets de famille, l'histoire obstétricale de sa mère, et les questions sur ses origines. Le passé s'invite dans le présent, comme «les trous de son histoire», les deuils niés, clivés, mais transmis de manière énigmatique, les traumatismes familiaux anciens, les mythes qui animent sa propre histoire. Dans la chaîne des générations, les dits et non-dits s'articulent sans cesse (Tisseron, 2007). Personne ne peut faire sans son histoire, sans ses fondations qu'elles soient solides ou fragiles, sans ce qui nous est donné en héritage à notre naissance. À chacun ensuite, de le faire vivre et fructifier, ou de s'en dégager lorsque cet héritage est pathogène. Les consultations parents-bébé, lorsqu'un symptôme surgit, explorent ce champ inter- et transgénérationnel à travers le repérage des projections parentales sur le bébé, issues d'«un mandat transgénérationnel inconscient» (Lebovici, 1989, 1998b), qui éclairent le sens et les entraves au lien parents-enfant (cf. nombreux exemples chez Manzano et Palacio-Espasa, 1987; Fraiberg, 1999a).

Les antécédents générationnels questionnent aussi les mécanismes de «la transmission autour des berceaux» (Presme *et al.*, 2010). Les histoires de carences infantiles, de maltraitances dans l'enfance, se perpétuent souvent mais pas inéluctablement, alors même que le parent carencé exprime son souhait d'offrir autre chose à son enfant. Un parent maltraitant a fréquemment été un enfant maltraité, mais un enfant maltraité, le plus souvent, ne deviendra pas un parent maltraitant.

## 8.3. La grossesse : vulnérabilité et résurgences traumatiques

La notion de traumatisme est centrale dans la clinique périnatale. D'une part, la grossesse induit possiblement, du fait de la transparence psychique, la reviviscence de possibles traumatismes du passé, en particulier des traumatismes précoces, et d'autre part, l'événement « grossesse » au sens large (accouchement, etc.) est en lui-même potentiellement traumatogène.

Il est important donc de spécifier de ce dont on parle pour la clarté du texte, c'est-à-dire :

- de l'impact d'un événement vécu dans l'ici et maintenant, qui fait effraction et qui génère une réaction immédiate de sidération suivie de réactions anxieuses plus ou moins intenses jusqu'à un état pathologique post-traumatique ;
- ou du processus de réactivation de traces inconscientes des premières relations d'objet précoces de la femme ou de blessures anciennes enfouies qui à l'occasion de la puerpéralité peuvent se réactualiser dans le présent, souvent de manière énigmatique.

Mais en clinique, il n'y a pas de clivage entre ces deux processus. L'impact de la réalité et les résurgences traumatiques s'articulent sans cesse l'une à l'autre par le biais des représentations fantasmatiques. C'est ainsi que se construit l'histoire subjective de chacun. L'impact traumatique d'un événement extérieur dépend non seulement de l'événement en lui-même, par sa force et son effet de débordement mais aussi du sens que la femme va lui donner, au fil du temps, en l'interprétant à sa façon. C'est là que la narration du passé peut éclairer le sens donné à un événement présent, sans oublier combien le présent va aussi mobiliser des représentations et des affects et ainsi modifier la façon de penser certains éléments du passé.

Le traumatisme désigne donc, à la fois, un événement et un processus psychique.

Résurgence vient du latin *resurgere*, se relever, renaître, et au sens figuré « fait de réapparaître, de resurgir, de se faire à nouveau entendre ». La résurgence n'est pas synonyme de simple répétition. La contrainte de la répétition du traumatisme est néanmoins au cœur des interrogations freudiennes.

### Histoire de la notion de traumatisme : Freud et Ferenczi

Le concept de traumatisme a traversé et a fondé toute l'histoire de la psychanalyse. Un détour par l'histoire permet d'en saisir les enjeux et les découvertes fondamentales de S. Freud à S. Ferenczi.

S. Freud élabore sa découverte de la notion de traumatisme à partir de ses travaux sur l'hystérie. L'époque est celle de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et du début du XX<sup>e</sup> siècle. Freud cherche à comprendre ces femmes hystériques rencontrées à l'hôpital de la Salpêtrière chez son maître Charcot et à trouver une explication aux névroses. Dans un premier temps, il croit à l'impact d'événements survenus réellement dans le passé de ces femmes, en particulier sur le plan sexuel, mais il renonce ensuite à cette théorie, la *Neurotica*, et au concept de traumatisme réel extérieur pour mettre en avant la notion de traumatisme psychique issu des constructions fantasmatiques inconscientes du patient. L'importance du fantasme est désormais soulignée. Avec la découverte des théories sexuelles infantiles et la référence aux fantasmes originaires inconscients, S. Freud découvre l'importance de la réalité psychique interne.

Dans les années suivantes, S. Freud rattache le traumatisme à une effraction du pare-excitation, c'est la conception économique du traumatisme. La notion d'effraction est contenue dans la signification même du terme de traumatisme puisque trauma en grec signifie « blessure ». Le traumatisme désigne « l'action de blesser ». Comment un événement de la vie peut-il prendre une tournure traumatique ? Par son intensité, sa violence, sa soudaineté qui entraîne un afflux d'excitations auxquelles le sujet ne peut répondre de manière adéquate. Sa tolérance et ses possibilités internes de pare-excitation ont été dépassées, il n'y a pas eu d'anticipation et le Moi n'a pas pu se protéger. La détresse du nourrisson devient le paradigme de cette angoisse par débordement.

Le traumatisme implique une temporalité spécifique et essentielle : « l'après-coup ». Il implique un premier temps refoulé, non représenté, resté à

l'état de «trou» dans le psychisme, qui à l'occasion d'un événement, tel que la grossesse et la confrontation à la réalité de l'enfant, va se réactualiser dans un symptôme énigmatique, désagréable, à la recherche d'une représentation; ce symptôme est le témoin d'un événement qui n'a pas trouvé à se représenter et à se lier dans son histoire infantile, et du retour, dans le présent, d'une partie de son monde interne. Cette notion est fondamentale.

S. Ferenczi éclaire, de manière fondamentale, la clinique périnatale par une nouvelle approche de la notion de traumatisme. À côté des traumatismes rattachés à la sexualité infantile dont parle S. Freud, S. Ferenczi énonce l'impact de traumatismes précoces, réellement survenus avant même l'acquisition du langage et qui endommagent, de façon majeure, le narcissisme de l'*infans*, toute son organisation pulsionnelle, ses processus de symbolisation et le développement de son Moi. Ces traumatismes sont rattachés à des inadéquations des réponses de l'objet primaire maternel et de l'environnement (Bokanowski, 2002a et b, 2005). L'absence de réponse de l'objet à la détresse de l'enfant crée un vécu de sidération psychique, de désespoir, d'agonie psychique qui se traduit cliniquement par des inhibitions intenses, des moments de sidération, une incompréhension que l'on retrouve chez de nombreux patients en particulier dans les pathologies du narcissisme. S. Ferenczi nous apporte aussi un éclairage fondamental pour la compréhension de certains troubles cliniques. Il décrit des stratégies de survie au traumatisme. La personnalité se clive, se fragmente, en une partie vivante en apparence et active, et une partie clivée inconsciente rattachée aux traces traumatiques, s'exprimant par une douleur incompréhensible, des angoisses paniques incontrôlables, et non figurables (Ferenczi, 2006b).

Les liens à l'objet et l'empreinte de l'environnement ont été repris ensuite par d'autres auteurs tels que W. Bion et D.W. Winnicott. La place donnée à la présence et à la réponse de l'objet dans l'enfance devient essentielle par les traces laissées dans l'organisation même du sujet. S. Ferenczi souligne aussi l'impact de la confusion des langues entre l'enfant (langage de la tendresse) et l'adulte (langage teinté de la sexualité adulte) et l'effet de séduction de l'objet, à l'origine d'une possible excitation sexuelle effrante.

À la fin de son œuvre, après des échanges particulièrement conflictuels entre eux, S. Freud rejoint S. Ferenczi en associant le traumatisme «à des impressions éprouvées dans la petite enfance puis oubliées».

Cette problématique de la trace des traumatismes précoces provoqués par la non-réponse ou la réponse inadéquate de l'objet maternel primaire est particulièrement à l'œuvre chez les patients qui présentent une souffrance narcissique identitaire (Roussillon, 2007, 2010b).

La clinique périnatale nous confronte de manière majeure à la question du traumatisme dans une dialectique permanente entre l'impact d'un présent réel et de traces anciennes, enfouies, prêtes à resurgir, et en recherche de sens, et dans un entrelacement permanent et vivant de la réalité et du fantasme.

Le terme de traumatisme n'est pas synonyme de celui de crise. Le traumatisme a un effet sidérant, il fige la pensée. La crise traduit un processus dynamique et toute crise, même désorganisatrice et à l'origine de souffrance psychique, n'est pas forcément traumatique.

## **La grossesse et le poids de la réalité interne et des productions fantasmatiques**

---

La grossesse, comme l'adolescence, est un temps possible de reprise, dans l'après-coup, de traces émotionnelles de la sexualité infantile et du complexe de castration qui ouvre chez la fille à la question du manque, de l'envie et du désir d'enfant.

La grossesse est aussi un temps de reprise, dans l'après-coup, des traces des premiers liens humains au sein desquels le bébé devenu adulte s'est construit, liens d'attachement, de portage, de mise en sens, de plaisir ou de déplaisir, à un moment où il n'avait pas encore accès aux représentations différenciées Moi/non-Moi et aussi possiblement à la réactivation des expériences sensorielles de la vie fœtale, et de vécus très archaïques, témoins de traces prénatales (*cf.* p. 48-49).

Tout événement est toujours un après-coup d'un autre, survenu dans notre histoire ou notre pré-histoire (Golse, 2006a).

La clinique périnatale nous en offre de nombreux exemples.

*Madame S.* vient en consultation sur proposition de la sage-femme, pendant sa première grossesse. Elle présente un tableau dépressif manifeste ce qui la surprend et l'inquiète, parce qu'elle a intensément voulu cette grossesse, qu'elle aime son conjoint et qu'elle a le sentiment de gâcher ce moment qui aurait dû être heureux. Elle ne comprend pas ce qui lui arrive. Les entretiens réguliers, dans lesquels elle s'engage, révèlent une rivalité fraternelle majeure avec son frère qui a, dans son discours, été toujours très proche et dépendant de sa mère, alors qu'elle se vit comme ayant été rapidement lâchée en ayant perdu l'attention d'une mère toute tournée vers ce frère plus jeune. De plus, la patiente n'a pas pu trouver auprès de son père le soutien espéré.

Ce frère s'est suicidé quelques mois après la naissance de son premier enfant. Cet événement s'est inscrit pour Madame S. comme un traumatisme majeur. Il a induit chez elle une culpabilité intense du fait de ses attaques envieuses antérieures. Elle réalise maintenant qu'elle est enceinte, que la grossesse, crée un état de sensibilité et de vulnérabilité, inconnue pour elle jusque-là, et qui la rapproche dans ses pensées de ce frère, qui a dû tant souffrir. Elle regrette de n'avoir pas pu l'aider, elle renoue avec lui dans ses pensées, et développe une capacité d'empathie. Elle peut alors revisiter les liens avec sa mère. Depuis la mort de son frère, elles se sont rapprochées, mais elle a gardé jusque-là une certaine distance mettant un point d'honneur à ne rien demander, pour ne pas être déçue, convaincue d'avoir été moins aimée. La dépression est mise en lien avec la perte du frère, mais aussi avec un vécu de perte plus ancien, lié à sa mère. Elle fera le lien aussi avec la peur et les angoisses d'avoir appris qu'elle attendait un petit garçon. Elle réussira à le dégager des projections mortifères issues de son histoire infantile. Elle développera une relation très fusionnelle avec son bébé mais la qualité de son conjoint et de leur lien de couple lui permettra d'en sortir et d'ouvrir l'espace du tiers.

Cette patiente a parlé d'elle, de la façon dont elle s'est représentée avoir été portée, soutenue, dans

le lien primaire à ses parents, à son frère, représentations à la fois subjectives et remaniées par les diverses reconstructions ultérieures, mais mobilisables dans ce temps si précieux de la grossesse et du post-partum.

## La grossesse et le poids de la réalité externe

---

De nombreux événements de la réalité extérieure ont un impact potentiellement traumatique dans cette période sensible (non exhaustif) :

- lors de la grossesse actuelle :
  - les difficultés de couple même modérées, la violence conjugale; la séparation du couple au moment de l'annonce de la grossesse, la découverte d'une relation extraconjugale,
  - une rupture d'hébergement, la perte d'un travail ou des difficultés au travail provoqués par l'annonce de la grossesse,
  - un accident de voiture, un choc, un imprévu,
  - un déracinement,
  - la survenue d'un deuil pendant la grossesse, deuil d'un parent ou d'un proche,
  - l'absence de la mère de la femme, quelle que soit la raison (deuil ou conflit avec rupture familiale; migration),
  - la séparation, lors d'une hospitalisation pour MAP par exemple, avec un aîné avec qui la mère entretient une relation encore très fusionnelle et qui questionne la place à venir de l'enfant suivant,
  - l'histoire obstétricale actuelle : le dépistage d'une anomalie foetale, un problème médical maternel (MAP, HTA, etc.), un accouchement hémorragique, long, compliqué, se terminant par une césarienne redoutée et en urgence; etc.;
- par la réactualisation de traumatismes survenus dans leur histoire :
  - les « traumas précoces » (Ferenczi, 1993),
  - les traces de son vécu foetal, « premier temps du trauma » (cf. p. 48–49)
  - une séparation parentale vécue douloureusement dans l'enfance,

- un parcours de maltraitance ou des femmes ayant été victimes d'abus sexuels dans leur parcours d'enfant ou de femme : elles peuvent être en difficulté pendant la grossesse par les mouvements actifs du bébé, lors de l'accouchement ou après la naissance, pour la gestion des soins de leur corps et de celui de leur bébé, garçon ou fille, quand elles sont exposées à chaque change au sexe de leur enfant (évitement ou excitation).

Les femmes nous racontent leur histoire aussi avec leur corps, par des expressions somatiques diverses. Toute la difficulté est de pouvoir offrir un cadre de réceptivité et de présence où les émotions issues du passé ou d'un présent difficile pourront se libérer et se mettre en mots grâce à la position d'écoute bienveillante du professionnel. C'est une position différente de celle qui trop souvent encore (pour remplir les antécédents dans le dossier médical par exemple) questionne directement la femme, sans être dans un lien de confiance construit préalablement, ce qui est le plus souvent vécu comme une nouvelle agression, une intrusion dans sa vie intime et qui provoque l'inverse de ce qui était recherché. Les femmes réagissent alors par un mouvement agressif, une méfiance qui empêchent l'alliance et la confiance et par une attitude défensive de mise à distance pour ne rien vouloir en entendre. Elles ne viennent plus ou se taisent ne laissant rien paraître de leurs souffrances intimes ou se montrent désagréables. L'autre est mis à distance, est redouté, potentiellement devenu persécuteur au lieu de pouvoir être là, disponible et attentif.

L'impact du poids de la réalité est donc à mettre en dialectique avec les mouvements psychiques et l'ensemble des productions fantasmatiques qui s'y associent, et qui sont au cœur de notre travail psychique.

*Madame G.* suivie pour sa deuxième grossesse est hospitalisée pour une menace d'accouchement prématurée, s'accompagnant d'un état de repli régressif. Elle parle peu, se détourne de tout échange. Ma première tentative pour la rencontrer se solde par un refus de tout contact. Elle me tourne le dos. Je me présente et je lui rappelle que je l'avais rencontrée lors de sa première grossesse. Elle avait présenté

des troubles similaires. Les éléments de son histoire, particulièrement traumatiques, me remontent en mémoire mais je ne lui en dit rien; je lui propose de revenir, elle me dira alors si elle souhaite que l'on échange. Lors de la rencontre suivante, elle accepte l'échange pour se plaindre de nombreux maux somatiques, le bébé lui fait mal, elle grimace chaque fois qu'il bouge, il la dérange, elle ne peut pas dormir. Elle sait que je sais son histoire. Elle se rappelle très bien nos échanges d'autrefois, et elle me transmet qu'elle ne veut plus rien en dire. Les mouvements actifs du bébé, dont elle sait que c'est à nouveau un garçon, réveillent les traces des agressions sexuelles dont elle a été la victime. Elle n'a pas de contractions, mais des moments d'angoisses lorsque le bébé *in utero* bouge « trop ». Elle attend cet enfant mais la grossesse lui fait vivre des sensations et une réactivation d'excitations insupportables.

*Madame B.* consulte à 6 mois de grossesse sur proposition de la sage-femme parce qu'elle est très angoissée au cours de cette première grossesse, très précieuse après plusieurs années d'attente et une FIV. Dès qu'elle s'assied, Madame B. se surprend à me parler de son divorce survenu il y a 3 ans après 10 ans de vie commune. Ça lui est tombé dessus, elle n'a rien vu venir, sa vie semblait sans nuages. Elle se sentait heureuse. Son mari décide de divorcer, elle subit et s'effondre. Quelques mois plus tard, elle rencontre son ami actuel, et engage une relation qu'elle trouve aujourd'hui beaucoup plus satisfaisante. Elle attend ce bébé de cette nouvelle union. Le traumatisme pour elle : elle n'a rien vu venir, n'a rien pu anticiper. Elle le relie au fait d'avoir été surprotégée enfant, ce qui l'a empêchée de trouver les moyens de se défendre dans les situations difficiles. Elle transmet un profond sentiment d'insécurité qu'elle ne voudrait pas communiquer à son enfant. Maintenant, elle anticipe le pire, et vit comme si tout pouvait s'arrêter, comme sa première union, ou comme la grossesse d'une amie qui a vécu une mort fœtale *in utero* à terme. Elle craint pour le bébé à venir et ne peut se réjouir. Elle n'a rien préparé car si elle devait le perdre, elle pense qu'ainsi, elle serait moins triste.

## **La part subjective de la notion de traumatisme lors du parcours obstétrical**

---

Les événements spécifiquement obstétricaux sont potentiellement à risque de prendre une valeur traumatique. Pourtant, un même événement sera traumatique pour l'une et pas pour une autre, ou de façon différente. La grossesse peut s'accompagner de nombreuses complications : FCS, métrorragies, contractions répétées avec MAP, découverte d'anomalies aux marqueurs sériques, réalisation d'une amniocentèse, attente des résultats, HRP, césarienne en urgence. Ces complications peuvent faire effraction pour une patiente donnée, et devenir traumatiques. D'autres présenteront un état de souffrance psychique légitime, adaptatif et non pathologique.

Le vécu de l'accouchement est tout à fait représentatif de cela. Une sage-femme peut avoir eu le sentiment que tout s'est bien déroulé, alors même que la femme viendra raconter un vécu terrible, source de grande souffrance. À l'inverse, une sage-femme racontera combien cet accouchement a été dur et douloureux, alors que la femme n'en n'aura pas cette représentation. Il y a là une part éminemment subjective, qui appartient à chaque femme du fait de sa propre histoire, de ses capacités à mettre en œuvre des moyens défensifs. Le thérapeute du psychisme est à l'écoute de ce vécu subjectif, celui qui s'inscrit dans les représentations de la femme.

## **La névrose traumatique postobstétricale**

---

Sur le modèle de la névrose traumatique, M. Bydlowski décrit, dans certaines situations obstétricales, un état psychique survenant lorsque la patiente a fait l'expérience à la fois fascinante et envahissante d'un danger vital, d'une expérience de mort imminente, en particulier lors de l'accouchement. Ce vécu initial est suivi d'un état anxiodépressif d'intensité variable mais caractérisé par le ressassement de la scène traumatique, et par des cauchemars répétitifs faisant revivre la frayeur de l'événement obstétrical. Les troubles s'atténuent

avec le temps, mais la grossesse suivante vient réveiller les éléments fixés précédemment et met au risque d'une récurrence par la réactivation dans le présent d'un passé resté non mentalisé, à l'état « brut », dans le psychisme. Ceci s'observe, par exemple, lorsque la femme présente une MAP quelques jours avant d'arriver au terme de son accouchement précédent, survenu très prématurément, ou au terme d'une MFIU, survenue lors d'une grossesse précédente. La mise en lien des deux événements et le dégageant de la grossesse actuelle de la précédente permettent, le plus souvent, l'arrêt des contractions utérines et la poursuite de la grossesse, c'est une façon de déjouer la répétition d'un nouvel accident obstétrical.

La manière dont une femme surmonte le déroulement obstétrical dépend d'un certain nombre de facteurs qui témoignent de ses capacités adaptatives et évolutives. Certaines vont s'effondrer, alors que d'autres réussiront à s'en remettre. B. Cyrulnik a décrit cette notion de résilience comme la capacité à surmonter les épreuves traumatiques. Souvent le professionnel de la naissance, quelle que soit sa fonction dans l'institution, va devenir, grâce à une attention, une parole, un regard, un échange, un tuteur de résilience pour la femme.

## **Traumatisme et importance du soin**

---

Si la dimension potentiellement traumatique est majeure dans le processus du devenir parent, comment penser le soin et l'accompagnement thérapeutique ?

R. Roussillon (2004, 2010a), dans la continuité des travaux de S. Freud, S. Ferenczi, W.R. Bion et D.W. Winnicott, ouvre une autre dimension du traumatisme particulièrement intéressante pour penser le soin en périnatalité : le trauma ne serait pas seulement lié à l'absence de possibilité de décharge pulsionnelle (dimension économique du trauma), mais à des situations où la décharge pulsionnelle a bien eu lieu mais « pas au bon moment », « ni au bon endroit », c'est-à-dire « qu'elle n'a pas eu lieu en présence de l'objet, qu'elle n'est pas reçue par l'objet ». R. Roussillon fait référence à la relation du bébé avec son objet

primaire, autre sujet, sa mère (ou celui qui prend soin de lui). Le trauma est donc à penser non seulement dans sa dimension intrapsychique mais aussi dans l'inter-relationnel et l'intersubjectif. C'est dans cette ouverture que s'inscrit toute la dimension thérapeutique du professionnel en périnatalité, dans la nécessaire rencontre avec ces femmes et ces hommes engagés dans le processus du devenir parent, en étant là « au bon moment », et « au bon endroit » auprès d'eux, « ni trop tôt, ni trop tard » et dans une bonne distance « ni trop près, ni trop loin ». C'est là

tout l'intérêt de rencontrer des parents au moment d'une interruption de grossesse, « d'être là », en position d'écoute et d'empathie, de réceptacle suffisamment solide, capable de « survivre au débordement émotionnel » mais aussi avec sa propre sensibilité, d'être dans une écoute émotionnelle de ces parents, à condition d'être attentifs à ses propres vécus internes. L'accompagnement de soins se fait au rythme souhaité par les parents, par la proposition d'une ou plusieurs « rencontres », après la sortie de la maternité.

## 8.4. Dépressivité et dépression

De la dépressivité à la dépression, la question de la perte des objets investis libidinalement est au cœur du processus de parentalité. A. Green (2008) parle de « l'éloignement des objets », d'une mise à distance jusqu'à une possible perte. Pour être et devenir, chacun doit se construire dans le lien à l'autre, s'unir, s'ajuster, s'identifier puis se différencier, le chercher puis le perdre avant de le retrouver sans cesse au fil des interactions et lors des inévitables et nécessaires séparations dans la dialectique présence/absence. Pour grandir, il faut accepter de perdre et de renoncer. Ces mouvements psychiques sont le plus souvent constructifs et maturatifs mais ils peuvent aussi être une source potentielle de souffrance désorganisatrice et à l'origine de symptômes (angoisses, craintes, somatisations ou difficultés diverses). Dans le processus de parentalité, il s'agit de renoncer à n'être que la fille ou le fils de ses parents, c'est-à-dire de « perdre » la position infantile, ses besoins et ses désirs infantiles et d'investir une nouvelle identité, celle d'être parent à son tour, et d'être parent pour ce bébé-là. Ceci permet de comprendre la place centrale de la problématique dépressive, non seulement au cours du développement mais aussi dans cette clinique du devenir parent, même s'il a fallu du temps pour admettre qu'une femme enceinte ou dans le post-partum puisse être déprimée, même en ayant désiré son enfant, loin de l'image

d'Épinal de l'heureux événement (à laquelle se confrontent toujours les mères déprimées avec force de culpabilité). Il est évident aujourd'hui que les manifestations à expression dépressive font partie de ce processus et ne sont pas toujours pathologiques. La tristesse, le sentiment de « blues », les fluctuations émotionnelles appartiennent à ce processus de vie, témoin de la nécessaire rencontre avec soi-même en tant que personne séparée et spécifiée dans son identité. La dépressivité témoigne d'un processus de changement et de conflit psychique favorisé par la transparence psychique de la grossesse. « La dépressivité est inhérente à la vie psychique, elle est une potentialité régulatrice et rythmique des inévitables aléas de la psyché. » (Bergeret, 1975; Férida, 2001 cité par Roussillon, 2007). Elle n'est pas la dépression qui, elle, entre dans le domaine pathologique, et « vide la psyché de toute dynamique ».

### Le blues du post-partum

Dans les dix premiers jours suivant la naissance, avec un pic entre le 3<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> jour, une majorité de femmes, de 50 à 70 % des accouchées, présentent un tableau d'hypersensibilité, s'accompagnant de crises de larmes, d'irritabilité et de manifestations anxieuses. Les autres signes sont : l'élation de l'humeur essentiellement le premier

jour, une tendance à l'oubli et à la confusion, des céphalées, un sentiment d'indifférence envers le bébé, des symptômes que la femme ressent péniblement. Deux éléments sont essentiels dans ce tableau clinique : l'humeur maternelle est fluctuante dans la journée, et ces troubles ne durent pas. Ces manifestations émotionnelles survenant dans les jours suivant la naissance interrogent depuis longtemps mais, bien qu'il y ait eu de nombreux travaux de recherche (en particulier sur le rôle de la dopamine), il n'y a pas de modèle explicatif du blues, clairement établi à ce jour. Dans la perspective d'un *continuum* de l'anté- au post-partum, il est tentant de penser un possible lien entre ces manifestations et les nombreux enjeux de la naissance, de la perte de la complétude narcissique de la grossesse à l'accueil du bébé dans toute sa réalité et sa dépendance absolue et de faire le lien avec la description de D.W. Winnicott de la « préoccupation maternelle primaire ». Cette « maladie normale » faite d'hypermotivité de la mère s'installe en fin de grossesse et dure quelques semaines après la naissance, soit bien au-delà des troubles du blues. Toutefois, cette transformation psychique de la mère lui permettrait d'amorcer le processus qui va développer sa capacité à entrer en relation sur un mode d'identification régressive à son bébé afin de s'ajuster au mieux à ses besoins et de se décentrer de ses propres préoccupations narcissiques. En suites de couches, il est flagrant de constater combien toutes les attentions sont portées au bébé, tant par la famille que par les professionnels ce que certaines femmes ressentent comme une façon d'être lâchées, se sentant seules, à un moment où elles ont elles-mêmes à gérer la perte du bébé du dedans et un corps devenu vide et inintéressant. C'est, d'ailleurs, ce moment où tout « coule » et « lâche » chez la femme : le sang, le lait et les larmes et où il lui est demandé d'assurer les soins d'un bébé encore inconnu, mais exigeant, de gérer la montée laiteuse pour celles qui allaitent et aussi de sortir de la maternité (3<sup>e</sup> jour pour un accouchement eutocique, 5<sup>e</sup> jour après une césarienne). Le blues représenterait un moment de transition normal, cédant rapidement par un accompagnement bienveillant et des paroles valorisantes d'encouragement, avant que le bébé ne devienne pour sa mère, à lui tout seul, l'objet de toutes ces gratifications (cf. p. 29-30-31.)

## **La dépression du post-partum (DPP) ou dépression postnatale (DPN) : paradigme de cette clinique du lien à l'autre au cœur de la psychiatrie périnatale**

---

La clinique de la DPP a mobilisé toute l'attention des professionnels de la périnatalité depuis des années et a fondé la psychiatrie périnatale. Les troubles psychiatriques du post-partum étaient connus depuis longtemps, dès Esquirol en 1845, et surtout grâce au fameux *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* de L.V. Marcé en 1858 republié en 2002. En 1968, B. Pitt, psychiatre britannique, décrit « une dépression atypique du post-partum » non délirante, non psychotique. Depuis, la question d'une spécificité de la DPP, comme entité à part entière au sein des dépressions en général, fait toujours débat (Dayan, 1999b).

Les études épidémiologiques s'accordent pour dire que 10 à 15 % des femmes présentent une DPN (soit en France environ 75000 à 100000 femmes par an) avec classiquement deux pics de survenue : entre la 6<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> semaine, dit dépression postnatale précoce, et lors du deuxième semestre du post-partum. Ce pourcentage correspond au nombre de femmes qui relèvent d'un diagnostic de dépression, dans les mois qui suivent la naissance de leur enfant, sans autre précision sur la nature ou le contexte de la dépression.

L'étude faite par O'Hara *et al.* (1990) montre que la prévalence de la dépression non psychotique serait la même dans une population de femmes en âge de procréer et n'ayant pas d'enfant de moins de 1 an que chez des femmes dans les 9 semaines suivant une naissance. L'étude conclut que la dépression serait une pathologie fréquente chez les femmes.

Si la dépression du post-partum a tant mobilisé les professionnels, c'est en raison de son impact possible, largement argumenté par de nombreuses recherches, sur les interactions précoces mère-bébé à l'origine de dysharmonies relationnelles précoces, potentiellement sources de troubles chez l'enfant en devenir. Quinze pour cent des DPN auront des conséquences sur le

développement du bébé (Lemaitre, Candilis, 1999). Le repérage, la prévention et le traitement de la DPN sont devenus des enjeux de santé publique. Ceci signifie aussi qu'une grande majorité des DPN n'entraîneront pas de troubles chez l'enfant.

Les dépressions postnatales impliquent des facteurs biologiques, psychosociaux, environnementaux et psychodynamiques. Il n'y a pas une mais des dépressions postnatales.

Le terme de « dépression » est souvent utilisé de manière générique par les soignants et les patientes pour exprimer un malaise psychique : « je suis déprimée, je me sens déprimée » peut vouloir dire « je ne me sens pas en forme » sans que ce soit une réelle dépression au sens psychiatrique du terme. L'évaluation montre que sous l'utilisation de ce terme, tous les diagnostics sont possibles. Par exemple, une femme psychotique ayant été hospitalisée en psychiatrie antérieurement, pour un épisode délirant, dira le plus souvent, parce que c'est ainsi qu'elle se le représente, qu'elle a fait une dépression. Seule une évaluation précise permet de faire la part entre les différents registres psychopathologiques dont les enjeux thérapeutiques et les retentissements sont bien différents.

## Le diagnostic de dépression

Classiquement, on retrouve la triade sémiologique suivante :

- « un affaissement de l'humeur qui devient triste » (Ey, 1978) ;
- une inhibition : un ralentissement des processus psychiques de l'idéation, un repli du sujet sur lui-même qui le pousse à fuir les relations avec les autres, une perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités. Subjectivement, le sujet ressent une lassitude psychique, une difficulté à penser, à évoquer (troubles de la mémoire), mais aussi un ralentissement physique, associé à des manifestations somatiques et neurovégétatives ;
- une douleur morale, marquée par une autodépréciation, voire une auto-accusation, un sentiment de culpabilité.

Il s'y associe des troubles somatiques divers : céphalées, algies diverses, sentiment d'étouffement, palpitations, troubles digestifs, etc.

## La dépression postnatale : le diagnostic est clinique

Si le diagnostic est aisé devant les formes franches de dépressions ou les formes majeures comme la « mélancolie délirante », il faut parfois y penser et la rechercher dans les formes plus modérées, à composante anxiodépressive, masquées derrière des somatisations diverses, ou une fatigue traînante, même s'il est légitime d'être fatiguée après la naissance d'un bébé. Les femmes, dans le post-partum, banalisent souvent ces symptômes somatiques, cherchent à rassurer le médecin, souvent pour se rassurer elles-mêmes. Dans ce moment supposé être un grand moment de bonheur, il leur est difficile d'exprimer combien elles peuvent se vivre comme incompetentes, culpabilisées et tristes de ne pas se sentir à la hauteur et heureuse, dans un mouvement d'autodévalorisation et d'autodépréciation. Elles pensent souvent avec honte et culpabilité qu'elles sont les seules à se sentir ainsi, incompetentes, à ne pas supporter les pleurs de leur bébé et à pleurer elles-mêmes sans cesse. Elles peuvent raconter, après être sorties de la dépression, combien elles ne se reconnaissent plus, combien elles se sentaient dépassées, n'ayant aucun plaisir avec ce bébé, dans un vécu d'indifférence très culpabilisant, se sentant dans l'incapacité de faire ce qu'il faudrait pour lui, ou ne se sentant pas mère de ce bébé-là, tant éloigné de ce qu'elles attendaient.<sup>68</sup>

La clinique repère alors :

- un mouvement de retrait de la mère qui s'isole, regarde ailleurs ; elle paraît découragée, mettant l'enfant à distance, indifférente, ou souvent irritée dès que le bébé réclame à nouveau le sein ou le biberon, dans un ralentissement global et un laisser-aller ;
- ou un état d'agitation anxieuse chez une femme qui cherche à être « une bonne mère, voire une mère idéale » dans un contre-investissement de son vécu interne. La femme se vit comme une mauvaise mère ou se sent jugée comme telle et chaque difficulté avec l'enfant alimente ces pensées. Cette anxiété et le conflit psychique sous-jacent de ne pas se sentir à la

68 cf. Le magnifique récit de la romancière Elif Shafak, 2007, « Lait noir ».

hauteur s'auto-entretiennent. Elle devient irritable, angoissée et tendue, ce qui peut aussi désorganiser son couple et accentuer à son tour les difficultés. Elle n'arrive plus à dormir et la fatigue s'accumule parfois jusqu'à l'épuisement. Une femme agressive peut être une femme déprimée.

Les troubles du sommeil sont les premiers signes de toute décompensation du post-partum, particulièrement l'insomnie, c'est-à-dire l'impossibilité pour la femme de se laisser aller dans le sommeil quand le bébé dort ou que quelqu'un s'en occupe.

L'anxiété maternelle peut aussi s'exprimer à travers des peurs que son bébé n'aille pas bien, la conduisant de manière répétée chez le pédiatre, ou le médecin généraliste ou à la PMI qui seront des interlocuteurs de choix pour dépister la DPN.

Les troubles du bébé, tel un bébé qui ne dort pas ou qui pleure beaucoup, et les troubles de l'interaction doivent alerter et questionner une possible DPN chez la mère, et ce d'autant que les troubles du bébé peuvent rapidement majorer le sentiment d'incompétence maternelle et intensifier une dépression.

Certaines femmes déprimées assurent les soins physiques de l'enfant, de manière mécanique, opératoire en mettant leurs affects à distance. Le diagnostic n'est pas facile parce que l'enfant est soigné, bien habillé et qu'il prend du poids, ce qui peut facilement rassurer.

Le tableau habituel de dépression s'accompagnant d'idées suicidaires ne semble pas fréquent dans cette clinique. Il est toutefois, très difficile d'avoir accès aux idées suicidaires si elles sont présentes. Il faut s'en alerter particulièrement, si la femme exprime le sentiment de se sentir inutile ou indigne.

Quelle que soit l'intensité dépressive, même dans les formes modérées, les DPP ont un impact sur la qualité des échanges mère-bébé si elles restent méconnues et sans accompagnement thérapeutique adapté. Les formes sévères de dépression, plus facilement reconnues, permettent habituellement à ces femmes de bénéficier d'un accès aux soins plus rapide, ce qui n'est pas le cas des femmes qui présentent des formes « mineures » de dépression, qui entraînent longtemps avant d'être diagnostiquées et d'accéder

aux soins ce qui expose l'enfant plus longtemps aux effets de la dépression. La durée de la DPN est un facteur de gravité, d'où l'intérêt d'y penser et d'avoir un outil facilement utilisable d'aide au diagnostic : l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).

## Les outils diagnostiques de la dépression postnatale

- *Edinburgh postnatal depression scale* – EPDS (encadré 8.1) : N. Guedeney (1995) a traduit et validé pour la France l'échelle d'évaluation de la dépression postnatale de J. Cox. Il s'agit d'un autoquestionnaire de dix items destiné à dépister, dès la 4<sup>e</sup> semaine du post-partum, les mères déprimées dans une population tout-venant. L'intérêt de cette échelle est de pouvoir être facilement utilisée par des professionnels non spécialisés, dans un temps court de consultation, en médecine générale, chez le pédiatre, à la PMI... Chaque item est coté de 0 à 3. Le score obtenu est la somme des dix cotations. Les réponses normales sont cotées 0, les réponses sévères 3. L'objectif de la validation de l'échelle était de rechercher le score donnant le moins de faux négatifs (bonne spécificité) et le moins de faux positifs (bonne sensibilité). Dans une perspective clinique, le score retenu par N. Guedeney est  $\geq 11$ . Dans le cadre de sa validation, 80 % des mères déprimées avaient un score  $\geq 11$ . Celles avec un score  $< 11$ , avaient 81% de chances de ne pas être déprimées. Dans une perspective de recherche, elle propose de retenir une note seuil de 12. L'EPDS est complémentaire à l'évaluation clinique qui prime en cas de doute diagnostique. Cette évaluation comme toute attention portée aux patientes permet d'ouvrir un espace d'échanges avec le professionnel, seul moyen d'être à l'écoute de ce que vit la femme intérieurement, de ses inquiétudes, de ses angoisses et de ses doutes.
- *Autres échelles diagnostiques*. Elles sont non spécifiques de la DPP mais largement utilisées en psychiatrie : échelle de Beck, échelle d'Hamilton...

La dépression mélancolique, grande urgence, nécessitant des mesures thérapeutiques immédiates est traitée dans le chapitre 8.5.

### Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150 : 782-6.

Nom : Prénom : Date :

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

Voici un exemple. Je me suis sentie heureuse :

- ▶ oui, tout le temps;
- ▶ oui, la plupart du temps;
- ▶ non, pas très souvent;
- ▶ non, pas du tout.

Exemple : *Oui, la plupart du temps* signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions. Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :
  - Aussi souvent que d'habitude
  - Pas tout à fait autant
  - Vraiment moins souvent ces jours-ci
  - Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir :
  - Autant que d'habitude
  - Plutôt moins que d'habitude
  - Vraiment moins que d'habitude
  - Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :
  - Oui, la plupart du temps
  - Oui, parfois
  - Pas très souvent
  - Non, jamais

**COTATION :** les items 1, 2 et 4 se cotent de 0 à 3. Les items 3, 5 à 10 se cotent de 3 à 0. Le score maximal est de 30.

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse, sans motifs :

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, parfois
- Oui, très souvent

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

## Facteurs de risque de dépression postnatale

La recherche de facteurs de risque de DPN pendant la grossesse s'inscrit dans une démarche de prévention primaire et secondaire : il s'agit, d'une part, de prévenir la survenue chez la mère d'une dépression anténatale et/ou postnatale et, d'autre part, si la mère est déjà déprimée, de mettre en place les stratégies thérapeutiques nécessaires

pour prévenir les risques liés à l'impact de cette DPN sur le développement de l'enfant.

Un facteur de risque est un facteur statistique, utilisé habituellement par les épidémiologistes ou les médecins de santé publique. Il signifie par exemple, que madame X qui a présenté une DPN à la grossesse précédente a un risque de  $x$  % de déprimer à nouveau après la naissance de son enfant suivant. Le risque implique une incertitude, un possible mais incertain, une vulnérabilité qui autorise la

recherche dans l'environnement de la femme d'appuis de sécurité et de facteurs de protection grâce à un accompagnement thérapeutique adapté. Un facteur de risque n'est pas un facteur de causalité.

Ces facteurs peuvent s'ajouter dans une potentialité active. J. Dayan souligne le risque lié à la conjonction d'un état de vulnérabilité acquis ou constitutionnel et d'un facteur déclenchant.

Pour des raisons de clarification, les facteurs sont étudiés chez la mère, chez le bébé, puis dans leur lien. Ils sont à rechercher dès le temps prénatal.

## Facteurs de risque du côté maternel

Les facteurs prédisposant à la DPN sont essentiellement non spécifiques.

La naissance, comme d'autres événements de la vie, peut potentiellement déclencher une dépression. Les facteurs de risque associent des facteurs propres à l'individu dits endogènes, des facteurs liés à l'environnement et surtout la combinaison des deux. On recherche chez la mère :

- une histoire personnelle faite d'épisodes antérieurs de dépression dans un contexte puerpéral ou non ;
- une dépression anténatale déjà actuelle lors de la grossesse en cours ou des manifestations intenses d'anxiété à la fin de la grossesse ;
- une histoire de bipolarité personnelle ou familiale ;
- un fonctionnement psychique en lien avec un trouble de la personnalité, en particulier chez les femmes fragiles sur le plan narcissique, dépendante dans un registre anaclitique... ;
- des difficultés conjugales (facteur de tension et d'isolement, de perte de point d'appui de sécurité) et toutes les situations de violences conjugales ;
- des difficultés socio-économiques, facteurs de précarité, l'absence de logement stable, etc. Il n'est pas rare que des femmes quittent la maternité avec leur bébé pour rejoindre un hébergement du Samu social, qui certes offre un toit, mais dans toute l'insécurité du lendemain, l'isolement et dans la discontinuité des hébergements qui rend plus difficile la mise en place de

soins (éloignement géographique et changements fréquents d'hôtel) ;

- l'isolement affectif, social et le manque de soutien attentif et bienveillant, contenant et protecteur, surtout. Pour la femme hypersensible dans le post-partum : l'absence de partenaire, la rupture avec la famille (grossesse cachée, refus de la famille d'accepter la grossesse, migration et perte des repères, entourage distant...), toutes les situations qui réactivent les angoisses de séparation et de perte, et les angoisses d'abandon. On porte une attention toute particulière à l'absence de la grand-mère maternelle qu'elle soit liée à un deuil, à un éloignement géographique ou à des liens distendus et conflictuels.

Pendant la grossesse, on porte aussi une attention particulière aux grossesses non désirées, non suivies, non déclarées, aux grossesses déniées de manière partielle ou totale qui cumulent souvent un ensemble de facteurs de vulnérabilité dont certains cités ci-dessus.

Les facteurs de risque plus spécifiquement liés au processus de parentalité ont été mis en évidence par les psychothérapeutes de la relation parents-bébé (Cramer, 2002b) parmi lesquels :

- les facteurs dits d'adaptation, liés à l'intense travail psychique nécessaire d'ajustement réciproque de la mère et du bébé ;
- et surtout, les facteurs liés à la fantasmatique maternelle et aux représentations qu'elle se fait de son bébé, représentations qui alimentent ses projections sur l'enfant : elle le pense gentil ou méchant, capricieux, fragile ou fort, résistant, etc., souvent dès les premiers jours, témoignant d'une représentation de son enfant, issue de son folklore personnel interne qui lui permet d'attribuer à l'enfant, avant même de le connaître, des qualités ou des défauts, attendus ou redoutés. Les interventions psychothérapeutiques, qui dégagent le bébé de ces mouvements projectifs lorsqu'elles sont efficaces (Cramer, 2002b), ont un effet d'amélioration non seulement sur les troubles fonctionnels du bébé mais aussi sur l'humeur maternelle.

Plusieurs équipes de professionnels ont poursuivi des recherches pour tenter de mieux dépister la DPN dès le temps anténatal tant l'enjeu de ce dépistage et de son corolaire préventif est important. L'équipe genevoise du professeur Manzano a

élaboré un questionnaire de dépistage anténatal du futur risque de DPN (Nanzer, Righetti-Veltéma, 2009) : le DAD-P. L'intérêt de cet outil est d'être utilisable par tous les professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse et non nécessairement spécialisés dans le psychisme.<sup>69</sup>

## Facteurs de risque du côté du bébé

Comme préalable, le bébé est à penser comme un partenaire actif de l'interaction, même si la relation mère-bébé est fondamentalement asymétrique avec des enjeux, pour chacun, bien différents mais intimement liés. «Un bébé peut déprimer sa mère», nous dit B. Golse. Il peut aussi la rassurer sur le plan narcissique, et lui donner «la force» de lutter et de sortir de sa dépression mais il peut aussi, plus ou moins rapidement, s'épuiser à lutter pour réanimer sa mère avant de s'effondrer à son tour.

Chaque bébé est différent et engage d'une manière qui lui est spécifique la relation (cf. chapitre 4). «Le bébé a un vécu avant d'être vu à la naissance», il arrive avec son équipement génétique et biologique qui le constitue et son histoire prénatale. Nos connaissances sur les effets de tels ou tels événements survenus pendant la période fœtale sont très limités et souvent de l'ordre de nos propres projections. Il est pourtant utile de savoir comment s'est déroulée la grossesse : y a-t-il eu des complications, des signes de souffrance fœtale, des manifestations vasculaires avec HTA gravidique, un diabète gestationnel ? Comment se sont déroulés le travail et la naissance ? utilisation des forceps ? extraction difficile ? L'enfant a-t-il pu être posé immédiatement sur sa mère, ou y a-t-il eu une séparation, avec manœuvre de réanimation ? Comment la mère va-t-elle raconter la naissance, comment sa subjectivité va-t-elle infiltrer les éléments de réalité pour créer un récit, celui qui sera transmis à l'enfant à propos de sa naissance ? C'est là toute la complexité des situations qui nécessitent une analyse rigoureuse et surtout l'absence de jugement et de conclusions trop hâtives.

Par exemple, après une naissance difficile, le bébé peut être douloureux.

*Madame A. est en difficulté pour apaiser son enfant qui pleure sans cesse. La sage-femme demande de la rencontrer parce qu' « elle est dépassée, qu'elle n'y arrive pas, qu'elle est déprimée ». Madame A. est effectivement très éprouvée, en larmes face à son bébé qui pleure et qu'elle n'arrive pas à consoler. L'observation du bébé montre un enfant douloureux, tendu et peu dans le contact. C'est l'examen du pédiatre qui donne un sens au malaise de cet enfant permettant d'éviter l'installation d'une spirale anxiogène et dévalorisante pour la mère. Sa prescription d'antalgiques entraîne un soulagement rapide du bébé, l'arrêt des pleurs et une reprise de confiance de la mère dans ses capacités maternelles.*

Il est peu prudent et même pathogène de toujours rendre responsable les mères de tout ce qui arrive au bébé. La plupart le font d'elles-mêmes, dans une culpabilisation excessive dès que cela concerne l'enfant. En tant que professionnels, nous ne sommes pas à l'abri de telles pensées et de tels ressentis qui doivent nous interroger nous-mêmes avant toute conclusion interprétative.

Dès la naissance, on observe combien chaque bébé est très différent tant physiquement que dans sa manière d'être au monde : un bébé attentif, cherchant le regard, se consolant aisément dans les bras, ou un bébé tendu, crispé, criant de rage, refusant le sein, ou encore un bébé replié, comme ailleurs, passif, dormant beaucoup. Ses particularités physiques propres (poids de naissance, apparence et ressemblance, sexe, état de santé ...) sont parfois décevantes pour certains parents « fragiles », dans l'attente d'un bébé idéalisé, « parfait », témoin de leur réussite, dans un enjeu narcissique majeur. Si l'écart entre le bébé subjectivement attendu, rêvé, imaginé pendant la grossesse et le bébé du berceau est trop grand (par exemple, dans une naissance très prématurée, non anticipée avec un bébé de très petit poids, etc.), il peut déclencher des réactions anxieuses et précipiter la mère dans une dépression. Dans cette clinique de la rencontre, au cœur de toute la subjectivité, un bébé irritable peut être source de tensions pour une mère fragile et ayant peu confiance en elle, mais il peut être rassurant, pour une autre qui interprétera l'irritabilité du bébé comme le témoin de sa

69 [www.swissmamanblues.ch/documents/docu\\_23.pdf](http://www.swissmamanblues.ch/documents/docu_23.pdf)

vitalité. De même, une mère peut s'inquiéter d'un bébé très calme, et se montrer déçue, comme madame T. qui répétait à chaque visite qu'elle n'avait pas encore pu voir la couleur des yeux de son bébé, ou, au contraire, être particulièrement satisfaite et soulagée que son bébé la laisse dormir. Le bébé peut apporter de bonnes surprises.

*Mademoiselle M.* accouche de son premier enfant. La grossesse a été pour elle un moment difficile s'accompagnant d'épisodes d'angoisse panique, dans la crainte permanente que le bébé ne soit pas à la hauteur de ses attentes, projection de sa propre problématique. L'enfant est annoncée avec un bon poids de 3,500 kg aux échographies. Elle accouche d'une petite fille de 4,000 kg, comme elle-même à la naissance. Elle est ravie par cette enfant qui d'emblée la rassure : « elle est comme moi ».

Parfois, on repère des signes d'angoisse maternelle : une évolution à suivre...

*Madame S.* accouche d'un bébé, à terme de 2,400 kg. À chaque visite, le pédiatre, l'auxiliaire de puériculture ou la sage-femme lui demande si le bébé a bien tété parce que « c'est un petit poids ». On lui avait pourtant dit lors des échographies que son bébé ferait plus de 3 kg et elle en était rassurée. Que s'était-il donc passé pendant la grossesse ? Ne l'a-t-elle pas suffisamment nourri *in utero* ? Inquiète à chaque tétée de la prise de poids, elle s'angoisse, pense que son bébé est plus fragile. « Je me fais une fixation, j'attends qu'il grossisse pour me rassurer » dit cette mère, son regard est inquiet, ailleurs.

Il est tout aussi passionnant de repérer que certains nouveau-nés, dès leurs premières heures de vie donnent envie que l'on s'occupe d'eux, alors que d'autres sont moins attirants. Brazelton (1984), dans son échelle du comportement néonatal NBAS (*neonatal behavioral assessment scale*, validée dans les deux premiers mois du post-partum pour un nouveau-né à terme), fait évaluer par le professionnel qui fait passer l'échelle ce qu'il

appelle « l'attractivité » du bébé : qu'est-ce que ce bébé me fait vivre émotionnellement ? Pourquoi ce bébé ne donne pas envie que l'on s'occupe de lui, alors que celui de la chambre d'à côté me donne envie de le ramener à la maison ?

## Quelques exemples cliniques mère-bébé

Bébé *Charles* est éveillé et calme (état IV des niveaux de vigilance de Prechtl), il regarde, attentif, sa mère qui le regarde. Elle se sent devenir mère, sourit, s'apaise alors qu'elle était très anxieuse.

Bébé *René* regarde sa mère, mais celle-ci se sent gênée par le regard de l'enfant, persécutée par ce qu'elle projette dans son regard.

La mère de *Mélanie*, 9 ans, en échec scolaire, raconte combien sa fille était un bébé sage, tranquille, ne demandant rien. Elle trouvait cette enfant facile, idéale, alors qu'elle avait à faire face aux réactions de jalousie particulièrement fortes de son premier enfant. Ce sont les difficultés d'apprentissage scolaires qui motivent la consultation au CMP, à la demande de l'école, car Mélanie est une enfant discrète qui demande peu et qui ne pose pas de problèmes à la maison dit cette mère. Au fil des entretiens, la mère raconte une période de dépression du post-partum, des difficultés de couple et se remémore combien elle s'était sentie fragilisée et dépassée par les difficultés de son aînée. Mélanie est restée une enfant discrète, peu en demande, en retrait et par conséquence peu stimulée, un peu oubliée.

Il est difficile de faire rapidement la part entre ce qui vient de la mère et ce qui vient du bébé. On est dans un système interactif et chacun des deux partenaires entretient l'autre dans la dépression.

## Le bébé exposé à la dépression postnatale : une grande variabilité d'impact

Pour saisir les effets de la DPN pour le bébé, il est nécessaire de faire un détour par ce que vit le bébé à la naissance et sur la situation particulière dans laquelle il se trouve.

Le bébé naît dans un état d'extrême vulnérabilité. Il a besoin d'un environnement contenant, rassurant et capable de répondre de manière ajustée à ses besoins physiques et psychiques, pour lui permettre de faire des expériences structurantes et sources de plaisir (décharge de déplaisir initialement). Il a besoin de s'attacher, pour ensuite se différencier et faire l'expérience de l'altérité de manière progressive, ni trop tôt ni trop tard, pour s'ouvrir aux enjeux de la symbolisation et du développement de la pensée. La tâche est difficile et il a besoin d'adultes autour de lui, et de sa mère (ou d'un substitut) en premier qui sachent s'ajuster à lui, répondre à ses besoins, et offrir une attention relationnelle remplie du plaisir de le rencontrer.

La mère a une rude tâche jour et nuit. Elle doit offrir son appareil psychique au bébé, lui parler, le consoler, calmer ses angoisses, ses états de rage parfois, donner beaucoup d'elle-même sans recevoir de gratifications immédiates. Elle doit faire avec ce qu'elle ressent en elle de force et de fragilité, dans un moment où sa sensibilité la met « à fleur de peau ». Elle doit être là, sans se précipiter et en même temps sans tarder, même si elle se sent épuisée. Trop tôt, l'enfant pourrait ne pas découvrir ses propres stratégies d'attente et mettre en route ses capacités de penser ; trop tard, le bébé s'effondrerait dans un désespoir d'impuissance et de désorganisation difficiles à calmer, surtout dans les toutes premières semaines.

Cette clinique est celle de la rencontre d'une mère, d'un père, d'un bébé, à un moment particulier de leur parcours respectif et dans un environnement donné. Comme l'exprime F. Ansermet (2010), c'est une « clinique de la réponse », dans une succession de « désajustements-réajustements » (Hays, 2004). Dans les interactions suffisamment ajustées, le bébé fait l'expérience d'une relation fiable source d'un attachement *secure*, et d'un plaisir partagé. Il suffit d'observer un bébé au sein, dans la jouissance de la tétée, s'abandonner au plaisir du suçotement, endormi dans les bras de sa mère, détendu et relâché, souriant pendant son sommeil. R. Roussillon à la suite de D.W. Winnicott met l'accent sur le rôle de la fonction miroir de l'environnement représenté pour le bébé par le visage de la mère. Ce bébé détendu et satisfait après la tétée a bénéficié du plaisir lié à la diminution des tensions, activées par la sensation de

faim, et à la stimulation de la bouche, zone érogène de l'oralité, et du plaisir que sa mère a éprouvé avec lui et qu'elle lui transmet à travers ses mimiques et les émotions reflétées sur son visage. Certains bébés hurlent dès la fin de la tétée alors qu'ils ont eu le plaisir de la satiété et le plaisir de la succion. Pour R. Roussillon (2010a), ces bébés éprouvent du plaisir mais n'accèdent pas à la satisfaction de la tétée, parce qu'ils ne peuvent pas faire l'expérience d'un plaisir partagé avec la mère.

### Quels sont les effets de la dépression postnatale sur le bébé ?

Il existerait une période sensible, entre 2 et 4 mois du post-partum, pendant laquelle le bébé au contact avec une mère déprimée serait plus à risque et cela de manière significative, de présenter des troubles du développement cognitif et affectif (Murray, 1992). Dans cette étude réalisée à Cambridge, la qualité des interactions à 2 mois et l'engagement de la mère dans l'interaction avec le bébé étaient fortement prédictifs de la performance cognitive de l'enfant à 9 mois et à 18 mois. Les bébés de mère déprimée (DPN évaluée à 6 semaines du post-partum par l'EPDS) avaient un moins bon score d'attachement *secure* à 18 mois (76 % dans le groupe témoin, 44 % dans le groupe des mères déprimées) et avaient plus de troubles du comportement, de troubles du sommeil, de problèmes d'alimentation, de difficultés de séparation et de difficultés cognitives.

Dans d'autres études, cette période sensible s'étend à la première année de la vie du bébé.

Lors du *still face*, dispositif expérimental mis en place par E. Tronick *et al.* (1978) pour évaluer les effets de la dépression maternelle sur l'enfant, E. Tronick montre qu'à 2 mois, si la mère immobilise son visage et ne répond plus, le nourrisson manifeste une détresse, proteste mais devient rapidement évitant et en retrait (Murray, 1992 ; Cohn, Tronick, 1983). Le nourrisson plus grand trouve une palette plus vaste de réactions et cherche à faire sortir sa mère de la dépression en la faisant rire, surtout si cette dépression est récente et inhabituelle pour lui. Les enfants dont la mère est durablement déprimée ne réagissent pas au *still face*, restent sérieux et hypervigilants, « habitués » au visage inexpressif de leur mère (Marcelli, 1999a).

## Particularités de la dépression postnatale et impact chez l'enfant

La plupart des publications concernant les effets de la DPN chez l'enfant tiennent compte de l'aspect symptomatique de la dépression maternelle (l'impact de la tristesse, de l'irritabilité, d'une agitation ou d'un retrait maternel dont les effets sur l'enfant sont différents) et du temps d'exposition de l'enfant à la dépression de sa mère.

Cependant, la majorité des publications à propos des DPN ne précisent pas un certain nombre de facteurs pourtant essentiels pour l'analyse des effets de la dépression sur le développement de l'enfant :

- la DPN fait-elle suite à une dépression anténatale? L'enfant a-t-il pu bénéficier d'un environnement protecteur grâce à l'intervention de tiers bienveillants, père, grand-mère, nourrice, crèche? La dépression a-t-elle été diagnostiquée et traitée? Y a-t-il eu un temps de bonne interaction avant l'effondrement dépressif maternel? Quel âge a le bébé au moment où sa mère déprime?
- quel est le fonctionnement psychique maternel, son organisation de la personnalité, sa manière d'être en relation? Car une mère irritable, intrusive, agressive et vite agressée par les demandes de son bébé, voire imprévisible, n'offre pas le même style d'interaction à son bébé qu'une mère désengagée, immobile, insensible, inaccessible, peu présente, découragée, toujours insatisfaite, pessimiste, luttant contre des phobies d'impulsion par exemple, en mettant l'enfant à distance. L'analyse du mode de fonctionnement psychique maternel et la recherche d'un trouble de la personnalité (névrotique, fragilité narcissique identitaire, psychotique...) sont essentielles pour organiser la stratégie thérapeutique et plus particulièrement le cadre thérapeutique;
- la mère accepte-t-elle de s'engager dans des soins et cet accès aux soins est-il possible? Certaines mères, même profondément déprimées, réussissent à protéger le bébé de leur souffrance dépressive en dégageant le bébé grâce à leur capacité réflexive de penser leur dépression et en acceptant d'être aidées; d'autres refusent de consulter, hostiles aux soins, très fragiles sur le plan narcissique ou trop repliées sur elles-mêmes. Certaines s'ac-

crochent à leur bébé qu'elles mettent en place de thérapeute. Certaines mères ne reconnaissent pas leur dépression au moment où elles la vivent mais la découvre dans l'après-coup, lors d'une nouvelle naissance.

*Madame B.* vient d'accoucher. Elle regarde son nouveau-né avec distance, ce qui la trouble. Il s'agit de son deuxième enfant. Lors d'un entretien, elle raconte la première naissance et les mois qui ont suivi. Elle décrit avec beaucoup de finesse et encore beaucoup d'émotion tous les symptômes d'une véritable DPN dont elle n'a jamais pris la mesure parce que le diagnostic n'a jamais été fait. Sa narration témoigne encore aujourd'hui de la détresse profonde qu'elle a vécue dans une grande solitude. Elle prend conscience, lors de notre échange, de cette DPN et de sa crainte de s'engager dans la relation avec son deuxième enfant.

Beaucoup de configurations existent.

### « Le complexe de la mère morte » : une découverte révélée par la cure analytique

Il est important de faire référence aussi aux travaux d'A. Green, concernant « le complexe de la mère morte », concept révélé dans le transfert lors de la cure analytique de certains de ses patients adultes. A. Green repère « une dépression de transfert » chez ces patients venus consulter pour des successions d'échecs dans leur vie professionnelle et amoureuse, s'accompagnant d'un grand sentiment d'impuissance, d'une difficulté « à aimer, à sortir d'une situation conflictuelle, à tirer parti de ses dons, à accroître ses acquis » ou dans une grande insatisfaction. Cliniquement, ces patients ne paraissent pas déprimés. A. Green fait alors l'hypothèse que cette dépression est la répétition d'une dépression infantile, « qui a eu lieu en présence de l'objet, lui-même absorbé par un deuil et développe les conséquences d'une telle dépression chez l'enfant devenu adulte pour son "devenir libidinal objectal et narcissique" » (Green, 1983). Il repère ainsi dans leur enfance, une « mère morte », c'est-à-dire une mère vivante, présente physiquement mais absente psychiquement car déprimée,

« morte psychiquement aux yeux de l'enfant dont elle prend soin ». Dans la psyché de l'enfant, l'imgo maternelle vivante s'est brutalement transformée en « figure lointaine, atone, inanimée ». La DPN chez la mère laisserait une trace dans la psyché de l'enfant.

## La dépression anténatale

C'est à partir de la clinique du post-partum que progressivement les professionnels de la périnatalité se sont penchés sur le premier chapitre de la vie, la grossesse, et ont décrit la dépression anténatale ou dépression du pré-partum encore moins évidente à penser, que la DPN.

### Prévalence

Dans une étude menée sur une population de 570 femmes (Manzano, 2002), 10 % avaient présenté une DPN. Dans cette population de femmes déprimées après la naissance, 65,5 % d'entre elles étaient déjà déprimées pendant la grossesse. Parmi les 34,5 %, qui n'avaient pas présenté de troubles dépressifs pendant la grossesse, mais qui avaient présenté une DPN, les auteurs ont retrouvé des difficultés survenues au moment de la naissance de l'enfant : un vécu subjectif difficile de l'accouchement, ou un accouchement réellement difficile mettant en péril la mère ou l'enfant, une séparation mère-bébé à la naissance, des problèmes néonataux...

La prévalence serait de 2 à 6 % pour les dépressions majeures et de 5 à 12 % pour les dépressions mineures (Dayan, 2008).

### Signes cliniques

Les signes cliniques associent une grande fatigue, une tristesse, un sentiment de dévalorisation, des troubles du sommeil, un manque d'entrain, des inquiétudes exagérées et intenses concernant l'enfant à venir, et des manifestations somatiques, souvent attribuées à l'état de grossesse, d'où la difficulté du diagnostic.

Le tableau se décline également en pré-partum de la dépressivité à la dépression sévère. La dépressivité témoigne d'un processus adaptatif activé par la grossesse qui prépare psychiquement la femme à

l'accueil de son futur bébé. La dépression sévère témoigne d'un ensemble de défaillances et de fragilités tant chez la femme que dans son entourage.

### Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont les mêmes que pour la DPN en insistant sur : un vécu d'isolement, un vécu difficile et ambivalent de la grossesse, des antécédents personnels de dépression.

Au fil des rencontres à la maternité, il me semble que la première grossesse (parfois c'est lors de la grossesse correspondant au rang de la mère dans sa fratrie) s'accompagne plus souvent de manifestations anxieuses diverses, voire potentiellement dépressives. On pourrait faire l'hypothèse de leur valeur adaptative témoignant de l'intensité du cheminement psychique nécessaire chez toute femme pour devenir mère tant dans le statut que dans la fonction. Il est habituel d'entendre lors des entretiens cliniques, à cette première occasion, l'importance des réactualisations des expériences traumatiques du passé restées silencieuses jusque-là, tapies, enfouies et qui poussent à se faire entendre et à prendre sens avant de pouvoir être refoulées. Ce travail de dégagement des événements de son histoire, de différenciation vis-à-vis de ses propres figures parentales émergeant de son monde interne, de la rencontre avec l'étrangeté de la transformation de son corps de femme en corps maternel, des sensations issues des mouvements actifs du bébé dans toute leur étrangeté s'accompagnent de manifestations d'intensité diverses somatiques et psychiques.

Ils peuvent être repérés, de même que les facteurs de protection dans le cadre du suivi de la grossesse et lors de l'entretien prénatal précoce (cf. chapitre 11).

Le risque d'une dépression anténatale est de se poursuivre en postnatal et d'infiltrer les relations avec le bébé.

Les effets de la dépression sur le fœtus sont mal connus et difficiles à évaluer.

Des travaux de recherche sont en cours pour étudier l'impact du stress prénatal (Roegiers et Molénat, 2011) et de la vie foetale dans le développement psychosomatique du bébé, dans une perspective épigénétique (cf. chapitre 4). Ces travaux ouvrent un nouveau champ tout à fait passionnant d'hypothèses pour mieux saisir dans l'avenir, les

effets possibles sur la santé, des traces potentielles d'une dépression anténatale ou de tout événement survenant chez la mère pendant la grossesse.

## Situations cliniques

*Madame C.* consulte, sur proposition de la sage-femme de secteur, parce qu'elle est angoissée depuis plusieurs semaines. Elle est enceinte de 5 mois. Lors des entretiens qui s'engagent, Madame C. explique combien la grossesse, pourtant désirée, est un état qui ne lui apporte que « des ennuis ». Le médecin l'a arrêtée, ce qu'elle n'avait pas prévu, elle se sent mise à l'écart, et ce d'autant que son travail très investi est pour elle une source d'alimentation narcissique. Elle se sent triste, angoissée, dort mal, état inconnu jusque là, progressivement, elle raconte son histoire infantile de petite fille confrontée à une mère toujours déprimée et à un père anxieux, parents dont elle s'est très tôt occupée, devenant un appui de sécurité pour eux. Hypermature, elle s'est débrouillée comme elle a pu. Elle continue à résoudre les problèmes de ses parents mais depuis la grossesse, elle le vit intérieurement de manière conflictuelle. Elle sait qu'elle attend une petite fille dont elle doit prendre soin en restant confinée à domicile, comme elle prenait soin de sa mère, mais de manière ambivalente et avec une agressivité intense mais refoulée. Proche de son père, elle a vis-à-vis de lui beaucoup de tendresse. Dans cette problématique œdipienne, le lien de rivalité mère-fille, est redouté et refoulé, et déjà anticipé dans le lien à venir avec son bébé fille. L'agressivité dirigée contre sa mère est, pendant la grossesse, déplacée sur le personnage de la belle-sœur. Madame C. présente un état dépressif, témoin d'une forte activité psychique issue de l'émergence de son histoire infantile réactivant sa rivalité œdipienne mère-fille dans un lien marqué par la confusion des places et des générations. La dépression cède au fil des entretiens de nature psychothérapeutique.

*Madame L.* consulte pendant sa première grossesse tant attendue parce qu'elle n'arrive pas à se réjouir d'être enceinte. Elle est profondément déprimée, s'alimente peu, n'a goût à rien,

et ne peut rien anticiper pour l'enfant à venir, alors même qu'elle le souhaiterait. Elle s'en trouve empêchée et ne comprend pas. Elle ne se sent plus exister. Des entretiens sont proposés et Madame L. vient régulièrement. Progressivement, elle parle de sa dépendance affective à son mari, qui représente tout pour elle, et notamment un étayage rassurant. Toute séparation est douloureuse et source d'angoisse de perte potentielle. Madame L. a reproduit avec son mari la relation de dépendance étroite et anxiogène qu'elle entretient toujours avec sa mère. Avoir un enfant et endosser le rôle de mère à son tour la terrorise. Elle attend une petite fille et sa mère vient de déménager. Elle repère, lors des entretiens réguliers, sa sensibilité à toutes les séparations qu'elle associe au divorce de ses parents. L'arrivée de l'enfant et les bouleversements induits inévitablement dans le couple plongent Madame L. dans une dépression du post-partum. Après un bref suivi mère-bébé et pour ne pas exposer son bébé à sa dépression, Madame L. préfère s'engager dans une psychothérapie individuelle et un traitement médicamenteux est associé pendant un temps.

## Autre pathologie du post-partum souvent associée à la dépression : les phobies d'impulsion

La phobie d'impulsion, dans le cadre du post-partum, décrit la crainte obsédante de faire du mal, de commettre un acte dangereux en direction du bébé, et souvent de le tuer. Cette pensée obsédante s'impose et envahit la patiente souvent terrorisée de penser de telles horreurs. Face à de telles pensées dont elle a honte, et contre lesquelles elle lutte, la clinique révèle les manifestations anxieuses liées à cette lutte et les manifestations de dépression du post-partum directement liées à ce trouble. Si la patiente a conscience de ces pensées obsédantes intrusives, source de ruminations morbides, elle n'en parle que rarement spontanément, de peur d'être traitée de « folle ». Les phobies d'impulsion sont donc souvent masquées. Ce sont les troubles de la relation mère-enfant qui doivent y faire penser. Classiquement, dans les phobies d'impulsion typiques, il n'y a pas de pas-

sage à l'acte. Il faut cependant, être particulièrement vigilant si une dépression y est associée.

Sur le plan nosographique, les phobies d'impulsion sont classées, le plus souvent, dans les troubles obsessionnels compulsifs, dans le cadre de la névrose obsessionnelle. D'autres auteurs les classent dans l'hystérie d'angoisse et la névrose phobique.

L'évaluation précise du fonctionnement psychique maternel est essentielle, car le trouble se rencontre dans différents tableaux cliniques.

Il est tout à fait intéressant de penser les phobies d'impulsion dans le cadre de l'ambivalence maternelle dans un *continuum* allant d'une attention et d'une préoccupation anxieuse, qui pourrait correspondre à la préoccupation maternelle primaire de D.W. Winnicott, jusqu'aux phobies d'impulsion, témoignant de la « violence fondamentale », présente en chacun de nous mais mal contenue et non transformée. « Les phobies d'impulsion pourraient révéler, dans les formes invalidantes, une violence fondamentale intergénérationnelle restée brute et

faisant retour, au détriment de la relation précoce » (Missonnier, 2003b).

Les phobies d'impulsion peuvent démarrer pendant la grossesse.

On recherche, dans le cadre du diagnostic différentiel, les manifestations d'une décompensation psychotique du post-partum qui sont des urgences, et où le risque d'infanticide est, dans ces cas, bien réel.

J. Dayan (1999a et b) parle aussi des « fantaisies homicides sans caractère compulsif » chez les mères en bonne santé mentale, qui sans angoisses sont parfois traversées par « des pensées violemment agressives » lorsqu'elles sont mises en difficulté par l'enfant (être maintes fois réveillée la nuit, par exemple). À l'inverse des mères souffrant de phobies d'impulsion qui évitent la relation à l'enfant, ces mères sont rassurées au contact de leur bébé et ne sont pas angoissées par sa présence.

Chez des mères fragiles, avec un passé de maltraitance, le surgissement de pensées agressives les met en grande difficulté, par l'absence de souplesse psychique et par le retour d'une histoire infantile douloureuse et teintée de violence réelle physique et/ou psychique.

*Madame R.* accouche à terme d'une petite fille. Celle-ci est endormie par l'importance du traitement psychotrope pris par la mère pendant la grossesse. Je la rencontre en suites de couches et j'apprends que cette jeune primipare sort d'une hospitalisation de 3 semaines en psychiatrie adulte pour un état dépressif sévère, mis en lien avec des phobies d'impulsion. Madame R. dit n'avoir rien ressenti de sa grossesse, ce dont elle se culpabilise et qui la fait terriblement souffrir. Son bébé est prêt d'elle. Elle dit attendre un « dé clic » qui viendra la rassurer sur sa capacité à l'aimer. Elle parle des pensées infanticides qu'elle a eues dans son passé envers ses neveux, et de la crainte qu'elle a ressentie, pendant toute la grossesse, que surgissent de telles pensées envers son bébé après la naissance. Elle parle peu des pensées terribles qui la traversent quand elle s'occupe de son bébé. Elle en est très triste parce qu'elle a voulu cette enfant, est mariée et que tout va bien pour elle, par ailleurs. Le contact avec cette mère est bon, elle est en demande d'aide, et un suivi psychothérapeutique mère-bébé est associé au traitement psychotrope (antidépresseur, neuroleptique) mis en place pendant la grossesse.

## Stratégies thérapeutiques dans les dépressions anténatale et postnatale

### Traitement de la dépression anténatale

Dans la maternité où je travaille, le traitement est avant tout de nature psychothérapeutique. Le psychologue et/ou le psychiatre proposent un cadre d'écoute analytique et de libre association dans des entretiens centrés sur le processus de parentalité : la représentation de ses liens à ses propres figures parentales, en particulier la nature des identifications à sa propre mère, ses attentes et ses craintes concernant l'enfant à venir, les représentations concernant la place du conjoint devenant père, le vécu de la grossesse, les ressentis vis-à-vis des mouvements actifs du fœtus, et de ses transformations corporelles, etc.

Parallèlement, au suivi psychothérapeutique, les autres professionnels du suivi de la grossesse

peuvent être mobilisés pour accompagner la patiente : la sage-femme de la maternité ou du secteur qui peut faire des visites à domicile, l'obstétricien qui surveille l'évolution médicale de la grossesse, le pédiatre, le médecin généraliste si la patiente le souhaite, etc. Certaines sages-femmes proposent des séances d'acupuncture, de relaxation, de sophrologie, dont la proposition est faite au cas par cas.

Un traitement médicamenteux est parfois nécessaire, dans les formes sévères de dépression, en tenant toujours compte, des intérêts de la mère et de ceux du fœtus dans une balance bénéfices/risques, attendus et discutés, avec la femme et/ou le couple. Si un antidépresseur est prescrit, il doit être donné à dose minimale efficace car le sous-dosage expose aux effets indésirables sans apporter les bénéfices attendus du traitement.

## Quelle prescription pendant la grossesse ?

Parmi les anxiolytiques, on préfère en première intention l'hydroxyzine (Atarax®) et les benzodiazépines à demi-vie courte telles que l'oxazépam (Séresta®), surtout à l'approche de la naissance. Parmi les antidépresseurs, deux classes sont utilisées : les tricycliques et les ISRS. Les tricycliques sont les plus anciens et sont bien connus, mais ils ont des effets secondaires souvent gênants pour la femme et exposent aussi à un syndrome de sevrage du bébé à la naissance. Les ISRS avec certaines précautions sont fréquemment utilisés.

La paroxétine (Deroxat®...), par exemple, doit être évitée au 1<sup>er</sup> trimestre (les données actuelles, même controversées, retrouvent une légère augmentation des malformations cardiaques CIV, CIA, qui justifient d'éviter la paroxétine avant 10 SA, pendant la mise en place du cœur fœtal). Une exploration de la sphère cardiaque est recommandée si la prescription n'a pu être évitée. D'autres ISRS sont possibles et n'exposent pas à ce risque.

Le site du Centre de recherche des agents tératogènes (CRAT)<sup>70</sup> donne toutes les informations pour choisir au mieux sa prescription. Les médecins de ce centre situé à l'hôpital Trousseau à Paris sont joignables par téléphone, comme ceux des centres de pharmacovigilance, qui répertorient

régulièrement tous les effets indésirables observés permettant d'affiner les stratégies médicamenteuses et souvent de rassurer les femmes. L'intérêt est d'avoir les informations les plus récentes sur ces questions.

Dès l'annonce de la grossesse, il arrive souvent qu'une femme traitée depuis des années par antidépresseurs arrête brutalement son traitement, soit d'elle-même, soit après avis médical, ce qui provoque chez elle des manifestations de sevrage parfois très intenses (recrudescence anxieuse, insomnie, angoisses, etc.) et un risque de rechute dépressive, et cela, sans que l'on puisse surveiller le fœtus. Il est préférable de ne pas arrêter le traitement antidépresseur sans avoir au préalable : réévalué son bien-fondé et vérifié s'il a des effets

*Madame B. consulte pour un état de malaise intense. Ses angoisses sont terribles, elle en arrive à rejeter sa grossesse tant elle se sent mal. Traitée depuis des années, par son médecin traitant, par antidépresseur, elle a tout arrêté brutalement dès la connaissance de la grossesse, dans un souci de protéger son bébé. Elle a alors sombré dans un tableau d'allure dépressif, avec une insomnie intense et surtout des angoisses majeures. Elle présente un tableau de sevrage typique aux antidépresseurs et la reprise de son traitement habituel lui permet de retrouver son équilibre psychique.*

tératogènes. Il y a alors, en fonction de ces éléments, soit la possibilité de poursuivre le même traitement, soit de changer la prescription, ou encore de l'arrêter, mais, dans ce cas, avec une diminution très progressive de l'antidépresseur.

Si un traitement médicamenteux doit se poursuivre ou s'installer dans le post-partum, la question de l'allaitement est discutée avec la patiente. Sur le site du CRAT, quelques antidépresseurs sont compatibles avec l'allaitement. Le passage dans le lait est décrit comme faible et les concentrations sanguines chez l'enfant allaité faibles ou indétectables. Les questions sur les effets à long terme pour l'enfant du traitement antidépresseur maternel pendant l'allaitement restent ouvertes. Il n'y a pas d'études permettant de savoir s'il est pré-

70 [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)

férable pour l'enfant d'avoir une mère qui allaite sous traitement psychotrope, pour favoriser le lien d'attachement et pour les bienfaits du lait maternel, ou s'il est préférable que la mère n'allait pas lorsqu'elle prend un traitement, ce traitement étant prescrit pour lui assurer un mieux-être psychique. Si la mère n'allait pas, un portage du bébé en peau à peau peut être proposé pour favoriser l'installation du lien.

L'alliance nouée avec les femmes pendant la grossesse est un atout formidablement efficace pour traiter une dépression déjà installée en anténatal, mais aussi pour les sensibiliser au problème de la DPN, *a fortiori* si elles présentent des facteurs de risque. La confiance, si elle a pu s'installer, favorise une prise en charge thérapeutique plus précoce.

## Stratégie thérapeutique de la dépression postnatale

L'accompagnement thérapeutique démarre par la mise en place d'une stratégie qui sera la plus attentive possible au narcissisme parental dans un souci permanent de ne pas renforcer le processus dépressif en étant intrusif et culpabilisant dans ce moment de grande vulnérabilité psychologique.

Puis le professionnel doit se poser un certain nombre de questions : est-on face à un trouble adaptatif ou face à une DPN ? Quel est le point d'appel ? Après la naissance, la mère peut-elle reconnaître son malaise psychique sans trop de culpabilité et accepter un suivi psychologique pour elle-même ?

De quelle alliance dispose-t-on avec la patiente ? Y a-t-il eu un suivi psychologique pendant la grossesse ? Avec quel professionnel a-t-elle installé une confiance suffisante sur laquelle le traitement pourra s'appuyer ? Comment parle-t-elle de ses difficultés et que demande-t-elle ? Certaines femmes viennent rencontrer l'assistante sociale pour demander un logement plus grand, mettre en avant une situation financière difficile, et demandent une aide sociale qui peut masquer un véritable état dépressif mais qui peut justifier, dans un premier temps, une réponse sociale et une aide matérielle parfois réellement nécessaire.

Quelle est la nature de la dépression ? Est-ce une dépression aiguë ou chronique ? La patiente fonctionne-t-elle sur un registre névrotique, limite,

psychotique ? Y a-t-il des arguments en faveur d'une bipolarité ?

La majorité des DPN sont traitées avec efficacité par les psychologues et/ou par les professionnels des PMI (guidance infantile, thérapie de soutien, soutien au narcissisme maternel et soins attentifs au bébé), sans traitement psychotrope. Les médecins généralistes sont souvent les premiers interpellés et ils prescrivent fréquemment des antidépresseurs.

L'intervention plus spécialisée du psychiatre se justifie lorsque :

- la DPN est sévère par son intensité, ou sa durée (formes traînantes) ;
- la dépression survient dans le cadre d'une maladie bipolaire ou dans le cadre d'un trouble de la personnalité (*cf. infra*) ;
- un traitement médicamenteux est nécessaire pour la mère ;
- des troubles de la relation mère-bébé sont déjà installés ;
- un professionnel est inquiet et se sent en difficulté face à une mère et son bébé.

## À qui adresser les patientes ?

En urgence, seuls les services d'urgence psychiatrique peuvent recevoir une femme 24 h/24 pour un avis spécialisé.

Le médecin généraliste est en première ligne pour rassurer l'entourage et faciliter l'accès aux services d'urgence, faire appel à un confrère psychiatre ou aux services plus spécialisés en périnatalité tels que les unités de parentalité.

De plus en plus d'intersecteurs de pédopsychiatrie, mais aussi certains secteurs de psychiatrie adulte, ont créé ces unités dites de parentalité, composées de différents professionnels tels que : psychiatre, psychologue, psychomotricien, éducatrice de jeunes enfants, puéricultrices, etc., qui offrent un cadre d'accompagnement thérapeutique des troubles de la parentalité. Ces unités sont centrées sur le lien parents-bébé.

En France, les professionnels, dans leur grande majorité, privilégient l'approche psychothérapeutique d'inspiration psychanalytique, parents-bébé ou mère-bébé, associée à la prescription pour la mère d'un traitement médicamenteux par antidépresseur (ISRS le plus souvent) et/ou anxiolytiques et hypnotiques dans les formes sévères de dépression.

Lorsque les troubles de l'enfant (troubles du sommeil et de l'alimentation, colères, pleurs intenses et manifestations d'anxiété) sont au premier plan, témoins des dysfonctionnements parents-enfant, les thérapies brèves parents-bébé sont particulièrement indiquées. Dans la lignée des travaux de S. Fraiberg, mettant en avant le rôle des projections parentales sur le bébé et la dimension transgénérationnelle des troubles, de nombreux professionnels ont montré l'efficacité de ces approches (Cramer, Palacio-Espasa, 1993; Manzano *et al.* 1987; Palacio-Espasa, Knauer 1998; Lebovici 1986...).

Dans les pays anglo-saxons et, depuis peu mais de manière croissante, en France, certains professionnels proposent des thérapies cognitivo-comportementales dites TCC (Chabrol *et al.* 2003;

Appleby, 2001) : identification des cognitions erronées, modifications des présupposés implicites du sujet, relaxation, renforcement de l'affirmation et de l'estime de soi (Milgrom, 2008).

Les visites à domicile (VAD) sont un outil essentiel chez les femmes profondément déprimées qui n'arrivent pas à sortir de chez elle, ou pour les femmes issues de familles « à problèmes multiples » (*cf.* p. 222-223) qui ont besoin que l'on vienne vers elles avant qu'elles ne puissent elles-mêmes venir en consultation (Stoléru et Morales-Huet, 1989). Elles permettent l'abord de la famille, l'observation des interactions à domicile avec les autres enfants, une approche concrète quand elle est nécessaire, etc. (Fraiberg 1999b; Guedeney, 2009).

## 8.5. Les décompensations périnatales : les urgences psychiatriques du post-partum

### Les psychoses puerpérales ou décompensations aiguës du post-partum

---

Ces troubles psychiatriques à double polarité délirante et thymique représentent les grandes urgences du post-partum tant pour la mère que pour l'enfant. Leur fréquence est d'environ 1 à 2 pour 1000 accouchements. Ils s'installent rapidement après la naissance, dès les premiers jours mais essentiellement le premier mois et jusqu'à 3 mois. L'un des premiers signes d'alerte est l'insomnie totale de la mère. Ces troubles obligent à prendre des mesures de protection le plus rapidement possible, en milieu hospitalier.

Les psychoses délirantes aiguës comprennent les psychoses puerpérales, la bouffée délirante aiguë, la décompensation aiguë d'une pathologie schizophrénique, les troubles paroxystiques confusionnels et/ou délirants du post-partum.

Le tableau clinique est celui d'une décompensation délirante aiguë, de survenue brutale ou rapidement progressive. J. Dayan parle d'un pic vers le 10<sup>e</sup> jour après la naissance. L'apparition de troubles

du sommeil avec une agitation nocturne, une étrangeté du comportement, un désintérêt pour l'enfant et une angoisse massive précèdent fréquemment mais pas systématiquement la décompensation délirante. Le délire est surtout interprétatif, concerne l'enfant et est terrifiant. La patiente peut avoir la conviction qu'elle n'a pas accouché (déli de l'accouchement et de sa maternité), que cet enfant n'est pas le sien, qu'on lui a changé, elle ne le reconnaît pas. Les troubles sont fluctuants et polymorphes. Il peut exister une note confusionnelle (désorientation, hébétude, stupeur) qui justifie un examen médical complet somatique et biologique, des variations de l'humeur mélancolique et/ou maniaque, un syndrome de dépersonnalisation, un vécu d'étrangeté, des sensations corporelles étranges. La femme peut se sentir menacée, incomprise, et surtout dans un état d'angoisse extrême. Il y a une grande variabilité des troubles, comme par exemple, du repli à l'agitation. Il y a une urgence à protéger l'enfant et la mère car il existe un risque d'un passage à l'acte infanticide et/ou d'un geste suicidaire pour elle.

En France, on classe ces troubles sous le terme de « psychose puerpérale » témoignant de leur carac-

tère aigu dans le post-partum. Classiquement, dans 25 % des cas, il s'agit d'une bouffée délirante aiguë (BDA) unique dont l'évolution est complètement résolutive mais à risque de récurrence lors d'une prochaine naissance. Dans les autres cas, l'évolution clinique fait poser un diagnostic de trouble schizophrénique mais le plus souvent de troubles bipolaires. S'il existe des schizophrénies à début puerpéral, la tendance aujourd'hui est de penser que les psychoses aiguës du post-partum sont à rattacher à l'ensemble des troubles de l'humeur :

- la mélancolie délirante du post-partum est un tableau dépressif majeur qui s'accompagne d'idées délirantes centrées sur le bébé : la conviction d'être incapable de s'en occuper, d'être nocive pour lui, voire la certitude que ce bébé n'est pas le sien, qu'il y a eu substitution, ou encore la conviction délirante qu'elle n'a pas accouché. La femme se sent indignée, incapable, coupable, et envahie de mouvements mortifères. Il faut évaluer en urgence le risque suicidaire et le risque d'infanticide;
- l'accès maniaque du post-partum : le début est souvent brutal et précoce, marqué par une grande agitation psychomotrice, une impulsivité, une logorrhée, une humeur exaltée, des phases d'excitation euphorique avec une très forte réactivité allant de l'irritabilité à la colère, et des manifestations hallucinatoires et délirantes avec des idées de toute-puissance, de mission divine, un syndrome d'influence, de persécution et une insomnie.

Un examen médical est essentiel pour éliminer des diagnostics différentiels surtout sur les plans neurologique (accident vasculaire cérébral dans un contexte d'HTA, état confusionnel...), endocrinien (hyperthyroïdie, hypoglycémie...) ou infectieux. On recherche aussi une prise d'alcool et de toxiques, la prise d'un traitement antidépresseur qui peut inverser l'humeur ou la prise de médicaments (corticoïdes, bromocriptine...).

L'évolution après un premier épisode puerpéral permet de faire un diagnostic de maladie bipolaire. Henry et Gay (2004) en proposent la définition suivante : « Les troubles bipolaires sont caractérisés par la survenue généralement répétée d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomanes, ou mixtes, séparés par des périodes au cours desquelles les

sujets sont *a priori* indemnes de dysfonctionnement psychique majeur. »

La persistance de troubles dissociatifs même discrets, après la phase aiguë, dans la période intercritique, est en faveur d'un trouble dit schizo-affectif.

Le tableau clinique *borderline* peut s'accompagner également de fluctuations cycliques thymiques.

Tous ces troubles peuvent aussi survenir après une interruption médicale de grossesse.

## **Stratégies thérapeutiques à la maternité des décompensations aiguës**

---

### **Gérer l'urgence d'une décompensation aiguë du post-partum en suites de couches**

Les décompensations aiguës du post-partum sont rares mais ont toujours un côté « dramatique ». Elles nécessitent que des décisions soient prises en urgence dans un contexte générateur d'angoisses car le risque vital dans la phase aiguë est engagé tant pour la mère (tentative de suicide, voire suicide) que pour l'enfant (risque d'infanticide).

### **Objectif immédiat et impératif dans la phase aiguë**

L'objectif immédiat et impératif dans la phase aiguë est de protéger les deux partenaires de la dyade :

- la mère, par un traitement médicamenteux et une hospitalisation en psychiatrie;
- l'enfant, par une réflexion autour de l'organisation d'un mode de garde, adapté à chaque situation, entouré par des adultes capables de s'adresser à lui avec des mots rassurants et enveloppants.

La priorité, avant tout diagnostic, est de traiter l'angoisse et l'agitation maternelle :

- prescription d'un antipsychotique sédatif, si cela est possible, *per os* mais le plus souvent en injectable. À la maternité, c'est un moment

difficile à gérer dans un cadre peu adapté à ce type de situation d'urgence qui génère un sentiment d'insécurité et d'anxiété et qui laisse souvent des souvenirs douloureux. En effet, en période d'agitation, la femme refuse habituellement tout traitement. Le psychiatre doit se sentir suffisamment sûr de lui pour tenir sa décision et rassurer la femme, son entourage, s'il est présent, mais aussi les soignants de la nécessité de «soins sans consentement». Si l'importance des soins est comprise, le fait de faire une injection, de séparer temporairement la mère et le bébé et de transférer la mère en psychiatrie peut être ressenti comme «violent» dans ce moment du post-partum immédiat. Il est donc utile d'organiser, dans l'après-coup, un temps de reprise avec l'équipe de la maternité pour réexpliquer les impératifs de protection que ces situations impliquent, et pour que chacun puisse exprimer ce qu'il a vécu émotionnellement. Ce temps de réunion permet aussi de donner des nouvelles de la mère et du bébé. Ces situations laissent une trace dans l'histoire institutionnelle ;

- organiser un transfert de la femme dans un service de psychiatrie pour la période aiguë. Si la femme refuse d'être hospitalisée, ce qui est le cas le plus fréquent, soit parce qu'elle n'est pas prête à se séparer même temporairement de l'enfant, soit par déni des troubles, soit encore du fait d'un tableau d'agitation ou de confusion, un certificat de demande «de soins psychiatriques sans consentement» à la demande d'un tiers, ou en soins d'urgence (en péril imminent) est établi.<sup>71</sup> L'expression de «soins psychiatriques sans consentement» se substitue à celle d'«hospitalisation psychiatrique sans consentement» car après une période préalable d'observation et d'évaluation de 72 heures, en hospitalisation complète, diverses modalités de soins peuvent être proposées au patient : maintien de l'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel ou protocole de soins en ambulatoire. Quels seront les effets de ces nouvelles dispositions sur l'organisation des soins et sur les modalités d'hospitalisation ?

- rencontrer le conjoint et la famille, s'ils sont présents, et les soutenir dans cette démarche toujours difficile, surtout si rien ne laissait anticiper cette décompensation aiguë comme lors d'une première grossesse. L'anamnèse faite auprès de la famille est importante pour repérer des troubles antérieurs banalisés jusque-là, des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, des antécédents familiaux de troubles de l'humeur, un suivi en CMP interrompu, un parcours discontinu avec de nombreuses ruptures de liens, etc. ;
- organiser la protection du bébé : l'enfant reste hospitalisé en maternité ou en néonatalogie, le temps d'évaluer la situation afin de trouver au bébé le mode de garde, le plus adapté, tout en garantissant la place de la mère. Plusieurs possibilités existent en fonction de chaque situation :
  - le père est présent, adapté et disponible et peut s'occuper de l'enfant. Il sera accompagné et soutenu par les professionnels qui suivent la situation,
  - le père est présent mais il ne peut pas assurer ou organiser la garde du bébé dans le quotidien. Il demande un accueil temporaire du bébé à l'ASE pendant le temps de l'hospitalisation maternelle,
  - la situation est inquiétante, et la place de la mère risque de ne pas être respectée, la famille est absente ou n'est pas adaptée, les familles se déchirent, etc. Un signalement auprès du procureur de la République, en urgence, avec un double à la cellule de signalement du département du lieu de résidence des parents est nécessaire afin de demander que le bébé soit confié temporairement à l'hôpital ou directement à l'ASE, le temps d'une évaluation plus précise qui définira ensuite, dans un cadre de protection, les modalités d'accueil du bébé.

La situation est ensuite régulièrement évaluée en fonction de l'évolution maternelle. C'est l'anamnèse, la clinique et surtout l'évolution qui permettent d'affiner le diagnostic maternel (psychose puerpérale, troubles de l'humeur, troubles schizo-affectifs, ou troubles schizophréniques) et d'ajuster au mieux le traitement médical, comme par l'introduction d'un thymorégulateur si les éléments sont en faveur d'un trouble de l'humeur.

71 Nouvelle législation du 5 juillet 2011 applicable depuis le 1<sup>er</sup> août 2011 en remplacement des modalités antérieures d'hospitalisation en HDT.

Dès que l'état d'agitation maternelle cède, des rencontres régulières sécurisées avec l'enfant, encadrées par des professionnels de la périnatalité, sont organisées avant une admission, dès que possible, et si possible, dans une unité mère-bébé (s'il y en a une, et s'il y a de la place) (cf. p. 207).

### Évolution des décompensations aiguës du post-partum

L'évolution sous traitement est souvent favorable. Le risque de récurrence lors d'une prochaine grossesse est estimé à environ 20 à 30 %.

Lorsque les troubles bipolaires se confirment, le traitement thymorégulateur est maintenu et expliqué à la patiente afin d'éviter un arrêt de traitement, au risque de provoquer une nouvelle décompensation dans un contexte non puerpéral. Le risque est également important pour une prochaine grossesse et justifie une attitude préventive. Après la décompensation aiguë, le retour à un état thymique normal est souvent long et difficile.

Je rencontre *Madame E.* pendant sa deuxième grossesse. Elle vient de la part de son psychiatre, suivie au CMP de son secteur, mais elle me dit qu'elle va très bien. Madame E. est souriante, parle facilement de sa grossesse désirée et ne dit rien de ses troubles. Elle a un bon contact, paraît bien dans la réalité. Elle n'a pas de traitement et n'en veut pas dans une bonne préoccupation pour le bébé. Je me questionne intérieurement sur la possibilité d'un trouble de l'humeur, ce qui se confirmera au fil de la consultation. Madame E. a décompensé à plusieurs reprises antérieurement et la première fois, sur un mode maniaque, à l'adolescence. Elle n'a pas pu faire les études tant souhaitées et en souffre encore aujourd'hui. Cette maladie, elle n'en parle pas et fait comme si de rien n'était. Pourtant, elle a fait une décompensation aiguë du post-partum, au 4<sup>e</sup> jour après la naissance de son premier enfant, au retour au domicile où elle était cependant bien aidée par son mari. La première grossesse avait été très bien suivie, Madame E. se sentait en forme, et elle n'avait rien dit de ses antécédents psychiatriques. Les troubles sont arrivés très brutalement et ont duré environ 1 mois, temps pendant

lequel elle a été admise en psychiatrie adulte, et l'enfant confié au père et à la grand-mère maternelle. Elle est alors sortie avec un traitement psychotrope important, et la proposition d'un suivi en pédopsychiatrie, dans le cadre de consultations en périnatalité pour accompagner le lien mère-enfant. Les parents ont interrompu tout suivi après deux consultations. Lors de cette nouvelle grossesse Madame E. doute des risques potentiels d'une nouvelle décompensation du post-partum. Elle évite de penser à une telle éventualité tant elle se sent bien. Elle accepte que je me mette en lien avec son psychiatre, et de rester une semaine en suites de couches. Elle négocie la reprise d'un traitement avec la psychiatre adulte qui la suit, n'acceptant que de faibles posologies d'un thymorégulateur autorisé pendant la grossesse. Au 8<sup>e</sup> jour, lors du retour à domicile et après des suites de couches sans problèmes, Madame E. décompense à nouveau, de façon brutale. Elle est délirante, agitée, et doit être hospitalisée en urgence. Cette fois, elle peut rejoindre rapidement une unité mère-bébé. Après la sortie de l'unité, elle accepte un suivi ambulatoire avec ce deuxième enfant, par l'équipe de pédopsychiatrie, spécialisée en périnatalité, de son secteur. Son mari la soutient dans ce suivi, tous les deux ont été particulièrement bousculés par cette nouvelle décompensation. Depuis, Madame E. adhère au traitement thymorégulateur qu'elle prend régulièrement. Le deuxième enfant a une bonne évolution, ce qui n'est pas le cas du premier. Lors d'une visite à la PMI le médecin observe que cet enfant aîné âgé de deux ans et demi, présente un retard de développement et des difficultés de contact. Les parents acceptent de prendre rendez-vous avec le CMP enfant de leur secteur. Le pédopsychiatre note un tableau d'évitement relationnel, ce premier enfant n'a aucun langage à 3 ans, et refuse tout contact. Un suivi thérapeutique intensif est installé.

*Madame B.* présente les prémisses d'une décompensation aiguë du post-partum. Depuis 48 heures, son anxiété augmente, et son état est fluctuant. Personne habituellement agréable,

elle devient agressive avec son mari, qui commence à ne plus la reconnaître. Cette patiente est connue pour avoir fait antérieurement deux épisodes maniaques dont un pendant cette grossesse. Elle perçoit bien son mal-être et accepte la proposition d'hospitalisation en psychiatrie adulte. Il est, dans ce cas, tentant de l'hospitaliser en service libre puisqu'elle est d'accord mais le risque inhérent à la pathologie et les antécédents connus de décompensations antérieures particulièrement sévères nous amènent à proposer au mari de signer une hospitalisation à la demande d'un tiers (situation clinique antérieure aux nouvelles dispositions législatives concernant les soins sans consentement). Madame B. est transférée sans difficultés dans le centre hospitalier spécialisé (CHS : établissement public de santé mentale) de son secteur après avoir fait le lien avec le psychiatre de garde. Dans la nuit, la patiente se met à délirer, s'agite et la décompensation est majeure justifiant l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) anticipée quelques heures plus tôt.

Certaines familles ne comprennent pas cette demande de soins sans consentement, la refusent et, dans le contexte d'urgence d'une décompensation aiguë, ces situations deviennent alors particulièrement difficiles à gérer.

La psychose puerpérale aiguë peut évoluer également en mode d'entrée dans la schizophrénie. L'évolution permet le diagnostic (cf. p. 211–218).

## Stratégies préventives dans les pathologies du spectre bipolaire

Face aux risques d'une décompensation aiguë dans le post-partum, il y a un véritable enjeu de prévention si la femme a des antécédents connus de troubles bipolaires survenus ou non dans un contexte puerpéral. Toute une stratégie préventive, dans une anticipation tempérée, ajustée, ni prédictive, ni alarmiste, est essentielle face à un tel risque (entre 25 et 40 % après l'accouchement). Cette prévention devrait débuter par une information précise chez toute femme diagnostiquée bipolaire en âge de procréer, bien avant la conception. Plusieurs traitements médicamenteux thymorégulateurs sont contre-indiqués pendant la grossesse et doivent

être modifiés. La prise d'un traitement dans le post-partum et la question de l'allaitement doivent être discutées avec la patiente, au mieux avant toute conception pour envisager une véritable stratégie thérapeutique. Si le diagnostic est confirmé par des décompensations antérieures ou par une bipolarité connue dans la famille associée à un antécédent de dépression sévère et encore plus d'état maniaque, la mise sous traitement thymorégulateur dès que possible et, en tout cas, dès la naissance semble l'attitude la plus raisonnable même si cela implique que la femme n'allait pas. Les liens entre les professionnels de la maternité – obstétricien, pédiatre, psychologues, psychiatres – et les professionnels tels que le psychiatre adulte, le médecin traitant, la sage-femme de secteur, puis l'équipe de la PMI sont essentiels, chacun ayant une place bien définie, et articulée aux autres, pour l'accompagnement de la femme en pré- et en post-partum en tenant compte de son contexte de vie et de son environnement affectif proche, en premier lieu, le père de l'enfant. La prévention et l'anticipation se heurtent parfois au déni des troubles et surtout de leur chronicité chez une femme qui souhaite se normaliser dans la maternité et qui le plus souvent se sent bien pendant la grossesse. La reprise d'un traitement et l'organisation d'un suivi peuvent sembler lourdes et stigmatisantes chez une femme qui va bien d'où l'importance d'expliquer la démarche de prévention. De plus, la décompensation n'est pas systématique dans sa forme aiguë et urgente, même si elle est possible et grave quand elle survient. Dans tous les cas, un suivi autour de la naissance, avec la PMI, les professionnels de psychiatrie adulte et ceux des unités spécialisées de parentalité, est absolument nécessaire pour accompagner ces dyades et le risque inhérent à ces troubles.

## Traitements psychotropes dans les troubles bipolaires

Concernant la prescription de psychotropes pendant la grossesse (antipsychotiques, antidépresseurs, anxiolytiques) et de thymorégulateurs, il est nécessaire de se référer aux informations données par les centres de pharmacovigilance<sup>72</sup> et aux études publiées à ce sujet (Dayan, 2008; Dayan, Graignic-Philippe, 2011) : le choix de la prescrip-

72 Cf. [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org) : site régulièrement réactualisé.

tion se fait en fonction des risques tératogènes, des risques de fœtotoxicité ou de syndrome d'« inadaptation périnatale » par imprégnation ou sevrage après la naissance et des contre-indications à l'allaitement. Les effets à long terme de ces traitements sont peu connus car il y a peu d'études et peu de recul.

Dans les troubles bipolaires :

- l'acide valproïque (Dépakine®) est le plus tératogène des anticonvulsivants et des thymorégulateurs et tous ses dérivés Dépakote® et Dépakide® sont absolument contre-indiqués pendant la grossesse;

- le lithium (Téralithe®) est à éviter les trois premiers mois de la grossesse (augmentation de la fréquence de cardiopathie fœtale) et justifie une surveillance très attentive de la lithiémie, surtout autour des changements de volémie induits par l'accouchement.

Si la patiente a besoin d'un traitement thymorégulateur pendant la grossesse, l'équipe du CRAT propose l'utilisation de la lamotrigine (Lamictal®) ou de l'olanzapine (Zyprexa®) en surveillant, pour ce dernier, la prise de poids et la glycémie maternelle. L'allaitement n'est pas conseillé avec ces produits.

## 8.6 Psychopathologie et parentalité

### Les signes d'appel en suites de couches

---

Deux situations se distinguent en suites de couches :

- la patiente a déjà été vue par un des psychologues ou pédopsychiatres de la maternité pendant le suivi de la grossesse. Il a pu lui être proposé de rester quelques jours supplémentaires dans le service et un mot de transmission ainsi qu'une éventuelle « conduite à tenir » ont été notés dans le dossier. Les liens avec les autres professionnels de l'extra-hospitalier ont été activés dans une anticipation ajustée et acceptée par la patiente;
- la patiente n'a pas été rencontrée pendant la grossesse (refus, grossesse non suivie, déni, urgence, clignotants non repérés pendant la grossesse, etc.) : ces situations sont plus difficiles à gérer, alors même que la femme aborde la rencontre avec son enfant. C'est ainsi que l'on peut découvrir après la naissance :
  - une patiente qui n'a pas fait suivre sa grossesse (cachée, déniée, non suivie non déclarée),
  - une patiente qui a des antécédents de pathologie psychiatrique en rupture de soins depuis des années,

- une patiente qui a un traitement psychotrope contre-indiqué avec l'allaitement mais qui souhaite allaiter,
- une patiente qui va mal depuis des mois, dans un repli dépressif non reconnu lors des visites obstétricales mensuelles,
- une patiente qui présente des antécédents de dépression du post-partum qui ont seulement été notés sur son dossier obstétrical,
- une patiente dans la discontinuité d'un parcours social qui annonce qu'elle n'a pas d'hébergement pour la sortie de maternité,
- un bébé qui présente des signes de sevrage révélant une prise de toxiques chez la mère,
- une patiente angoissée ou détachée, agressive avec l'équipe, dans un refus de soins, avec ou sans intérêt pour le bébé,
- une patiente qui ne dort plus depuis l'accouchement, voire qui s'agite, paraît confuse,
- une patiente qui révèle une situation de crise de couple dont des violences conjugales, en rupture familiale,
- une patiente dont les enfants précédents sont ou ont été placés, etc.

Tout est possible et après bien des années sur ce terrain, la surprise des situations est toujours au rendez-vous.

Le problème en suites de couches est le temps très bref d'hospitalisation qui prévoit actuellement un forfait de 3 jours pour un accouchement eutocique et de 5 jours pour une césarienne. Cette épreuve de réalité a des effets incontournables :

- certaines femmes ne pourront pas être vues pendant ce temps d'hospitalisation (accouchement vendredi après-midi et sortie lundi matin, par exemple) ;
- ce temps bref implique le plus souvent une rencontre unique, voire deux maximum, et ne permet pas toujours une bonne évaluation de la situation. L'objectif est alors, avant tout, de tenter une « rencontre » et de nouer un lien, qui permet à la patiente de se représenter un possible accompagnement psychologique.

Il ne s'agit pas de « prescrire » une consultation « psy » comme serait prescrit un examen biologique, ou encore, pour que « le psy cautionne » la sortie du service d'une patiente, ce qui serait une instrumentalisation de notre fonction et les effets seraient d'être anti-soin, anti-lien et anti-rencontre.

L'essence même de notre présence en maternité est d'être, avec notre spécificité, reliés aux autres professionnels de la naissance, pour être au service de chaque patiente, en proposant un accompagnement qui prenne en compte non seulement la dimension somatique médicalisée de la grossesse, mais aussi toute sa dimension psychique inhérente même au processus du devenir parent.

## Généralités sur les stratégies thérapeutiques

---

Le choix de nos outils thérapeutiques relève d'une véritable stratégie qui tient compte de la complexité et de la singularité de chaque situation. C'est pourquoi, il n'est pas possible d'accepter l'idée d'un protocole de soins, qui ne permettrait pas la souplesse d'un ajustement « au cas par cas ».

Nos objectifs sont à la fois préventifs et thérapeutiques. La prévention a en elle-même une valeur thérapeutique et l'action thérapeutique a aussi une valeur préventive.

Pour ajuster sa stratégie thérapeutique, la démarche de soins démarre par une série de questions :

- quelle est la nature du trouble ? Qui souffre ? La mère, le père, le bébé, la famille, le couple, ou encore, le professionnel qui repère les troubles et qui se sent en difficulté ?
- comment la mère et le bébé sont-ils entourés ? Y a-t-il un conjoint et/ou une famille ressource ? Quelle est la qualité de la relation de couple ? Y a-t-il des violences conjugales ? L'entourage est-il conscient des troubles ou partage-t-il le déni ? Y a-t-il un déplacement des problèmes sur une situation économique sociale précaire ?
- quels professionnels accompagnent cette mère ? La sage-femme de secteur, le consultant en obstétrique, l'assistante sociale, le médecin généraliste, l'équipe de la PMI... De quels appuis professionnels et de quels relais dispose-t-on ? Parfois, il n'y a aucun appui et tout est à construire ;
- la femme accepte-t-elle d'être accompagnée dans sa maternité après la sortie du service ? A-t-elle une adresse stable ? Il est toujours périlleux de faire sortir une mère, sous un traitement psychotrope par exemple, si on n'a pas la certitude qu'elle puisse être revue en consultation par la suite. Or, ces situations ne sont pas rares et nous laissent démunis et face à un profond sentiment d'impuissance.

L'approche en anténatal, lorsque les femmes viennent en consultation obstétricale, nous laisse le temps de construire un projet, en activant les partenaires du périnatal, en installant un lien de confiance avec la patiente pour lui permettre de revenir nous rencontrer, ou pour la joindre par téléphone avec son accord, tissant une enveloppe protectrice relayée ensuite par les équipes de secteur. Le temps que représente la grossesse est extrêmement précieux.

## Staff psychosocial ou staff de parentalité : plaider pour une anticipation ouverte laissant place aux doutes et aux incertitudes

Cette réunion hebdomadaire dure 1 h 30. C'est un moment de réflexion partagé entre les professionnels de l'intra- et de l'extra-hospitalier lorsqu'une mère est repérée en difficulté pendant le suivi de la grossesse, ou lors de son hospitalisation en anténatal ou postnatal.

Les sages-femmes de secteur ou les sages-femmes libérales sont invitées à venir nous parler d'une patiente lorsqu'elles sont inquiètes, après l'entretien prénatal précoce ou lors du suivi de la grossesse. La femme est informée de cette démarche.

L'objectif est de réfléchir à un accompagnement adapté.

Une fiche de liaison médico-psychosociale est insérée dans le dossier de la patiente avec les informations destinées à la sage-femme qui accueillera la femme pour l'accouchement. Cette fiche contient le nom des personnes ressources qui ont connaissance de la situation, leurs coordonnées, quelques éléments cliniques dont la nature d'un traitement psychotrope avec les posologies exactes, ce qui a été discuté avec la femme à propos de l'allaitement, les éléments de surveillance (par exemple, la survenue de troubles du sommeil chez la mère, ou une demande d'évaluation des relations mère-bébé dans le post-partum ou les éléments de surveillance du bébé), la proposition d'un temps d'hospitalisation plus long d'une semaine en général pour éviter une sortie trop précoce, une chambre seule, etc.

## Nos partenaires du prénatal et du postnatal

- CMP des secteurs de psychiatrie adulte et CMP des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
- Médecins généralistes et médecins de famille.
- Sages-femmes en libéral qui assurent l'accompagnement à la naissance et HAD qui fait suite aux sorties précoces de maternité.
- Partenaires sociaux (assistantes sociales des EDS).
- Psychiatres installés en libéral.
- Professionnels spécialisés en périnatalité.

## Les unités de parentalité et les unités mère-bébé

Les unités de parentalité et les unités mère-bébé n'existent pas partout en France (chaque département et chaque région ont leurs propres équipements et il existe une grande disparité de moyens).

## Unités de parentalité

Les unités de parentalité (rattachés le plus souvent aux intersecteurs de pédopsychiatrie) réunissent des professionnels spécialisés en périnatalité formés pour accompagner psychiquement des futurs parents dès le temps de la grossesse puis dans la relation avec leur bébé de 0 à 2 ans. Ce sont les équipes de la PMI, les médecins généralistes, les pédiatres ou encore les psychiatres, les équipes des maternités qui adressent des parents et leur bébé (qui peuvent aussi solliciter les professionnels directement) dans une démarche de prévention (trouble de la personnalité maternel et/ou paternel, difficultés de couple, isolement maternel, troubles somatiques du bébé) ou lorsque des troubles de la relation précoce parents-bébé surgissent : lors d'une décompensation psychique (anxiété ou dépression maternelle modérée) ou psychiatrique maternelle dans le post-partum (décompensations aiguës sévères maternelles), après la sortie d'une unité mère-bébé, ou lorsque des troubles psychosomatiques apparaissent chez le bébé (troubles de l'alimentation ou troubles du sommeil dans le premier âge puis lors des étapes du développement, troubles sphinctériens, difficultés de séparation, etc.) Les unités proposent des consultations parents-bébé en ambulatoire selon des modalités variées : consultations thérapeutiques (Lebovici 1986; Cramer et Palacio-Espasa, 1993; Manzano, 1987), groupes thérapeutiques mère-bébé à médiations variées, séances de psychomotricité pour le bébé, etc. Certaines équipes peuvent proposer des visites à domicile (Fraiberg, 1999b; Stoléro et Morales-Huet, 1989; Lamour, 2003).

## Unités mère-bébé (UMB)

En France, la pratique d'hospitalisation conjointe s'est développée grâce à P.C. Racamier (1961, 1984) pour traiter les pathologies psychiatriques de la maternité. Les travaux de R. Spitz et J. Bowlby dans l'après-guerre avaient montré les risques graves, pour le développement de l'enfant et pour la qualité de l'attachement, des séparations mère-enfant. La première unité en France est née en 1979 à Créteil dans un hôpital général, à proximité d'une maternité et d'un service de néonatalogie. Elle est aujourd'hui rattachée au service de psychiatrie infanto-juvénile.<sup>73</sup> En

<sup>73</sup> Intersecteur de pédopsychiatrie, chef de service du docteur Sarfaty.

Grande-Bretagne, les unités ont été créées à l'initiative des psychiatres adultes. Il existe aujourd'hui plusieurs unités en France, mais leur capacité d'accueil en nombre de dyades reste très insuffisante au regard des besoins.<sup>74</sup>

Ces unités permettent d'hospitaliser (à temps plein le plus souvent, ou en hospitalisation de jour) la mère et son bébé lorsque celle-ci présente des troubles psychopathologiques et de soigner :

- la mère sans la séparer de son bébé, la présence de celui-ci étant thérapeutique en particulier dans les psychoses puerpérales;
- le bébé qui peut déjà présenter des signes de souffrance après avoir été exposé aux troubles de la relation parents-bébé;
- le lien mère-bébé.

Les indications concernent toutes les décompensations aiguës du post-partum, essentiellement les psychoses puerpérales et les dépressions sévères, mais aussi les manifestations aiguës d'une psychose chronique, les désorganisations psychiques chez certaines patientes états limites, c'est-à-dire des pathologies qui toutes peuvent provoquer des dysharmonies relationnelles graves pour le développement du bébé en l'absence de soins. L'entrée dans une unité mère-bébé se prépare et ne se fait pas en urgence, ni habituellement dans la suite immédiate du séjour à la maternité. Un temps dans un service de psychiatrie adulte peut s'avérer nécessaire dans la phase d'agitation maternelle. L'hospitalisation en unité mère-bébé se fait en service libre à Créteil (chaque unité a son propre fonctionnement), et nécessite donc le consentement de la patiente pour elle-même et l'accord des deux parents pour le bébé. Celui-ci peut aussi être admis dans l'unité, dans le cadre d'une OPP sur décision d'un juge pour enfants. Le traitement du lien mère-bébé passe par la présence réelle de celui-ci, « dosée au jour le jour » et de manière médiatisée par une équipe de professionnels.

Si les unités aujourd'hui n'hospitalisent pas les pères, ils participent toutefois régulièrement aux entretiens. L'espace du tiers paternel au sein de la relation mère-bébé est travaillé par l'équipe de

l'unité, préfigurant pour l'enfant le processus de séparation-individuation à venir. L'hospitalisation permet d'observer au quotidien et de traiter les troubles du bébé confronté à sa mère malade (Isserlis, 1994). La durée moyenne d'une hospitalisation mère-bébé est de 3 mois.

Parfois, l'évolution, au sein de l'unité, va dans le sens d'accompagner une mère et un bébé vers une séparation, par exemple, lorsque les troubles maternels sont sévères et chroniques, ou lorsque les troubles de la relation mère-bébé n'évoluent pas suffisamment et s'accompagnent de signes de souffrance désorganisatrice chez le bébé (Yehezkieli et Clerc, 1997). Seul le juge pour enfants peut décider de séparer et de placer le bébé (cf. p. 170 et 247), mais il est de la responsabilité de l'équipe de prendre le temps, d'accompagner la mère et l'enfant dans l'application de cette décision, afin que la séparation ne soit pas vécue comme un arrachement mais comme une nécessité thérapeutique de protection pour les deux partenaires. Ce travail est essentiel pour éviter les grossesses itératives qui n'ont chacune comme fonction que de remplacer la précédente, dans une répétition sans fin.

Deux services de soins pré- et post-partum en périnatalité, situés en région parisienne à l'hôpital du Vésinet et à l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien, permettent aussi un accompagnement soutenu, médical et psychologique des femmes pendant la grossesse puis dans le lien avec l'enfant.

## **Savoir repérer le fonctionnement psychique de la patiente et du conjoint : un premier temps incontournable**

Le séjour à la maternité étant particulièrement court, il est difficile de présager de l'évolution d'une dyade mère-bébé et la façon dont va s'organiser la parentalité entre ces parents et ce bébé, ni comment l'accession à la parentalité peut provoquer chez la mère des bouleversements maturatifs ou au contraire désorganisateurs. Ce que l'on repère pendant le suivi de la grossesse ou dans le post-partum immédiat, même en l'absence de signes inquiétants, c'est le mode de fonctionne-

74 Listes disponibles sur le site de la Société Marcé francophone : [www.marce-francophone.fr](http://www.marce-francophone.fr)

ment maternel et/ou paternel et parfois les signes d'une psychopathologie avérée. Il n'y a cependant pas une seule manière d'être parent quand on est névrosé, psychotique ou état limite (Bergeret, 1972).

Le psychisme s'organise tout au long du développement de l'enfant puis de l'adulte, dans la relation intersubjective à ses figures parentales autour de plusieurs points d'organisation : la différenciation Moi/non-Moi, la différence des sexes et des générations qui implique l'abord et l'élaboration de la position dépressive et du complexe d'Œdipe, les deux grands organisateurs de la psyché.

### **Le sujet névrotique**

Le sujet névrotique a atteint une organisation psychique qui a permis l'élaboration et l'intégration de la différence des sexes et des générations. Autour du conflit œdipien, l'angoisse est essentiellement une angoisse de castration, et la relation à l'objet est une relation d'objet total. Le conflit est intrapsychique entre les pulsions sexuelles et le Surmoi post-œdipien. Le lien à l'autre, différent et différencié – c'est-à-dire reconnu dans son altérité – est toujours maintenu. Les mécanismes de défense sont le refoulement, le déplacement, le contre-investissement, etc.

En clinique, l'échange est fluide, sans rupture, même si l'angoisse domine. La narration a du sens, et des liens avec des événements ou des émotions du passé sont possibles. La patiente a une capacité de se représenter ce qu'elle perçoit et ressent. Elle a accès à l'ambivalence sans trop de culpabilité, à l'empathie, à la reconnaissance de ses ressentis et de ceux des autres et donc de son bébé et à une souplesse de fonctionnement qui lui permet de traverser la régression nécessaire à l'ajustement avec le bébé sans craindre de s'y perdre et de s'y sentir trop attaquée.

### **Le sujet psychotique**

Le sujet psychotique n'est pas dans la même logique de pensée, ce qui produit souvent un sentiment de malaise ou d'étrangeté dans la rencontre avec ces patientes. Le problème du patient psychotique, c'est de ne pas différencier la représentation et la perception, c'est-à-dire de ne pas repérer si ce qu'il ressent vient de lui ou d'un autre.

La distinction entre soi et l'autre, entre ce qui est conçu subjectivement et ce qui est perçu objectivement, est fragile. La différenciation sujet/objet a échoué et reste instable. La position dépressive n'a pas pu s'élaborer dans le lien à l'objet primaire, et le sujet a dû se « construire des stratégies de survie », la création d'une néoréalité et l'éclosion d'un délire ou d'hallucinations qui « entravent son rapport à lui-même et aux autres » (Ferrant dans Roussillon, 2007). Les angoisses psychotiques sont des angoisses d'éclatement, de morcellement, d'intrusion, d'anéantissement. Les mécanismes de défense font appel au clivage, au déni, à l'idéalisation, à l'identification projective, c'est-à-dire au fait d'expulser au dehors ce qui ne peut être traité dedans. Ces mécanismes de gestion des angoisses et la nature de celles-ci entrent en résonance avec le mode de fonctionnement psychique des nouveau-nés d'où les grandes difficultés de certaines mères psychotiques à supporter sans se désorganiser les appels et les angoisses de leur bébé. Le sujet psychotique est un être qui souffre même si parfois il n'en a pas conscience et qui a besoin de nous « rencontrer » dans une bonne distance ni trop près, ni trop loin afin d'être accompagné dans le processus du devenir parent même si ce sont des situations particulièrement délicates et difficiles (cf. p. 211).

Les mécanismes de déni, clivage, idéalisation ne sont pas spécifiques de l'organisation psychotique. Ils peuvent se rencontrer dans d'autres troubles. Un exemple en périnatalité, ce sont les dénis de grossesse qui surviennent chez des femmes qui dans leur grande majorité ne sont pas psychotiques.

### **Le sujet état limite, narcissique, antisocial**

Il s'agit d'une organisation de la personnalité qui induit souvent des facteurs de vulnérabilité pour l'accès à la parentalité.

L'organisation limite (le terme d'organisation est préféré à celui d'état, cf. Kernberg, 1979) est aujourd'hui reconnue comme une entité autonome, située entre les organisations névrotiques et psychotiques. C'est « une pathologie des limites du Moi » (Estellon, 2010) caractérisée par « une faiblesse du Moi » et un trouble de l'identité. Ses expressions cliniques sont polymorphes.

Les troubles se situent dans le registre narcissique, et la triangulation œdipienne marquant la différence des sexes et des générations n'est pas entièrement intégrée. La relation à l'objet/ « autre sujet » (c'est-à-dire que l'objet comme le sujet « est animé de pulsions et d'une vie psychique inconsciente », R. Roussillon) est centrée sur une dépendance anaclitique (« s'appuyer sur »). La patiente est en quête d'étayage, de réassurance et de gratifications, du fait d'une grande insécurité interne et de failles narcissiques. Depuis l'enfance, la femme a eu des difficultés à supporter les séparations et la solitude. Cela a induit, dans une quête de protection, une relation de dépendance à l'autre, et à l'environnement. Si l'autre est trop loin, surgit une angoisse d'abandon, s'il est trop près, une menace d'intrusion. Le conflit psychique est prégénital et narcissique. Il est traité dans la réalité et l'interpersonnel plutôt qu'à un niveau pulsionnel et intrapsychique. Le choix d'objet est anaclitique et la patiente se défend d'angoisses d'abandon, de perte, de perte d'amour de l'objet. Le bon objet et l'amour pour l'objet doivent être protégés de toute agressivité, de toute colère d'où le recours au clivage entre les bons objets idéalisés et les mauvais objets, décevants, mis à distance. Ce fonctionnement témoigne de la difficulté d'accès à l'ambivalence. Ces patientes sont essentiellement à risque de dépression, aiguë ou plus souvent chronique. Les mécanismes psychiques en jeu relèvent :

- du clivage pour préserver le bon du mauvais ;
- de l'identification projective ;
- de l'idéalisation avec son corollaire : le risque d'une désillusion vécue de manière terriblement douloureuse ;
- du déni des affects partagés ;
- de la projection du mauvais vers l'extérieur ;
- d'une position omnipotente recherchée pour se sentir à l'abri de toute menace et surtout conserver le bon, l'amour de l'objet.

Ces mécanismes qui affaiblissent le Moi ont comme objectif de protéger le narcissisme et de lutter contre la souffrance dépressive. Pour J. Bergeret, l'état limite est un « aménagement défensif » destiné à éviter la dépression (Estellon, 2010).

Sur le plan clinique, les manifestations sont très variées. Les patientes transmettent un vécu d'insatisfaction, de dépréciation contre-investi par des mouvements de prestance ; un sentiment de vide, d'ennui ; d'intolérance à la frustration et à l'angoisse. Leur parcours est discontinu et émaillé d'effondrements dépressifs, d'angoisses diffuses, d'instabilité émotionnelle avec des changements d'humeur, d'agir impulsifs à type de décharge (par difficulté de contenance pulsionnelle), de troubles somatiques et/ou du comportement avec agressivité, colère, rage, désespoir, d'agir avec des passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs impulsifs, parfois imprévisibles, parfois préparés dans les moments dépressifs : tentatives de suicide ; comportements antisociaux, transgressifs, toxicomaniques (alcool, médicaments, drogues), avec des mises en danger et une recherche de limites et des ruptures de liens pour abandonner l'autre plutôt que de se sentir abandonnée. Leur lien à la réalité est conservé (à l'inverse de la psychose). Certaines sont hyperadaptées, actives et ne sont pas du tout repérées comme étant en difficulté par les soignants lors du suivi de la grossesse, en dehors des épisodes dépressifs, d'émergences caractérielles ou lors de troubles du comportement.

R. Roussillon (2007) parle d'un pôle d'organisation narcissique identitaire du fonctionnement psychique et il distingue les fonctionnements limites des fonctionnements narcissiques. Leur objectif est commun : contenir l'angoisse de perte de l'amour de l'objet, mais leurs stratégies sont différentes.

« Les patientes narcissiques manifestent une auto-suffisance soutenue par le gel pulsionnel et l'idéalisation « je me suffis à moi-même, la perte d'amour de l'autre ne m'atteint pas ». Les patientes limites, à l'inverse sont dans une hyperdépendance à l'objet, nécessite une présence constante pour pallier les défauts d'intériorisation et lutter contre les fantasmes de destruction, envers de la dépendance. » (Roussillon, 2007.)

Certaines patientes sont plus proches d'un fonctionnement psychotique (sans délire) et d'autres plus proches d'un fonctionnement névrotique d'où l'hétérogénéité clinique et la nécessité de ne pas rester uniquement attaché à la seule expression symptomatique des troubles.

O. Kernberg parle de patient *borderline*, plutôt du côté de patients prépsychotiques.

Certains utilisent indifféremment, état limite et *borderline*. Au-delà, de la terminologie, il est surtout important de repérer le mode de fonctionnement psychique qui sous-tend l'émergence des troubles.

Pour le «psy» en maternité, ce détour est nécessaire parce que le projet thérapeutique concernant une femme qui déprime dans le post-partum ou celui relatif à un trouble de la relation à l'enfant, n'est pas ajusté de la même façon selon le mode de fonctionnement psychique maternel. Il est important de rappeler qu'il n'y a pas de correspondance stricte entre le mode de fonctionnement intrapsychique maternel (psychopathologie individuelle) et la manière dont elle va exercer sa fonction maternelle avec le bébé du berceau (psychopathologie parentale).

## Parentalité et psychose : exemple de la schizophrénie

Il n'y a pas une femme schizophrène mais des femmes souffrant de pathologie schizophrénique dont la forme clinique et l'intensité sont variables. Cette pathologie touche environ 1 % de la population avec une sex-ratio de 55 % d'hommes et 45 % de femmes. La pathologie démarre à l'adolescence ou chez le jeune adulte, de manière insidieuse ou par un accès aigu.

Le terme de schizophrénie vient du grec *schizo* qui signifie, coupure, pour rendre compte de la dissociation de la personnalité qui caractérise ce trouble. La dissociation désorganise progressivement tous les domaines du fonctionnement mental. Ainsi, on peut repérer des troubles du cours de la pensée avec des barrages (moment de suspension), des difficultés de communication et de relation avec les autres, des troubles de l'affectivité (insensibilité apparente, expressions émotionnelles paradoxales, détachement) auxquels s'associent des manifestations délirantes plus ou moins exprimées mais qui comblent le vide de la dissociation schizophrénique. Classiquement, il s'agit du syndrome d'influence et d'hallucinations essentiellement auditives qui réalisent un automatisme mental, un vécu de dépersonnalisation avec des thèmes délirants divers :

mystiques, sentiments de persécution, hypochondriaques, etc. La patiente exprime un vécu d'étrangeté, paraît hermétique et parfois incohérente. Mais les troubles ne sont pas toujours évidents lors des premiers contacts et il existe différentes formes cliniques. On parle de troubles du spectre de la schizophrénie. De plus, la grossesse tend souvent (pas toujours) à améliorer ces femmes sur le plan psychiatrique (sentiment de complétude). Le diagnostic peut être aidé par les éléments d'anamnèse (antécédents d'hospitalisation, de suivi psychiatrique, de prise de psychotropes...) confirmés si un lien avec un professionnel du secteur de psychiatrie adulte peut être fait, si celle-ci est connue du CMP ou auprès d'un psychiatre installé en libéral (Hanus, 1992).

## Variabilité des configurations cliniques et des situations

Nous rencontrons de manière très régulière des femmes schizophrènes au cours de leur parcours obstétrical et il y a une grande variabilité de configurations cliniques et de situations entre :

- La femme seule, isolée, en rupture de soins, délirante, et se sentant menacée par le lien à l'autre, dont la grossesse n'est pas suivie, voire est plus ou moins niée.

*Madame C.* accouche au terme d'une grossesse non suivie d'une petite fille qui va bien. Madame C. montre peu d'initiatives envers son bébé et la regarde peu mais s'en occupe quand la puéricultrice le lui demande. L'enfant fait des efforts considérables pour tenter de rencontrer le regard de sa mère. Madame C. reste au lit, se dit fatiguée, avant que nous prenions conscience des troubles : difficultés et ruptures de contact, hermétisme, sentiment d'étrangeté, négativisme.

- La femme angoissée par une grossesse non souhaitée, ne percevant pas les mouvements du bébé, mais des sensations étranges et envahissantes dans son corps.
- La femme stabilisée pendant la grossesse, qui arrête son traitement psychotrope et ne va plus

consulter son psychiatre parce que la maternité lui permet de lutter contre son statut de malade mentale, d'avoir l'illusion de ne plus être malade et de se sentir normale.

Dans le dossier de *Madame M.* qui vient d'accoucher, il est noté qu'elle est suivie par un psychiatre pour une schizophrénie. Madame M. ne prend pas de traitement psychotrope. Elle s'occupe de son bébé. Elle est pourtant très isolée, en rupture d'alliance thérapeutique et l'on peut être inquiet pour elle et son bébé dans le post-partum.

- La femme ayant déjà une certaine reconnaissance de la chronicité de ses troubles, suivie régulièrement, inquiète d'une possible décompensation dans le post-partum et ayant des points d'appui auprès d'un conjoint, de la famille, d'amis ou de professionnels dont elle sollicite l'accompagnement.

*Madame R.* accouche d'un bébé à terme. La grossesse a été bien suivie. Elle a indiqué qu'elle était schizophrène et qu'elle était suivie par un psychiatre. Elle donne son nom et permet les liens entre les professionnels. Elle vit en couple et son mari l'a connue dans les moments difficiles. Lors de l'entretien, elle parle de ses hallucinations auditives. Elle est rassurée, « ses voix » ne disent rien de méchant sur le bébé. Toutefois, Madame R. refuse tout accompagnement mère-bébé dans le post-partum. Elle poursuit son suivi en psychiatrie adulte. Le lien avec la PMI est fait pour avoir une attention sur le développement du bébé. Madame R. est cependant méfiante.

- D'autres femmes ont des conduites à risque, même pendant la grossesse, dont des prises d'alcool et de toxiques, parfois plusieurs partenaires, dans un contexte de précarité affective et de violence. Il n'est pas rare que le partenaire présente lui-même des troubles mentaux. Ces situations plus difficiles conjuguent la psychopathologie maternelle à une précarité sociale, un isolement affectif et souvent familial, et à la psychopathologie paternelle.

Il peut s'agir de la même femme, à un moment différent de sa vie, lors de différentes grossesses.

Lors du parcours obstétrical, des indices peuvent permettre de repérer :

- une grossesse mal suivie voire non suivie, non déclarée (non spécifique) ;
- un traitement neuroleptique ou apparenté ;
- des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ;
- des antécédents de décompensation lors de grossesses précédentes ;
- un déni de grossesse même si la schizophrénie n'en représente qu'un très faible pourcentage ;
- un parcours chaotique fait d'errance, le placement d'enfants précédents (non spécifique et non systématique dans cette pathologie maternelle).

Le diagnostic psychiatrique de schizophrénie peut être en lui-même anxiogène pour les équipes soignantes parce qu'il renvoie à l'inconnu, à un sentiment d'étrangeté, à des représentations rattachées à des faits divers certes rares mais dramatiques, qui alimentent des peurs et des attitudes de méfiance et de surveillance qui peuvent à leur tour être pathogènes.

La schizophrénie est une pathologie chronique émaillée de périodes de décompensations aiguës.

Le fait qu'une femme schizophrène aille bien pendant la grossesse ne doit pas diminuer la vigilance du post-partum.

Le post-partum est une période à très haut risque de décompensation aiguë pour la mère et de risques graves pour elle et pour l'enfant. Les demandes du bébé, ses pleurs, ses angoisses peuvent rencontrer celles de la mère et les mettre en danger tous les deux.

Il peut s'agir d'un premier épisode psychotique dont l'évolution dira qu'il s'agissait d'un mode d'entrée dans la schizophrénie.

## **Quel environnement psycho-affectif pour le fœtus, le bébé puis l'enfant de mère schizophrène ?**

La mère psychotique investit son bébé mais un bébé fantasmatique, qui n'est pas le bébé du berceau. Cela s'observe dans le décalage important entre le discours de la mère qui donne une place centrale au bébé – « c'est le plus beau,

je l'aime... » – et les difficultés de maternage. On peut repérer de l'indifférence, de l'hostilité, des moments de rapprochement suivis de mises à distance imprévisibles. Dans cette relation d'objet psychotique, la mère investit son enfant mais ne reconnaît pas les besoins de son bébé comme différents des siens. Elle les interprète en fonction de ses propres besoins. L'enfant n'est pas reconnu dans son altérité. Quand elle a faim, elle nourrit son bébé, et ne le nourrit pas quand elle-même n'a pas faim ! Celui-ci s'imprègne des vécus affectifs de sa mère, doit faire face à ses propres angoisses archaïques et trouver des moyens défensifs de s'adapter à ce style relationnel. L'enfant est soumis à une imprévisibilité des soins, à la discontinuité psychique de la mère psychotique et il peut vivre un portage trop proche, trop collé, suivi, sans aucune anticipation ni de sens possible pour lui, de mise à distance. L'observation du bébé montre qu'il installe des dystonies, alternant raideur, hypertonie, et lâchage hypotonique dans le sommeil, dans un retrait de la relation. Le bébé peut se retrouver seul face à ses angoisses primitives, aux prises avec des débordements émotionnels qui le désorganisent. Parfois hypervigilant, parfois dans l'évitement du regard, il peut trouver des stratégies de rassemblement : il s'agrippe à la lumière ou à lui-même pour se tenir et ne pas tomber psychiquement. Certains bébés se réfugient dans le sommeil dans une autorégulation de leur état de vigilance.

*Madame P.* accouche de son premier enfant. La situation n'a pu être anticipée en anténatal. Après la naissance, la mère ne regarde pas son bébé, mais répète de manière incessante qu'elle aime son enfant. Le lien avec le bébé ne s'installe pas. La mère est indifférente à sa présence bien qu'elle nous parle de son bébé : lequel ? L'équipe est touchée par ses propos et troublée par la discordance entre les mots et le comportement de cette femme. L'observation du bébé va nous révéler l'impact de cette situation chez lui. La puéricultrice remarque finement que l'enfant dort systématiquement en présence de sa mère, mais s'éveille immédiatement lorsqu'une professionnelle le prend dans ses bras ou l'emmène dans la salle de soins !

Les effets sur l'enfant sont d'autant plus importants qu'il est jeune et que la relation mère-bébé n'est pas médiatisée par la présence d'un tiers : le père ou un substitut maternel, capable de prendre des relais et de proposer au bébé d'autres manières d'entrer en relation sans disqualifier la mère.

Après les premiers mois, si une relation fusionnelle avec le bébé s'est installée, le mouvement de séparation-individuation de l'enfant lors du deuxième semestre de la première année est à risque de désorganiser psychiquement la mère. Ce mouvement de séparation, inhérent à l'évolution maturative de l'enfant, peut être vécu par elle comme un arrachement. D.W. Winnicott (1961) nous raconte l'exemple d'une mère qui après avoir « probablement fusionné à ne faire qu'un » avec son bébé, le jeta, lorsqu'il eut 5 mois dans le canal, au stade où il lui fallait aborder la distinction soi/autre entre elle et son enfant. Sauvé après le passage à l'acte maternel, le bébé fut alors confronté, par l'hospitalisation de sa mère pour décompensation délirante, à la perte brutale de ce lien fusionnel et à la perte de l'imaginaire maternelle idéalisée qu'il s'était construite dans ce lien pathologique.

Pour D.W. Winnicott, dans cet exemple clinique, « une mère très malade peut avoir donné au bébé, un départ exceptionnellement bon » mais la relation fusionnelle mère-bébé protège-t-elle vraiment l'enfant ?

C'est tout l'enjeu de l'observation attentive portée au bébé confronté à une mère psychotique. Seule cette observation guidera la conduite à tenir, spécifique à chaque dyade, pour éviter d'agir un maintien à tout prix ou un placement en urgence (cf. p. 172 et 206). Chaque professionnel doit rester vigilant et conscient du conflit majeur activé par ces situations très angoissantes pour tous. Il existe un danger, psychique et vital tant pour la mère que pour l'enfant, du fait de la pathologie psychotique. Le bébé peut aussi désorganiser sa mère et la mettre en danger (Lamour, 1989). Mais un autre danger guette les professionnels et donc indirectement la mère et l'enfant. C'est le conflit toujours actif entre ceux qui s'identifient au bébé et qui ressentent la mère comme potentiellement dangereuse et ceux qui s'identifient à la mère et ont l'illusion que l'accès à la maternité aura un pouvoir de réparation de la pathologie maternelle et de normalisation. L'observation centrée sur le

bébé et sur ses manifestations psychiques permet de sortir de ce dilemme pathogène et source de décisions iatrogènes si le maintien ou la séparation mère-bébé ne sont pas décidés en fonction de la clinique mais en fonction de positions idéologiques.

M. Lamour a montré que les bébés s'imprègnent très tôt des modalités relationnelles au sein desquelles ils se construisent et cherchent à les reproduire avec un substitut même si cela les met en danger. Ce mode interactionnel peut persister ensuite lors des contacts avec les parents, alors que l'enfant a installé d'autres modalités relationnelles lors d'un placement par exemple.

Le placement précoce du bébé n'est pas une garantie d'un bon développement psychique de l'enfant. Dans tous les cas, que l'enfant soit placé ou qu'il soit auprès de ces parents, le suivi pédopsychiatrique doit être régulier non seulement dans le post-partum immédiat mais durant toute la période de son développement et jusqu'à l'adolescence (risque lié aux séparations lors des hospitalisations maternelles, contenu pauvre et discordant des échanges relationnels, poids identitaire d'être l'enfant d'une malade mentale, etc.).

## Les enfants de parents psychotiques : un groupe à risque selon l'OMS

L'OMS a reconnu les enfants de parents psychotiques comme un groupe à risque de troubles du développement.

Sur le plan statistique, le risque qu'un enfant de parent schizophrène devienne psychotique est évalué à :

- 10 % si l'un des parents est malade (pour certains auteurs, 30 à 40 % des enfants développeraient une maladie mentale du spectre schizophrénique) ;
- 25 à 35 %, si les deux parents sont malades.

Seuls 25 à 30 % de ces enfants ne présenteront pas de troubles (Roussillon, 2007). Les autres peuvent développer des troubles importants du comportement ou un développement en « faux self » avec une hypermaturité et une hyperadaptation, témoins d'une fragilité psychique sous-jacente (Bourdier, 1972).

## Cas cliniques

*Madame M.* accouche de son premier enfant. Je la rencontre en suites de couches à la demande de l'équipe qui la trouve étrange. Le contact est difficile, elle est méfiante, hostile. Son regard me transperce, et je ressens un sentiment de danger qui me paralyse. L'entretien avec elle permet de recueillir quelques informations importantes. J'apprends qu'elle est connue par l'équipe du CMP de son secteur, mais qu'elle ne veut plus y aller. Elle a fait, me dit-elle, une dépression, il y a longtemps. Elle ne prend actuellement aucun traitement. Madame M. parle de manière rude. Elle m'autorise toutefois à contacter les collègues du CMP. Avec le bébé, elle est distante, et ne laisse pas approcher les auxiliaires de puériculture chargées des soins du bébé. Le lien avec l'équipe du CMP confirme la pathologie schizophrénique de Madame M. et le fait qu'elle est en rupture de soins depuis plusieurs mois. L'équipe de psychiatrie adulte est prête à se mobiliser pour renouer les liens avec Madame M. Le compagnon et père de l'enfant n'a pas de trouble psychiatrique. Il semble ne pas avoir pris conscience des problèmes de son amie. Au fil des jours, le lien mère-bébé est difficile, et toute alliance thérapeutique s'avère impossible. Nous transférons le bébé en néonatalogie car Madame M. devient inquiétante, ses propos sont très menaçants, de même que son attitude et son regard. Elle paraît hallucinée avec des attitudes d'écoute. Aucun échange n'est possible. Le chef de service de pédiatrie et le chef de service de pédopsychiatrie viennent m'épauler pour recevoir le couple et leur transmettre nos grandes inquiétudes. Un signalement judiciaire est envoyé au procureur de la République (les cellules de signalement ne sont pas encore créées). Cette enfant prénommée « Alice » est placée en OPP sur décision du juge pour enfants. Trois ans après, je rencontre à nouveau cette patiente lors de la deuxième grossesse. Elle a revu notre assistante sociale, et demande avec insistance à être aidée pour que son deuxième enfant ne soit pas placé. Elle est métamorphosée, souriante, contente de nous retrouver. Elle ne semble pas avoir gardé de griefs à notre rencontre après le placement de son premier enfant, qu'elle voit régulièrement. Elle est paisible. Son regard a

changé. Elle est suivie depuis peu, par l'équipe du CMP adulte et prend un traitement psychotrope. Le père de l'enfant est le même, mais peu impliqué. Elle accepte une admission, pendant la grossesse, dans un service mère-enfant de la région parisienne et demande à y retourner dans le post-partum pour être aidée. Elle accouche d'un petit garçon qui a besoin d'une prise en charge en réanimation. Pourtant, Madame M. est là, près de lui, et installe un lien avec cet enfant. De nombreux professionnels se mobilisent autour de cette famille pour accompagner le retour à domicile. Quelques mois plus tard, une nouvelle grossesse s'annonce, Madame M. est ravie mais le contexte est plus difficile. Le compagnon veut partir, ne soutient plus rien, et il a trouvé une autre femme. Nous sommes à nouveau très soucieux. Toutefois, Madame M. nous fait confiance, demande de l'aide, vient à tous les nombreux rendez-vous, et s'appuie sur les professionnels pour toutes sortes de démarches. Elle vient régulièrement dans mon bureau, pour téléphoner, vérifier ma présence, ou parler un peu. Un jour, elle me dira : « Vous vous rappelez quand je n'allais pas bien après la naissance d'Alice. J'entendais des voix terribles et menaçantes, j'étais terrorisée. » Elle me parle alors de la douleur de ne pas s'occuper de sa première fille, âgée de 5 ans et toujours placée, mais elle comprend, et me dit qu'elle ne pouvait pas. Elle note à chaque visite qu'Alice se développe bien, et toutes les deux ont appris à se connaître. L'arrivée du troisième enfant se passe bien. Après une semaine d'hospitalisation en suites de couches, le suivi est organisé pour un retour à domicile. Madame M. est entourée d'un réseau de professionnels, chacun à sa place, et elle a confiance.

Cette situation est intéressante parce qu'elle souligne la diversité des situations pour une même patiente à différents moments de son parcours.

*Madame K.* est schizophrène. Elle vit encore chez sa mère avec ses deux premiers enfants. Le père des enfants ne vit pas avec elle. En dehors de quelques particularités de comportement, elle s'occupe bien de ses enfants. Lorsque le deuxième enfant a 8 mois, elle décide d'arrêter son traitement parce qu'elle se sent bien. La décompensa-

tion délirante arrive brutalement et profondément. Madame K. est hospitalisée en psychiatrie. Le père des enfants demande la garde des enfants tant il est effrayé par les troubles de Madame K., et il l'obtient. Madame K. est effondrée quand elle réalise la perte de ses enfants, qu'elle ne voit plus qu'épisodiquement, car le père fait un barrage aux rencontres. Désespérée, elle est à nouveau hospitalisée, veut un enfant, « ses enfants ». Elle se choisit un géniteur, également schizophrène, dans le service et est rapidement enceinte. Madame K. a toujours montré, en dehors des épisodes de décompensation, des capacités maternelles envers ses enfants. Le projet autour de l'arrivée du troisième enfant est avant tout d'organiser un accompagnement régulier du couple pendant la grossesse puis parents-enfant après le retour au domicile. Pour Madame K., le troisième enfant a la mission de remplacer les deux premiers « perdus ». Les premières années « se passent bien ». Madame K. de même que le père restent stabilisés sur le plan psychiatrique, adhèrent au suivi organisé par la PMI, l'équipe petite enfance de l'EDS, et le CMP adulte. L'enfant va en crèche et se développe sans trouble manifeste. Madame K. continue de souffrir de la séparation avec les deux premiers enfants. Leur père continue de refuser à Madame K., de rencontrer seule, ses deux premiers enfants, parce qu'il a peur de les laisser avec elle tant il avait été effrayé de l'avoir vu délirante et hallucinée, et tant il a peur désormais de cette femme. Madame K. se dégrade psychiquement avec une reprise de l'activité hallucinatoire et doit être ré-hospitalisée. Elle est alors enceinte d'un quatrième enfant. Le troisième enfant est placé temporairement parce que son père ne peut pas assurer, seul, ses soins. Pendant ce placement, le troisième enfant est maltraité dans la famille qui l'héberge. Madame K., toujours hospitalisée, en est déstabilisée, légitimement très inquiète pour son enfant et de plus en plus angoissée. Après la naissance, en suites de couches, elle va de plus en plus mal, s'agite. La décompensation qui a commencé pendant la grossesse s'accroît. Madame K. est méconnaissable et délirante. Elle est transférée en psychiatrie adulte et l'enfant est placé dès la naissance. L'équipe de secteur poursuit l'accompagnement.

Une autre observation clinique : *Madame D.* et *Lucas*.

De manière tout à fait remarquable, *Madame D.* consulte avec son mari, sur proposition du psychiatre adulte qui la suit. Madame D. est schizophrène. Ils veulent un enfant et ils viennent s'informer et discuter de ce projet. Madame D. prend un traitement psychotrope important et cela l'inquiète pour engager une grossesse. Cette démarche est rare et semble être le témoin d'une alliance *a priori* positive avec ces parents. Un suivi régulier et intensif s'engage, pendant la grossesse, puis dans le post-partum. Une TISF intervient à domicile tous les jours du lundi au vendredi et nous recevons Madame D. en consultation mère-bébé une fois par semaine. Devant l'apparition de troubles importants des interactions et des signes de souffrance chez le bébé, Madame D. est hospitalisée avec son fils âgé de 5 mois, dans une unité mère-bébé. Elle y reste plusieurs semaines avant la reprise du suivi intensif en ambulatoire.

Une séquence autour de l'alimentation permet de mieux réaliser ce que peut vivre le bébé. Cette observation a été à l'origine de la proposition d'hospitalisation en UMB.

Lucas dort en arrivant à la consultation puis se réveille sans transition. Il est calme. Il ne réclame pas son biberon, mais c'est l'heure. Madame D. a inscrit au stylo sur ses mains les horaires des biberons. Elle prend l'enfant et lui donne le biberon sans attendre. L'enfant l'avale vite, et montre même du plaisir à téter. Dès le biberon fini, et sans même regarder son enfant, elle le lui enlève de la bouche sans un mot. Lucas hurle, se contorsionne en hypertonie, avec un mouvement d'opisthotonos. Il se désorganise, s'agrippe à la lumière et pleure intensément. Madame D. pense qu'il a encore faim et prépare un nouveau biberon qu'il prend peu et sans plaisir. Que s'est-il passé pour le bébé? D'abord calme et paisible, Lucas éprouve un plaisir dans le premier biberon, plaisir lié à l'autoconservation et à la succion (mais non partagé dans la relation). Interrompu brutalement, il vit une rupture et une perte, il réagit et hurle. Ce message du bébé n'est pas compris par la mère qui l'interprète comme « il a encore

faim ». Le deuxième biberon ne lui procure aucun plaisir, sinon du déplaisir tant il paraît douloureux. L'observation de l'interaction est difficile. Il n'y a, entre cette mère et ce bébé, aucun échange de regards ou de mots. Il n'est pas vu ni reconnu dans ses besoins, soumis à une discontinuité effrayante. Une fois désorganisé, il lui faut beaucoup de temps et de berceement, pour se rassembler et s'apaiser à nouveau. Madame D. ne voit pas les difficultés de son fils, et nous répète sans cesse : « Il est beau mon fils, il va bien mon fils ! » Affirmation ou question ?

Cette séquence nous conduit à proposer son hospitalisation en unité mère-bébé, parce que Lucas va mal, ce que nous lui dirons en centrant notre discours uniquement sur l'enfant et sans commentaire sur son comportement. Madame D. sait bien que Lucas pleure beaucoup, qu'elle est souvent en difficulté, et ne sait plus quoi faire, alors Lucas elle sort pour des promenades sans fin, puisque Lucas peut alors se calmer dans la poussette dans une distance protectrice pour les deux. L'enfant montre des signes d'évitement relationnel actif à son arrivée à l'unité mère-bébé et des moments de pleurs ininterrompus, difficiles à calmer.

L'évolution au cours de l'hospitalisation est très favorable pour Lucas. Il s'apaise, entre en contact et devient un enfant initiateur d'échanges, souriant, et étonnamment gracieux, ce qui n'était vraiment pas le cas avant. Non seulement, nous ne le trouvions pas beau, mais nous avions aussi pensé à une dysmorphie et possiblement à des troubles neurologiques.

La maman reste, elle, hallucinée le plus souvent mais commence à percevoir son enfant et s'appuie sur les professionnels pour regarder son bébé. Elle sollicite beaucoup l'équipe pour ne pas rester seule avec son fils et elle remarque, avec beaucoup de joie, l'évolution de son petit garçon, pour lequel elle a une vraie tendresse, malgré ses difficultés. Elle veut le meilleur pour lui et se montre engagée dans les soins et courageuse malgré ses traitements neuroleptiques qui la plongent dans une lassitude. Le traitement ne peut être diminué du fait d'une recrudescence majeure du délire sous-jacent, et Madame D. garde une activité hallucinatoire dont elle ne parle qu'aux psychiatres.

Le suivi mère-père-bébé se poursuit de manière intensive, l'enfant n'a plus de difficultés de communication mais à 2 ans, il est un enfant facilement agité, soulignant la fragilité de ses capacités de contenance et d'enveloppe. Lucas démarre un suivi en psychomotricité.

## Stratégies thérapeutiques à la maternité : accompagner une femme schizophrène

À la maternité, il s'agit avant tout d'accompagner une femme enceinte avec ce qu'elle est et dans la situation où elle se trouve. L'accompagnement est interdisciplinaire et concerne aussi bien les obstétriciens, les sages-femmes, les pédiatres que les psychologues ou les psychiatres. Ces femmes sont très sensibles à la spécificité de cette approche périnatale car elles sont reçues en tant que future mère et pas seulement en tant que malade mentale. Cette position favorise l'installation d'une alliance de soins car même lorsqu'elles sont en rupture de liens avec l'équipe de psychiatrie adulte, elles acceptent souvent la proposition des soignants de rencontrer le psychologue et/ou le psychiatre de la maternité.

Pendant la grossesse, le dossier de la patiente est présenté lors du staff de parentalité dont les objectifs sont les suivants :

- mettre en place des points d'appui de sécurité pour le post-partum : évaluation des conditions d'environnement, situation familiale et du conjoint (a-t-il lui-même une psychopathologie, comment se situe-t-il face à cette maternité?) et identification des professionnels ressources, potentiels ou déjà en liens avec la patiente ;
- écrire une fiche de synthèse, insérée dans le dossier et destinée à la sage-femme qui accueillera la patiente pour l'accouchement ;
- prévoir un temps d'hospitalisation plus long en suites de couches, d'une semaine environ ;
- s'informer du traitement psychotrope, et organiser une rencontre des parents avec le pédiatre, en anténatal pour les informer et noter une conduite à tenir pour le bébé, à la naissance : gérer un possible sevrage ou repérer des signes d'imprégnation en lien avec le traitement maternel. Le psychiatre de la maternité notera les

posologies exactes car les femmes ne viennent pas toujours avec leur ordonnance, et ne savent pas toujours expliquer ce qu'elles prennent ;

- engager des liens, après en avoir informé la patiente, avec les collègues de secteur pour l'articulation des soins, et inscrire dans le dossier les numéros de téléphone des différents interlocuteurs concernés par la situation. Une anticipation souple et ouverte est nécessaire. L'accouchement peut se faire la nuit ou le week-end, quand les « psy » ne sont pas sur place. Beaucoup de maternités n'ont pas de psychiatre de garde. Ce travail en amont est important quand il est possible. Certaines situations ne le permettent pas, comme lors des dénis de grossesse, ou chez des patientes qui sont venues irrégulièrement ou qui n'ont pas fait suivre la grossesse ;
- discuter de la question de l'allaitement maternel. Il est en général contre-indiqué avec la plupart des traitements psychotropes. Il est important d'en informer la patiente et d'en discuter avec elle pendant la grossesse, pour éviter une déception en suites de couches. Les médicaments prescrits pour arrêter la lactation (bromocriptine) sont également contre-indiqués avec les neuroleptiques. Les sages-femmes stoppent la montée laiteuse soit par des traitements homéopathiques, soit par des moyens « à l'ancienne » comme le bandage des seins, ce dont la patiente sera informée ;
- noter dans le dossier : les éléments de surveillance de l'état psychique maternel en suites de couches pour les équipes de jour et de nuit (troubles du sommeil, éléments délirants, propos incohérents, étrangeté, agitation etc.), les personnes à contacter en cas d'urgence et la demande d'être informé de la naissance.

Après la naissance en suites de couches, en l'absence de décompensation aiguë de l'état psychique maternel, l'observation du bébé et du lien mère-bébé est au centre de la réflexion pour finaliser le projet de sortie de la maternité. Schématiquement :

- soit le retour du bébé à domicile est envisagé, l'observation mère-bébé est satisfaisante et surtout les parents adhèrent au projet de soins et à l'intervention des professionnels. On propose : l'intervention de la puéricultrice et du pédiatre de la PMI ; l'intervention d'une TISF à domicile ;

des consultations spécialisées parents-bébé; la poursuite du suivi psychiatrique de la mère au CMP de son secteur ou auprès d'un psychiatre en libéral et la poursuite de l'évaluation par l'équipe petite enfance de l'EDS. Un signalement plutôt qu'une information préoccupante (IP) peut être décidé si des signes inquiétants sont déjà présents;

- soit le retour à la maison du bébé ne peut pas s'envisager : la mère a besoin de soins, refuse tout traitement, est en rupture de suivi psychiatrique, dénie ses troubles et les difficultés, refuse un accompagnement mère-bébé..., un signalement est adressé au procureur de la République (et parallèlement à la cellule de signalement). Le procureur est la seule habilité à ne pas autoriser les parents à sortir avec leur enfant avant la décision du juge pour enfant. Dans une telle situation, le psychiatre doit évaluer l'état psychiatrique maternel et repérer les signes d'une possible décompensation aiguë du post-partum (cf. p. 200). Il doit décider si la patiente doit être hospitalisée dans un service de psychiatrie en service libre ou engager des soins sans consentement (cf. p. 202). Si l'état psychique maternel le permet et s'il y a une place, l'admission de la mère et du bébé dans une unité mère-bébé est à envisager.

Il n'y a pas une réponse à une pathologie donnée. Dans tous les cas, la démarche de soins est complexe, difficile et n'épargne pas les soignants d'angoisses intenses, de doutes face à l'incertitude évolutive, que ce soit dans le sens d'un maintien mère-bébé ou lors d'une séparation qui, dans tous les cas, nécessitent la poursuite d'un accompagnement spécialisé du lien entre cet enfant et ses parents.

## Parentalité et patientes état limite

### Généralités

Ce groupe de patientes est très hétérogène cliniquement et leur contexte de vie est variable, entre celles qui ont, en apparence, un bon fonctionnement, qui travaillent, qui ont une vie sociale, et qui réussissent, au prix d'aménagements défensifs, à gérer leur trouble relationnel, et celles qui à l'opposé,

sont fréquemment hospitalisées pour des épisodes dépressifs, des tentatives de suicide à répétition, qui sont mal socialisées, engagées dans une instabilité sociale avec des changements fréquents de travail, voire sans travail, et une instabilité affective, marquée par des ruptures sentimentales fréquentes. Certaines patientes présentent des troubles du comportement : comportement alimentaire, agirs impulsifs, conduites à risque, conduites addictives. Ce sont des patientes souvent intelligentes, conscientes de leurs difficultés et qui souffrent intérieurement. Nombre d'entre elles prennent régulièrement des antidépresseurs et des anxiolytiques prescrits par leur médecin généraliste.

### Du lien à l'objet primaire de l'histoire infantile de la mère à la relation actuelle mère-bébé

Pourquoi s'organise-t-on de manière « limite » ? La réponse ne relève que d'hypothèses. L'une d'elles interroge la nature et la qualité du lien à l'objet primaire maternel dans un environnement donné. Dans l'organisation limite, la survenue d'un ou plusieurs traumatismes se produisant très précocement dans le lien à l'objet primaire (J. Bergeret souligne l'impact d'un traumatisme affectif précoce) laisserait, dans le psychisme, la trace d'expériences d'angoisses primitives (« agonie psychique », « vécu d'effondrement » chez D.W. Winnicott, « angoisse sans nom » chez W. Bion), des expériences de vide sans représentation, de « trou » dans le psychisme. Ces traces d'expériences de détresse infantile et les modalités défensives (clivages), qui se sont initialement déclenchées, vont se réactiver, à l'insu de la patiente, dans l'actualisation de son expérience de maternité.

Dans la relation mère-bébé, les moments inévitables de détresse infantile vécus par l'enfant renvoient (selon l'hypothèse précédente) ces mères à leur propre détresse infantile, enfouie au plus profond d'elles-mêmes, comme si la naissance venait réactiver les traces de traumatismes précoces, leurs failles narcissiques anciennes et, pour beaucoup d'entre elles, l'absence de références à une image maternelle intériorisée rassurante et protectrice, qu'elles n'ont pas eue alors et qu'elles ne peuvent donc pas convoquer dans leurs pensées, pour se rassurer. Elles se trouvent ainsi démunies,

se sentent seules et incomprises face à leurs angoisses d'hier et d'aujourd'hui. Elles revivent, de manière aiguë et très douloureuse, un vécu d'impuissance, d'insécurité et de manque, qu'elles ont toujours connus et qui s'active particulièrement dans le lien avec le bébé. Ces mères ont besoin d'être rassurées sur le plan narcissique par leur entourage, mais aussi par leur bébé. Celui-ci se doit d'être un très bon objet, un beau bébé, rassurant et gratifiant pour les reconforter et leur assurer qu'elles sont de bonnes mères. Il est idéalisé, mais sa réalité, le rend, inévitablement, décevant.

Madame B. a perdu sa mère brutalement à l'âge de 15 mois. Rien ne lui a été dit, ni à l'époque, ni même plus tard. Dans son vécu d'enfant, sa mère a disparu de manière incompréhensible et elle ne s'en est jamais remise. Elle a été élevée par son père, puis rapidement par une belle-mère et a semble-t-il été l'objet de maltraitance au moins psychologique. Elle dit qu'elle n'a pas été aimée et que rapidement, elle a dû se débrouiller seule. Elle était une enfant sage et sérieuse, soumise. Elle a fait des études mais elle doute sans cesse. Elle a un mari qui l'étaye pour tout, conscient de ses angoisses et de ses moments d'effondrement dépressif. L'arrivée de l'enfant a désorganisé Madame B. et l'équilibre du couple. Dès les premières semaines, Madame B. ressent des moments d'angoisse très intenses. Elle est incapable de s'occuper de sa fille de manière spontanée. Elle prépare à l'avance tout ce qu'elle va faire avec elle sans aucune souplesse, sans espace pour laisser son enfant prendre des initiatives, et sans aucune place pour l'imprévu. Elle dit qu'elle ne sait pas faire, parce qu'elle n'a aucune image de mère en elle et s'occuper de son enfant lui semble insurmontable. Elle cherche du savoir-faire chez les autres et ne peut prendre aucune initiative parce qu'elle a peur : peur de mal faire mais aussi de faire mal à sa fille. Elle lutte contre une hostilité sous-jacente, vis-à-vis d'une enfant « inquiétante » pour elle. Elle doit coller à l'image qu'elle se fait d'un bon enfant, et elle vit douloureusement toute opposition que Margot lui fait vivre, alors qu'elle a aujourd'hui 3 ans et est entrée dans une phase d'opposition en disant

non à tout. Par moment, elle lui en veut d'activer chez elle des sentiments violents, dont elle a conscience qu'ils pourraient devenir maltraitants. Elle s'appuie sur son mari, délègue beaucoup ce qui, à la fois, les protège et paraît nécessaire pour elle et pour l'enfant qui a un bon développement. Dans ce processus, elle se confirme à elle-même son sentiment d'incompétence : « je ne sais pas faire, je n'ai pas eu de mère », elle reconnaît son besoin de s'appuyer sur la présence de son mari, mais elle ressent un fort sentiment d'envie pour ses capacités maternelles qu'elle attaque dans des moments désespérés de colère. Elle se sent abandonnée quand il s'occupe de l'enfant, bien qu'elle le mette en acte, à la fois déprimée et en rage de se retrouver seule. La triangulation œdipienne ne se met pas en place. Margot est confrontée à une bonne relation duelle qui exclut toujours le troisième mis en place de mauvais objet. Elle en est très consciente.

L'histoire infantile de ces parents retrouve à des degrés divers un parcours fait de traumatismes affectifs précoces et d'inadéquations relationnelles pas toujours aisés à repérer. L'anamnèse repère plus facilement les contextes de carences affectives et/ou éducatives (cf. chapitre 8.7), lorsqu'il existe un climat de grande précarité affective et sociale, de maltraitances, de séparations traumatiques, de placements. Les situations de carence peuvent favoriser une organisation « limite » et dans l'anamnèse des patientes organisées sur le plan « limite », on retrouve souvent un parcours de frustrations et de carences. Mais, tous les enfants carencés ne s'organiseront pas psychiquement de cette façon, et l'organisation limite peut se rencontrer en dehors de contextes de carences.

## L'observation mère-bébé

Généralement, dans les relations précoces, ces mères collent à leur bébé quand elles ont besoin de se sentir rassurées et aimées ou pour lutter contre un sentiment de solitude et d'abandon. Une mère qui garde son bébé contre elle est une image rassurante en suites de couches pour les équipes et ce mode de fonctionnement de la mère

n'est souvent pas repéré dans la perspective évolutive d'une observation suffisamment longue. En effet, l'enfant peut être lâché, non porté, collé puis mis à distance voire rejeté, aimé puis haï, dans un mouvement qui va de l'un à l'autre, au gré du désir et des représentations maternelles conscientes et inconscientes. C'est elle qui maîtrise le lien, l'enfant doit s'y soumettre. Ce sont des liens de dépendance et d'emprise qui reflètent le sentiment d'insécurité interne maternel. Face à l'imprévisibilité des réponses maternelles, à une communication souvent paradoxale, il ne peut pas anticiper et mettre en route des stratégies pour penser. L'enfant peut paraître en forme et être bien nourri, être un beau bébé, car il reçoit du bon, mais il est face à la discontinuité et à l'insécurité de la relation, dont les effets ne se verront que plus tard, lorsqu'il aura à traverser les différentes étapes de son développement dont celle de la séparation-individuation, dès la fin de la première année.

Ces mères sont souvent déprimées dans le post-partum, de manière plus ou moins intense. Dans les formes peu bruyantes, il est utile d'utiliser l'EPDS pour faire le diagnostic.

Face à une femme déprimée ou angoissée, il est important, pour la stratégie thérapeutique, de faire une anamnèse précise pour repérer le mode de fonctionnement psychique maternel qui témoignerait d'un fonctionnement *borderline* ou d'une « organisation limite », c'est-à-dire de repérer la fragilité de l'axe du développement narcissique et l'arrêt du développement psycho-affectif à la limite de l'élaboration du conflit œdipien.

## Les mécanismes de la relation mère-bébé

Lors de la rencontre avec leur bébé, il y a une mise en résonance du vécu de dépendance et d'impuissance que leur transmet leur enfant avec le bébé qu'elles ont elles-mêmes été (« le bébé dans l'adulte »). Le lien mère-bébé actuel vient réveiller la douleur de leur propre blessure infantile. L'enfant, objet de projections inconscientes par excellence, peut prendre dans le lien le rôle du parent défaillant qui les a confrontées à une impuissance douloureuse, ou de l'enfant en souffrance que la mère a été et dont elle veut prendre soin, ou de l'enfant attendu comme le sauveur, chargé de réparer toutes les blessures infantiles

du passé. On perçoit d'emblée les limites et la fragilité de cette construction psychique. Les manifestations comportementales de l'interaction révèlent la vie fantasmatique sous-jacente comme « les fantômes du passé » de S. Fraiberg qui entrent dans la chambre d'enfant, perturbent les liens, provoquent la confusion et la désorganisation. La différence générationnelle mal acquise dans leur enfance provoque des confusions avec le bébé et des difficultés d'ajustements...

Dans ces situations, une évaluation précise de l'environnement de ces femmes, et en premier lieu du conjoint, est essentielle. La relation de couple est aussi souvent chaotique, instable, teintée de tensions voire de violences. Le conjoint a souvent lui-même un parcours similaire avec une grande fragilité narcissique et leur couple s'est fréquemment fondé sur une relation en miroir. Après la naissance, le bébé qui attire tant d'attention chez l'autre, peut transformer et désorganiser la relation adhésive du couple. Chacun se sent alternativement lâché, abandonné, dans une difficulté à installer la place du tiers. Le bébé puis l'enfant, est exposé aux moments de tensions intrafamiliales et intériorise ce mode d'être ensemble.

Les fonctions maternelles de pare-excitation, de contenance et d'attention sont présentes mais discontinues pour contenir les angoisses du bébé car il faut en premier lieu, pour la femme, contenir ses propres angoisses, et gérer ses états d'excitation.

## Le bébé exposé

Le bébé est exposé à un vécu d'insécurité, à des expériences sensorielles, et émotionnelles discontinues, à une relation en tout ou rien sans nuances. Il peut montrer des signes de souffrance, tels des mouvements d'évitement, de retrait ou d'agitation par manque d'intériorisation, de contenance et d'attention maternelle. Il intériorise la discontinuité de la relation maternelle. Il peut cependant connaître d'autres manières d'être en relation, avec les autres personnes de son entourage familial ou lors de modes de garde.

Certaines mères sont plus en retrait, déprimées, peu présentes dans la relation, passives, et dépendantes. Le bébé est alors face à des échanges peu stimulants (*cf.* chapitre 8.4).

## **Stratégies thérapeutiques d'une dépression chez une femme organisée psychiquement sur le plan narcissique ou limite**

La patiente est orientée préférentiellement vers l'équipe d'une unité de parentalité. Le cadre est essentiel car tout repose sur la solidité de cette équipe, sa capacité de contenance, sa souplesse sans rupture, pour traiter les conflits projetés par ces femmes. Le travail psychique n'est pas inscrit dans l'intrapyschique mais dans l'interpersonnel et les conflits externalisés, voire agis dans des troubles du comportement ou dans des somatisations diverses, doivent être avant tout traités dans la rencontre et le lien à l'autre. Ces patientes mettent à mal le cadre, attaquent les liens, créent de la discontinuité, des ruptures, tout en étant en attente de la réponse de l'autre. L'analyse des mouvements provoqués inconsciemment par la patiente sur l'équipe, d'une mise en scène des conflits psychiques sous-jacents est la clé du processus thérapeutique. Qu'est-ce que la patiente nous fait vivre? Quels sentiments éprouvons-nous? L'abandon, la colère voire la rage, l'impuissance, la disqualification, des déceptions multiples, l'intrusion, la familiarité, la perte, le désespoir... Les mouvements pulsionnels agis sont à la recherche d'un sens qui doit passer par l'appareil à penser des thérapeutes. Il est, dans ce cadre, indispensable d'être plusieurs professionnels pour accompagner ces dyades afin d'une part, d'éviter les relations duelles, de bons et de mauvais objets et d'autre part, de réfléchir aux mouvements de clivage, de déni, de différenciation des personnes, chacune représentant une partie du fonctionnement de ces patientes.

La présence de plusieurs professionnels permet aussi de garantir une attention au bébé, qui pourrait être «perdue» derrière la demande avide de ces mères d'avoir toute l'attention pour elle ou qui prennent tout pour elle, dans une rivalité inconsciente entre le bébé et leurs propres parties «bébé».

Un traitement médicamenteux peut aussi être un appoint nécessaire et est ajusté par un psychiatre adulte ou un médecin généraliste repéré comme tel dans la prise en charge.

D'autres professionnels peuvent participer à ce réseau de soins selon les besoins de chaque couple : somaticiens, addictologues lorsque la mère et/ou le père sont engagés dans une dépendance (alcool, drogues diverses voire médicamenteuses).

Dans tous les cas, un accompagnement de guidance n'est pas à négliger. Il représente parfois la première, parfois la seule, étape possible face à certaines dyades mère-bébé.

Dans les situations de grande vulnérabilité, le dispositif de soins peut être contractualisé avec la patiente dans le cadre d'une information préoccupante (cf. p. 172). L'équipe d'accompagnement petite enfance des circonscriptions d'action sanitaire et sociale (divers noms selon les départements, Espace des solidarités dans le Val-de-Marne) prend alors le relais de l'évaluation et organise le suivi éducatif en articulation avec les unités de soins. Un financement des différentes interventions peut s'obtenir, dans ce cadre de protection de l'enfance, comme l'intervention à domicile d'une TISF.

Le rôle du psychologue et/ou du psychiatre est alors de faire tenir ensemble et de donner du sens à toutes les interventions auprès de la dyade (ou triade) et d'analyser la façon dont la patiente, le bébé et le père nous font agir ensemble, fonctionner de manière singulière, dans une mise en acte de leur propre fonctionnement psychique dans l'intra- et l'interpersonnel.

Dans les situations de danger pour l'enfant, on entre dans le cadre d'un signalement judiciaire adressé en urgence au procureur de la République et conjointement aux membres de la cellule de signalement du département de résidence des parents (cf. p. 172).

## 8.7. Parentalité et contexte environnemental : les défaillances de l'environnement, les familles carencées

### **Comment les patientes qui ont souffert de carences éducatives et affectives dans l'enfance vont-elles aborder la maternité ?**

Ces femmes ont connu les effets de la carence des soins maternels dans leur enfance. On distingue :

- les carences par manque quantitatif d'interactions mère-enfant ;
- les carences par manque d'adéquation de la réponse de la mère aux besoins de son enfant. Ce sont les distorsions relationnelles ;
- la discontinuité de la relation du fait de multiples séparations (lors d'hospitalisations des parents, de placements, de modes de garde).

Toute séparation crée une rupture du lien. Ses effets dépendent de la qualité de la relation antérieure mère-enfant, des possibilités de substituts maternels, de l'âge de l'enfant et de son niveau de développement au moment de la séparation et, aussi, de la fréquence des séparations. Le vécu de l'enfant et l'expérience qu'il intériorise ne sont pas les mêmes, selon qu'il s'agit d'une insuffisance qualitative de la relation mère-enfant avec tous les niveaux de dysharmonie relationnelle, d'une insuffisance quantitative, l'enfant étant souvent seul et négligé, ou d'un enfant exposé à des expériences de séparation unique ou multiple, préparées et accompagnées, ou répétées dans une discontinuité de la relation. Ces différents niveaux de carence sont le plus souvent intriqués (Soulé *et al.*, 1995).

Les carences parentales éducatives et affectives ont des conséquences psychiques bien connues chez les enfants : « La dépression anaclitique » de R. Spitz (1968), « les troubles de l'attachement » de J. Bowlby (1969), « les inorganisations structurales » et « la dépression vide » de L. Kreisler (1989), « les carences institutionnelles » de

M. David (1981), S. Fraiberg (1999a et b) et « les brisures relationnelles » de M. Lemay (1979).

Ces femmes « carencées » engagent précocement une grossesse, parfois dès l'adolescence. Elles souhaitent réparer les blessures de leur enfance, combler leur manque affectif par la présence d'un bébé qui leur apportera tout ce qu'elles n'ont pas reçu et à qui elles donneront tout l'amour dont elles-mêmes ont manqué. Si le bébé imaginaire est investi dans le discours, ce qui semble rassurant, il est fréquent d'observer soit l'absence de préparatifs pendant la grossesse soit des préparatifs inappropriés et un suivi obstétrical irrégulier.

Nombre de ces femmes et familles vivent dans une précarité économique et sociale mais pas toutes. D'une part, les familles en difficulté financière ne sont pas systématiquement des familles carencées et à risque de carencer les enfants ; d'autre part, on décrit des enfants carencés sur le plan affectif et éducatif dans des familles aisées, où ceux-ci ne manquent de rien sur le plan matériel, mais qui sont confrontés à des parents absents, confiés à des modes de garde multiples, sources d'un grand manque affectif et relationnel ou à des parents qui ne mettent aucune limite, ou qui posent des limites floues et fluctuantes. Le repérage clinique est plus difficile. Les besoins matériels étant assurés, la détresse psychique sous-jacente risque d'être masquée et alors méconnue. M. Lemay l'appelle « la carence dorée » des milieux aisés.

### **Les familles à problèmes multiples**

D'autres dénominations existent selon les auteurs : « familles sans qualité » (Diatkine, 1979a), « familles multirisques » (Greenspan), « familles exclues » (Lebovici), « familles vulnérables » (Sand), « familles atypiques » (Barraco).

Ces familles cumulent des difficultés sur le plan social, financier, médical, conjugal et psychologique et bon nombre d'entre elles sont déjà connues par les services sociaux pour des demandes d'aide financière ou pour l'accompagnement éducatif des enfants précédents. Certains de ces enfants ont déjà été placés sur décision judiciaire pour des carences de soins qualitatives et quantitatives, des négligences éducatives et de la maltraitance. L'histoire personnelle de ces femmes, elles-mêmes issues de familles en grandes difficultés, placées voire maltraitées, paraît se répéter inexorablement comme la succession des grossesses après chaque placement. Les professionnels de terrain s'épuisent dans des suivis éducatifs qui n'ont pas d'effets s'il n'y a pas de soins psychiques associés, ce qui est rarement le cas en pratique. Ces familles demandent peu d'aide sauf financière et, le plus souvent, en urgence lors de moments de crise. La détresse sociale est au premier plan et masque la détresse psychologique des parents et des enfants.

À la maternité, à l'occasion d'une nouvelle grossesse, les professionnels de terrain qui tentent d'accompagner ces familles depuis des années, viennent souvent nous déposer lors d'un staff de parentalité un discours « négatif » sur ces parents, témoin de leur épuisement et de leur sentiment d'impuissance après des suivis éducatifs même intensifs sans réelle efficacité. C'est dans un mouvement de désillusion majeure, à la hauteur de leur engagement, que le projet des professionnels pour l'enfant à venir est parfois déjà « ficelé » comme une évidence : « Le bébé sera placé à la naissance, comme les autres ! » Le signalement est prêt à être envoyé dès l'annonce de la naissance et les familles le savent car elles en ont été informées. Ces réactions témoignent de la difficulté à s'occuper de ces familles qui font vivre aux professionnels des sentiments d'angoisse, d'insécurité, d'impuissance et d'épuisement, provoquant ces attitudes sans nuances. Écoutons les paroles d'une sage-femme de secteur à l'annonce d'une nouvelle grossesse dans une famille où les trois premiers enfants ont été placés pour des troubles majeurs du développement dans un contexte de carences graves : « Elle en a déjà abîmé trois, elle ne va pas abîmer le quatrième. » Cet enfant a été placé dès la sortie de la maternité par décision judiciaire sans nouvelle évaluation et sans réelle discussion. Ce n'était

pourtant pas le projet à la maternité, parce que ces parents, blessés dans leur parentalité et conscients de leurs difficultés, n'avaient jamais bénéficié auparavant d'un accompagnement psychologique par une équipe spécialisée dans les troubles de la parentalité. Depuis le placement de leur premier enfant, ils s'étaient engagés dans une répétition des grossesses, toutes ayant comme objectif de réparer la précédente. Nous étions conscients de l'importance des difficultés rencontrées par ces deux parents, et des risques de carences de soins voire de maltraitance pour leur nouvel enfant, conscients aussi de la nécessité de demander une mesure de protection et d'un possible placement à venir. L'accord de ces parents pour s'engager dans un accompagnement thérapeutique permettait de construire un projet de soins autour de ce nouveau bébé et permettre qu'une éventuelle séparation, si elle s'avérait nécessaire, ait un sens pour eux, ce qui n'avait pas été le cas précédemment. Après quelques jours en suites de couches auprès de sa mère, l'enfant a été accueilli dans une famille d'accueil. La séparation a été brutale et la mère s'est effondrée dans un tableau dépressif grave. Nous avons eu des nouvelles de cet enfant quelques mois plus tard. Il se développait bien physiquement, mais il présentait des signes de retrait relationnel qui avait déjà inquiété la puéricultrice de la PMI.

Dans certains cas, certes rares, comme une situation de carence maternelle d'une particulière gravité, il est nécessaire d'envoyer un signalement d'enfant en danger, dès la naissance.

*Madame C.* a deux enfants, placés par le juge après avoir subi, par leur oncle maternel, des violences sexuelles dès leur plus jeune âge. Le premier enfant présente des troubles graves relevant d'un hôpital de jour et le second, un retard de développement significatif. Madame C. s'expose elle-même de manière répétitive à des situations dangereuses et a subi plusieurs agressions sexuelles récentes dont une pendant cette grossesse. Il semble plus que probable qu'elle a elle-même subi une maltraitance sexuelle dans son enfance et possiblement en intrafamilial, possiblement avec son frère. Dans l'impossibilité de se protéger, elle ne peut pas aujourd'hui protéger ses enfants.

Madame C. ne prend toujours pas la mesure du risque quand elle confie, lors des visites initialement autorisées, ses enfants à ce frère, auquel elle est, affectivement, très attachée. Cela s'est produit au début du placement avant que les visites ne deviennent uniquement médiatisées. Elle présente cliniquement les traces des carences et des maltraitances subies dans son enfance : une difficulté de mentalisation témoignant de mécanismes psychiques défensifs, telle qu'un immobilisme de la pensée, des moments de sidération, des confusions dans le temps et dans la différence des générations, des moments d'absence, de retrait relationnel par coupure de contact, etc. Elle est, de ce fait, dans l'incapacité immédiate de protéger son bébé. Le juge place l'enfant dès la sortie de la maternité et demande que les visites de la mère soient médiatisées. Un projet d'accompagnement thérapeutique est proposé mais Madame C. part dans une nouvelle errance.

Les situations ne sont pas toujours aussi graves et la grossesse crée toujours une opportunité de tenter de nouer une alliance avec ces familles « difficiles à atteindre ». L'objectif de nos interventions médico-psychosociales à la maternité est d'essayer d'installer un accompagnement thérapeutique du lien parents-enfant, qu'il y ait ou non placement.

Nous entendons parler de ces femmes pendant la grossesse mais nous les rencontrons souvent après l'accouchement, tant elles sont méfiantes vis-à-vis des assistantes sociales « qui placent les enfants » et des psychiatres qui sont associés à l'idée de la folie, ce qui leur fait peur. Elles sont peu demandeuses de soins, viennent en pointillé aux urgences dans des moments de crise intrafamiliale, d'angoisses ou de décompensations psychosomatiques. Elles peuvent alors nouer un lien avec une sage-femme dont le rôle sera essentiel. Lorsque nous arrivons à les rencontrer et à établir un lien de confiance, elles nous transmettent leur peur envahissante que l'enfant soit placé. Ces femmes utilisent peu le langage des mots pour s'exprimer, elles s'isolent, engluées dans des difficultés multiples. Elles n'ont pas l'habitude de parler de leurs blessures. Elles se sont, de longue date, organisées inconsciemment et psychiquement pour ne pas

penser, ne rien mentaliser afin de ne pas trop souffrir et elles ne peuvent s'engager d'emblée dans un travail de nature psychothérapeutique.

Pendant la grossesse, le bébé est attendu, idéalisé, et elles espèrent pour leur enfant une autre vie que celle qu'elles ont connue, « il aura tout l'amour qu'elles n'ont pas eu » et « elles feront tout pour lui ». L'enfant est inconsciemment attendu pour réparer et panser les souffrances infantiles de la mère.

Beaucoup vont effectivement offrir à leur enfant une vie meilleure que celle qu'elles ont connue et ne répéteront pas leur histoire. D'autres vont être submergées sans le vouloir par les blessures anciennes qui, dans une répétition mortifère, vont s'inviter dans le présent, incruster la relation parents-bébé et rejouer avec l'enfant la tragédie de leur passé (Fraiberg, 1999b).

Le mode de fonctionnement psychique de ces mères et de ces pères est variable. Tous les fonctionnements psychiques sont possibles. Certaines sont plus proches d'un registre névrotique, d'autres d'une organisation limite (mais les états limites peuvent se rencontrer en dehors de contexte de carences), et parfois psychotique. Les adultes anciennement carencés présentent également souvent, des difficultés de mentalisation avec des signes de déficience intellectuelle, plus ou moins profonds. Ils ont eu fréquemment, enfant, des difficultés de langage et d'apprentissage, ils ont mal intégré le repérage du temps et de l'espace, et ils ont été peu stimulés intellectuellement. Ce sont des familles où la télévision marche toute la journée, voire jour et nuit, comme un bruit de fond, une impression de présence qui les rassure. Les enfants sont très tôt, voire même bébé, installés devant la télévision, et sont peu stimulés.

## Les troubles de la relation mère carencée-bébé

Ils s'installent dans le temps et les premières observations après l'accouchement peuvent être rassurantes. Ce sont les éléments de la carence maternelle qui sont essentiellement repérés. On peut, cependant, observer des difficultés dans les soins apportés par la mère au corps de l'enfant, des difficultés dans l'organisation des tétées chez

celles qui n'ont pas bien intégré la notion du temps, par exemple. Nous savons que ce lien mère-enfant est fragile et précaire.

Certaines femmes très carencées ont du mal à supporter, ou à comprendre, la réalité de cet enfant qui leur demande par ses pleurs, ce qu'elles-mêmes n'ont jamais reçu et qu'elles attendent encore pour elle-même : être porté physiquement et psychiquement. La détresse du bébé les confronte au fait de ne pas pouvoir être la mère idéale qu'elles se sont construites enfant (et qui s'est réactivée pendant la grossesse) provoquant chez elles, dans la réalité du lien à l'enfant, un sentiment d'autodépréciation qui les fragilise encore plus. Inconsciemment, elles attendent de l'enfant présent, dans une inversion des rôles, qu'il lui apporte l'amour qu'elles n'ont pas reçu, le soutien affectif qu'elles attendent de toute relation, et le sentiment d'être une bonne mère. Si le bébé pleure beaucoup, se console peu et la met en difficulté, des fantasmes agressifs peuvent émerger de l'écart entre ce que la mère vit et ce qu'elle attend au fond d'elle-même : l'image intériorisée d'une maternité idéale. Ces mouvements négatifs envers le bébé la poussent à mettre l'enfant à distance, ce qui ne fait qu'engager une spirale douloureuse pour un bébé qui se retrouve aux prises avec des angoisses archaïques qui le désorganisent et qu'il ne peut apaiser seul.

Lorsque le lien avec l'enfant s'installe, les angoisses de perte et d'abandon resurgissent dans le vécu interne de la mère. Certaines préfèrent ne pas s'attacher pour ne pas risquer d'être abandonnées ou brisent le lien avant d'être déçues par l'objet (« les brisures relationnelles », Lemay, 1979). Elles restent à distance de l'enfant puis s'en culpabilisent et se rapprochent. L'enfant est ainsi confronté à la discontinuité du lien, à des réponses de l'objet primaire sans aucune contingence avec ses demandes. L'observation macroscopique de l'interaction montre une alternance de mise à distance suivie de rapprochement, dans un mouvement de réparation immédiat de ce qui est vécu comme une « fêlure dans le lien » (Lemay, 1979). Le bébé du présent entre en rivalité avec celui que la mère a été (le bébé dans la mère, sa partie bébé) et qui a souffert, resté en attente d'attention, de recherche avide d'affection, rempli de colère et de rage. Les angoisses du passé liées au manque fondamental de l'objet primaire sont ainsi réactivées.

Le bébé du présent « laissé seul face à sa détresse », comme elle-même l'a été, devient un enfant peu gratifiant, qui alimente le sentiment de la mère d'être, comme sa mère, une mauvaise mère ce qui, pour elle dans ses représentations, confirme ce qu'elle redoute tant.

## **Pour comprendre le présent par le passé : quel a été le vécu de ces femmes quand elles étaient enfants ?**

---

L'enfant carencé privé de relations affectives stables a connu l'insécurité, la solitude, le désespoir et la colère ou la rage de ne pas se sentir aimé. Sa recherche affective a toujours été insatisfaite. Ce que les enfants interprètent de cela, c'est qu'« ils sont mauvais puisqu'ils n'ont pas été aimés ». Ce type de lien provoque une blessure narcissique, un sentiment de dévalorisation et d'insécurité affective. L'enfant ne fait pas l'expérience d'un environnement protecteur et rassurant. Ce vécu de manque si profond et les sentiments de colère, parfois retournés contre lui, l'amènent à se construire, dans son imaginaire, une image maternelle idéale, magique, toute puissante. C'est cette image de mère que la femme qui a un tel vécu veut être pour son futur enfant. Ces femmes engagent des grossesses très jeunes, elles disent qu'elles ont toujours voulu avoir un bébé (quand on leur demande quand ont-elles pensé avoir un enfant, elles répondent : « depuis toujours, déjà quand j'étais enfant ») et l'on en perçoit très vite la valeur de réparation d'une enfance difficile ou la tentative de rester dans le monde de l'enfance, dans la dépendance du lien adulte-enfant. Mais derrière cette belle image de la mère idéale, se profile une autre mère, celle du quotidien, qui n'a pas su apporter la sécurité, le pare-excitation contenant et rassurant, les réponses aux attentes souvent déçues et qui a provoqué la détresse infantile, la douleur du manque affectif, et des ressentis de haine et de rage. Ces enfants se construisent avec des angoisses d'abandon, un sentiment de solitude, un manque de confiance en eux et en l'autre, un sentiment de ne pas avoir su se faire aimer, une faible estime de soi, et une gestion difficile de leurs mouvements agressifs et hostiles.

A. Ciccone (dans Roussillon, 2007) fait l'hypothèse que la mère, quand elle était enfant, a intériorisé l'image d'une mauvaise mère qui n'a pu répondre à ses besoins infantiles et elle compte sur son enfant pour démentir ce fantasme de mauvaise mère, mobiliser ses identifications et prouver qu'elle est une bonne mère idéale.

La période de séparation-individuation de l'enfant, tous les moments de séparation durant l'enfance et les moments d'autonomisation de l'enfant, puis plus tard l'adolescence sont particulièrement difficiles à négocier pour ces mères qui vivent la séparation comme un abandon et qui se sentent dans un vide existentiel quand leur enfant s'autorise à s'éloigner. L'enfant attendu dans un rôle de réparation peut devenir persécuteur avec alors un risque de maltraitance.

Ces femmes veulent le meilleur pour leur enfant. Pourtant, dans certaines familles, les troubles liés à la carence se répètent et s'inscrivent sur plusieurs générations. C'est un des enjeux de l'approche thérapeutique de pouvoir briser la répétition de ces difficultés, de génération en génération.

## Stratégies thérapeutiques

---

### Approche thérapeutique avec les familles à problèmes multiples

Dans les familles à problèmes multiples, les femmes cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité :

- une fragilité médicale : elles prennent peu soin d'elles et ont une santé précaire, un très mauvais état dentaire par exemple ;
- une fragilité sociale et financière : peu de revenus, un travail peu rémunéré, le RSA (revenu de solidarité active) ou diverses aides sociales ;
- fréquemment des troubles psychopathologiques : parmi ces troubles, ces femmes présentent souvent des dépressions plus ou moins chroniques, des comportements d'addictions, et des troubles du comportement. Certaines sont psychotiques, ou plutôt prépsychotiques, borderline. Elles peuvent consommer de l'alcool ou divers médicaments pour lutter contre des fortes angoisses, soulager leurs douleurs physiques et morales ;

- La plupart de ces femmes utilisent peu le langage pour communiquer, leurs rythmes de vie sont chaotiques et désorganisés.

Un médecin généraliste, devenu médecin de famille, peut être investi comme le seul partenaire en qui elles ont confiance et qu'elles acceptent de voir. Il les connaît parfois depuis leur propre enfance.

Ces familles dites à problèmes multiples nous obligent à adapter nos moyens d'intervention à leur mode de fonctionnement. Nos dispositifs habituels échouent lorsque chaque problème de ces familles est traité séparément. La situation doit être envisagée dans sa globalité.

L'observation du bébé représente la boussole pour envisager l'évaluation et les stratégies thérapeutiques. Il est important de ne pas se laisser rassurer par le seul discours maternel, pavé de bonnes intentions mais souvent en décalage avec l'observation des interactions et avec le niveau de développement de l'enfant.

Sur le plan contre-transférentiel, lorsque ces femmes déclenchent chez les professionnels un fort mouvement d'empathie et de préoccupation, touchés par le côté infantile de ces patientes, nous devons rester vigilants à garder une bonne distance et ne pas entrer dans une familiarité du lien. Nous pouvons rapidement nous sentir investis de la mission d'être le « bon » professionnel (elles ont des attentes qui vont au-delà de notre rôle de professionnel), la bonne mère qui pourra les réparer et qui leur permettra de sortir de la répétition mortifère de liens troublés parents-enfant. Les mouvements de désillusion et de rejet, d'impuissance arrivent rapidement quand la femme rompt les liens et ne vient plus, jouant l'abandon ou quand l'observation montre un enfant qui va mal malgré tous les efforts investis dans le suivi.

Ces femmes ne viennent pas ou trop irrégulièrement en consultation. Des recherches cliniques ont montré l'importance d'aller vers ces familles, de ne pas attendre une demande manifeste. Le fait que ces femmes ne téléphonent pas pour prendre rendez-vous, ou leur mouvement de repli qui les isole ne signifie pas qu'elles n'ont pas de demandes envers les professionnels. Leur demande est avant tout sociale car leur précarité est une réalité avec des problèmes de logement, de paiement des loyers, de difficultés pour finir les fins de mois et se nourrir. Surtout,

elles n'ont pas de représentations de ce que peut être le soin psychique. Les visites à domicile trouvent dans ce cadre tout leur intérêt comme l'ont montré différents travaux et recherches (Stoléru et Morales-Huet, 1989; Jardin, Rebillaud, 2004; Lamour, 2003; Fraiberg, 1999a et b; Guédeney A., CAPDP, 2009) et sont souvent la seule approche possible pour atteindre ces familles. Ensuite, le premier temps thérapeutique est de tenter d'installer un lien de confiance et une alliance avec ces femmes et leur conjoint. Le travail de reprise clinique en équipe, dans l'après-coup d'une VAD, et l'articulation avec les partenaires sociaux sont des temps essentiels pour garder la capacité de tenir et de penser avec ces familles si désorganisées. S. Fraiberg distingue plusieurs types d'intervention auprès des familles :

- l'intervention en période de crise;
- la guidance;
- la psychothérapie parents-nourrisson.

### **Dynamique thérapeutique : prendre soin de ces mères carencées pour qu'elles puissent prendre soin de leurs enfants**

Prendre soin de ces mères et prendre soin de la relation parents-bébé sont indissociables dans un premier temps.

Pour protéger l'enfant de la répétition de leur histoire, ces femmes devront différencier leurs besoins de celui de leur enfant, reconnaître leur propre souffrance infantile et distinguer leur enfant de celui qu'elles ont été (l'enfant en elle toujours en attente avide d'attention et d'apaisement). Elles devront aussi se dégager de l'idée qu'elles ont été responsables de leur abandon et des mauvais soins reçus pour pouvoir s'autoriser à reconnaître la défaillance de leur mère et s'en différencier (Lemay, 1979).

La stratégie des soins relève d'une équipe de professionnels spécialisés, capables de mettre l'observation de l'enfant au centre du processus thérapeutique et d'évaluer son développement, d'analyser les mouvements transférentiels et contre-transférentiels de la relation patient-thérapeute, de même que les mouvements inconscients fantasmatiques qui sous-tendent les réactions parentales, et qui provoquent la discontinuité du suivi. Les « brisures » relationnelles, et les *acting* doivent être entendus comme des messages signifiants. L'empathie joue un rôle thérapeutique essentiel avec ces familles. Les thérapeutes deviennent des figures identificatoires parentales qui en garantissant un cadre contenant et sécurisant vont permettre à ces familles de faire l'expérience souvent pour la première fois de relations qui tiennent et qui protègent, mais aussi d'une gestion des conflits qui n'aboutit pas à la rupture (expérimenter que le conflit ne détruit pas, qu'une solution peut être trouvée). La mère pourra alors offrir ce mode de lien à son enfant, pourra mieux comprendre ses attentes et lui donner des réponses plus souples lors des moments de crise et d'opposition.

Le cadre thérapeutique va permettre la reviviscence des souffrances infantiles de ces patientes. Ces jeunes femmes sont parfois capables de raconter leur enfance difficile, les traumatismes du passé mais elles ont refoulé le vécu affectif particulièrement douloureux et intense qu'elles ont ressenti dans ces expériences infantiles. Dans ce dispositif, ces mères peuvent revivre les affects d'angoisse, de détresse, de rage, dans la sécurité du lien thérapeutique et dire alors, comme le souligne S. Stoléru (1989), « qu'elles ne voudraient jamais que cela arrive à leur enfant ». L'objectif est ainsi de dégager l'enfant des mouvements de haine des parents pour leur propre parent, et de la culpabilité liée à cette hostilité restée sous-jacente et inconsciente.

# Psycho(patho)logie de la paternalité

CHAPITRE 9

S. Missonnier

Mercredi 17 h à la maternité. Je termine une consultation parents/bébé. Louis, le nouvellement né, vient d'être dérangé dans son sommeil par le rhabillage et commence à pleurer avec vigueur. En raccompagnant le trio à la sortie, nous croisons dans la salle d'attente quatre hommes qui attendent sagement le groupe de préparation à la naissance réservé aux « devenant pères » que j'anime.

Je croise l'œil inquiet de l'un d'entre eux qui observe Louis et ses parents avec une extrême vigilance. On lit dans son regard de « primipère » mille questions intriquées : Que vais-je donc faire dans quelques mois quand je vais me retrouver avec « ça » dans les bras et dans les oreilles ? Vais-je « parler bébé » et trouver les gestes adéquats avec aisance ou bien échouer ou pire ne pas avoir envie, gentiment..., violemment ? Que va me laisser sa majesté le bébé de ma moitié, mon amante avec qui j'adore aller sans compter au cinéma, au restaurant et en week-end surprise ? Quelle sera ma réaction quand, au retour du travail avec l'envie de raconter ma journée à ma douce et tendre, je le verrai, lui ou elle, accroché à ses seins nourriciers qui sont mes seins amoureux ? Et que dire de « ma mère à moi », « mon père à moi » qui, en se transformant en fringuant grands-parents, vont devenir gâteaux devant leur tout nouveau « chargé de mission d'éternité »...

Tout cela dans un regard ? Non, bien plus encore, la liste des interrogations paternelles est ici seulement esquissée !

Je salue Louis et ses parents et j'invite les « apprentis pères » à rentrer dans la salle de réunion. Pour inaugurer l'échange, chacun se présente. Sont alors le plus souvent évoqués spontanément : la nouveauté ou l'ancienneté du statut de père ; le

terme de la grossesse de leurs femmes ; la description de son état de santé pendant la grossesse et de celui de l'enfant à naître ; parfois, la formulation d'emblée de questions précises motivant leur présence ou encore la revendication d'une curiosité sans demande particulière et, enfin, les présences imposées : « C'est ma femme qui m'a demandé de venir. Elle dit que j'en ai drôlement besoin. »

L'expérience de ces groupes<sup>75</sup> mais aussi des consultations thérapeutiques périnatales avec des pères seuls ou en couple m'a appris combien de nombreux « devenant pères » manquaient singulièrement d'occasions de symboliser sur la scène sociale ce processus de métamorphose qu'ils traversent. En dépit du battage médiatique de surface, notre société est décidément peu accueillante pour en favoriser l'élaboration. D'une part, j'ai le sentiment que le débat sur les nouveaux pères menace constamment de favoriser essentiellement une conception réductrice où il est, finalement, une « mère comme les autres ». Et, d'autre part, j'ai l'impression que ces agoras médiatiques à l'instar des émissions, du type *Ça se discute*, donnent aux téléspectateurs peu ou prou passifs, une illusion d'élaboration dans une réflexion par procuration plus propice aux clichés idéologiques aliénants qu'à une mise en récit et en sens affecté et subjectivante. L'institution maternité en elle-même n'est pas en reste à ce sujet : elle semble prête à tolérer ce père maternisé s'il « assure » en post-partum pour le bain et le change, mais elle exprime des résistances opiniâtres à l'accueil de ce père s'il se questionne et, *a fortiori*, risque d'avoir

<sup>75</sup> Ce dispositif groupal est détaillé dans Missonnier, 2010.

du vague à l'âme alors qu'on a besoin de son soutien sans faille au moment du *blues du post-partum* de sa compagne.

Et bien je crois qu'il est temps de tenter de rompre avec cet obscurantisme puissant car le processus de paternalité offre un bouquet de possibles dont il ne faut pas sous-estimer la part potentielle de créativité comme de vulnérabilité pour le sujet lui-même, pour son couple, sa relation avec son enfant, sa famille et son environnement.

En termes spécifiquement psychanalytiques, ce qu'il y a de remarquable dans cette clinique « tout-venant » c'est qu'elle donne à entendre avec une rare générosité *la formidable amplification des fantasmes originaires de vie intra-utérine, de scène primitive, de castration et de séduction pendant la période prénatale chez le père*. Le questionnement insistant sur l'origine de l'individu, de la sexualité et de la différence des sexes occupe le devant de la scène avec une transparence inhabituelle.

Plus précisément encore, en reprenant l'éclairante distinction entre le « maternel primaire » et le « féminin primaire » de F. Guignard (1997), le processus de paternalité confronte à une singulière réactualisation des fantasmes de vie intra-utérine et de castration inhérents au maternel primaire et de scène primitive et de séduction du féminin primaire. En réponse à cette confrontation au maternel et au féminin en soi, les espaces du paternel et du masculin se redistribuent dans une réédition originale de la *bisexualité psychique*.

Classiquement, l'étude des « rituels de couvade » (variations psychologiques de la normale) et du « syndrome de couvade » (qui est un « dysfonctionnement » psychologique et somatique<sup>76</sup> mais pas une « manifestation psychiatrique », Dayan *et al.*, 1999) regroupe les rares études anthropologiques et psychiatriques en prénatal et en postnatal à ce sujet. L'introduction du terme de « couvade » en 1665 est due au Français Rochefort pour décrire une pratique des tribus Caraïbes : à l'accouchement de la femme, le mari se met au lit pour s'y plaindre, faire l'accouchée et se mettre à la diète. G. Delais de Parseval (1981) en a formulé une remarquable analyse psychanalytique de la diversité des formes contemporaines.

Dans ce contexte de crise maturative complexe, le processus de paternalité comporte une variable clinique typique que je souhaite positionner ici comme un axe majeur : il s'agit de l'espace-temps des variations, parfois fortes, de la normale de la dépressivité paternelle périnatale et de la dépression paternelle périnatale en réponse à la crise de cette réactivation fantasmatique.

Cette « dépressivité paternelle » s'inscrit tout à fait à mon sens dans le droit fil de la « capacité dépressive » dont P. Fédida (2003) a fait l'éloge en se référant à l'accès à la position dépressive chez M. Klein. Toutes les manifestations tempérées comportementales, psychosomatiques, névrotiques du syndrome de couvade (Delais de Parseval, 1981) paternel s'apparentent au travail de cette dépressivité.

Quant au terme « dépression paternelle périnatale », je crois bon de le réserver aux scénarios où le devenant père voit justement sa « capacité dépressive » mise en échec et subir une souffrance qui mérite dans le meilleur des cas un étayage psychothérapeutique.

Mais c'est ici la diversité des mille et un possibles entre dépressivité et dépression paternelle dont je souhaite stimuler l'exploration. C'est pourquoi j'utiliserai la formule générique de « dépressivité/dépression paternelle périnatale » pour convoquer toute la largeur du spectre des possibles sans présumer du contraste des tableaux cliniques. Je me fonde sur le postulat suivant, *l'issue de la traversée paternelle de cet espace-temps périnatal dépend en bonne part des précédentes métamorphoses : celle du fœtus devenant bébé, du bébé devenant enfant et de l'enfant devenant adolescent*.

Dans cette perspective, les pistes psychopathologiques reconnues pour la dépressivité/dépression paternelle sont réprécisées, puis trois scénarios archétypaux sont envisagés : *Abel et Caïn, Laïos et le petit Hans* que je développerai particulièrement en dialoguant avec Freud qui parle de la « dépression de l'humeur » de Hans. À partir de ce précieux héritage mais aussi de l'apport récent de F. Héritier, j'émettrai une hypothèse supplémentaire sur la dépressivité/dépression paternelle qui, je l'espère, complétera utilement la vision des vertus et des vertiges de la paternalité périnatale. Ce chapitre se clôturera par l'évocation des autres tableaux psychopathologiques de la paternalité.

76 Nausées, vomissements, caprices alimentaires, variations pondérales, ballonnements, douleurs abdominales, colites, anorexie, douleurs dentaires, lombalgies, maux de têtes, démangeaisons, orgelet, fatigue...

## Dépression/dépressivité paternelle et périnatalité

On dispose aujourd'hui de bon nombre de pistes pour la dépressivité/dépression paternelle. Il existe une véritable littérature anthropologique, psychiatrique et psychanalytique à ce sujet. A. Aubert-Godart (1999) a enrichi remarquablement le débat depuis ses premiers écrits sur ce sujet (1993). M. Bydlowski et D. Luca ont proposé en 2001 un excellent article à ce sujet dans le *Carnet/PSY*. Enfin, M. Dollander (2004) a récemment fait une synthèse bien utile sur la dépression paternelle périnatale.

Ces principales pistes étiologiques de la dépression paternelle décrivent chacune à leur façon la crise périnatale comme une actualisation pour le meilleur et pour le pire des éléments cruciaux de l'*histoire intra- et intersubjective du devenant père*.

*Première piste.* La première piste, la plus attendue, est la *réactualisation chez le devenant père de la conflictualité œdipienne* à l'égard du (re)devenant grand-père. L'expérience de la paternité, en particulier la première, met singulièrement en exergue la dynamique complexe à l'issue de ce long périple initiatique. Elle s'affirme alors quelque part entre les variations symboligènes d'une transmission générationnelle suffisamment bonne pour métaboliser la violence fondamentale dans une ambivalence psychique réflexive et, *a contrario*, les avatars d'une transmission toxique d'une agressivité, source de passage à l'acte. Le fils en devenant père à son tour prend le risque de jouer d'égal à égal avec lui et de l'affronter dans le jeu de la *comédie* ou la guerre de la *tragédie*. La mise en scène de cette confrontation exprime sans détour l'état des lieux du chantier œdipien lors de l'enfance et, surtout, de l'avancée des travaux à l'adolescence.

Devenir père c'est aussi risquer de perdre son statut de fils protégé par les parents et en particulier par la mère : être face à sa femme enceinte c'est, dans le meilleur des cas, « faire le deuil de sa mère en la mère de son enfant » (Cupa-Perard, Moinet, Chassin *et al.*, 1994).

*Deuxième piste : la réédition d'une relation d'objet archaïque.* C'est à mon sens le trésor heuristique de la clinique périnatale que de mettre en relief avec insistance la force de cette réédition dans les troubles de la maternalité mais aussi de la paterna-

lité. Pour le devenant père, être confronté à sa femme habitée par un enfant utérin, c'est l'occasion de commémorer simultanément le magnétisme nostalgique et l'inquiétante étrangeté de ses fantasmes originaires intra-utérins.

Dans ma plaidoirie en faveur d'une esquisse objectale périnatale parentale sous la formule de « relation d'objet virtuelle avec l'enfant à naître » (*cf.* p. 21), je tente essentiellement de mettre en avant ce qu'elle actualise à savoir une résurgence de la conflictualité de la dialectique première contenu/contenant. Devenir parent en prénatal, c'est rééditer les énigmatiques traces sensorielles périnatales et le roman utérin construit après coup. La mère archaïque de la contenance utérine première, qui a droit de vie ou de mort sur ses habitants, règne en maîtresse sur ce terrain et elle est une actrice principale de la grossesse psychique de la devenant mère et du devenant père.

Je crois que quand M. Bydlowski et D. Luca écrivent que la dépression maternelle peut s'envisager « comme un mécanisme de défense du Moi contre un effondrement psychotique » elles vont, radicalement, dans cette même direction. Elles évoquent aussi, à juste titre, une autre piste étiologique de la dépression paternelle, la « naissance comme traumatisme ».

*Troisième piste : la naissance comme traumatisme.* La naissance est traumatique quand elle réactualise l'empreinte d'un événement non ou imparfaitement symbolisé dans l'histoire individuelle ou générationnelle du sujet.

Elle est aussi potentiellement traumatique et dépressogène pour le père, car elle peut le mettre en présence d'une mère phallique héroïne incontestée des stades archaïques du complexe d'Œdipe : lorsque le père assiste à l'accouchement, il peut avoir pendant la phase d'expulsion, « la représentation d'une femme munie réellement et transitoirement d'un pénis, d'une mère toute-puissante ».

Mais ce n'est pas tout, la naissance, nous dit A. Aubert-Godart (1999), est un défi pour l'enveloppe narcissique du père : la menace dépressive est là s'il ne parvient pas à « transférer une partie du narcissisme attaché à sa personne propre, et notamment à sa puissance génitrice, sur l'enfant qui en résulte ». L'enjeu de cette redistribution narcissico-objectale est crucial pour affronter cet enfant parricide qui initie les représentations de

son vieillissement et de sa finitude. S'il parvient à l'adopter psychiquement, « ce lien signifiant de sa castration reconnue est consolateur de sa mortalité » (Aubert-Godart, 1999).

*Quatrième piste.* Cette quatrième et dernière piste étiologique, fréquemment nommée dans la dépression périnatale paternelle, est les relations de couple et ce qu'A. Eigner (1984) a justement intitulé le choix d'objet conjugal.

Résumons-nous :

- la réactualisation chez le devenant père de la conflictualité œdipienne ;
- la réédition d'une relation d'objet archaïque ;
- la naissance comme traumatisme ;
- les relations de couple.

Les cliniciens n'ont pas de difficultés pour mettre des visages et des scénarios sur ces différentes pistes de la dépressivité/dépression paternelle périnatale. En revisitant maintenant trois scénarios archétypaux, je souhaite approfondir les pistes œdipienne et pré-œdipienne avec :

- le scénario Abel et Caïn ;
- le scénario Laïos ;
- le scénario du petit Hans.

Les deux premiers s'adressent à l'enfant à naître, l'enfant dont la virtualité favorise l'expression des identifications projectives. Le dernier s'adresse à la conjointe, celle qui est de sexe différent. Mais les trois s'entrecroisent.

## Le scénario Abel et Caïn

Caïn, l'aîné, cultive la terre et Abel (étymologie hébraïque : souffle, vapeur, existence précaire) garde le troupeau. Le premier offre à Dieu des fruits de la terre, le second les premiers-nés de son troupeau de moutons et leurs graisses. Dieu marque sa préférence pour Abel et son offrande, ce qui met en rage Caïn (Genèse, IV, 8). On connaît la suite...

À un moment ou à un autre, dans le groupe, le rang dans la fratrie est évoqué. La dramaturgie qui s'installe est alors très exemplaire de la dynamique groupale. Les aînés regardent les puînés comme il convient et réciproquement.

Pour les devenant papas, l'enfant à naître est un frère/sœur, c'est-à-dire bien sûr *His Majesty the*

*Baby* qui « accomplira les rêves de désir que les parents n'ont pas mis à exécution » (Freud, 1914), mais il est aussi, simultanément, le rival narcissique de soi-même source d'attaque envieuse et/ ou d'idéalisation réactionnelle.

Bien souvent, *il est perceptible que le contre-investissement de l'enfant à naître et des affects à son égard est dû au fait qu'il incarne le frère/sœur d'autrefois.* C'était vrai hier, c'est vrai là, ici et maintenant dans le groupe.

Et accueillir dans ce cadre une réédition de l'amour et de la haine ordinaires qui président à la jalousie des liens fraternels peut, je crois, soutenir la relance de l'investissement de l'enfant à naître sur le mode qui prévaut dans les cas heureux de thérapies brèves parents-bébé où la perception réflexive de la remémoration affectée amorce efficacement la promesse de la perlaboration et la distanciation de la répétition aliénante.

## Le scénario Laïos :

**« va-t-elle m'aimer encore ? »**

Le conflit fraternel est souvent aussi un déplacement du conflit œdipien. La rivalité la plus redoutable à l'égard de l'enfant à l'horizon, c'est celle qui porte sur l'attention, la tendresse, l'amour de l'amante devenant mère et qu'Œdipe risque de voler à Laïos, son père.

Face à ce rival à l'horizon, la meilleure défense, c'est l'attaque ! La meilleure prévention du parricide, c'est l'infanticide ! Cette conflictualité œdipienne prénatale constitue un des puissants ferments du processus de la paternalité.

Ponctuellement, il en est le vecteur de dysharmonies ou de ruptures : « bien des décompensations narcissiques de la paternalité, bien des fuites loin de la paternalité, s'ancrent dans cette rivalité narcissique entre père et bébé. Elle constitue un obstacle puissant à l'instauration de la fonction conteneur du père vis-à-vis de la dyade mère/bébé », écrit avec justesse A. Carel (2007).

Ce qui fait la singularité de chacun de ces Laïos devenant père, c'est leur capacité à élaborer en position tierce cette situation vécue au départ comme une exclusion en tout ou rien : lui ou moi. La commémoration prénatale de la négociation générationnelle de cette « violence fondamentale » (Bergeret, 1984) est déterminante dans ce cheminement.

L'agressivité de Laïos à l'égard de sa femme et/ou de l'enfant à naître signe l'impossible apprivoisement de cette violence fondamentale. Bien sûr, la maltraitance agie sur les corps existe dès le prénatal, mais c'est sur la maltraitance psychique que je souhaite mettre l'accent : aujourd'hui, les formes communes les plus répandues d'infanticide préventif se font non pas sur le mode de la mise à mort des corps mais de la subjectivation de l'autre par « violation de l'attente » intersubjective de *l'infans*.

Le groupe est un haut lieu d'accueil bienveillant de ces réminiscences de l'âpreté de papa mal rasé. L'étayage groupal est souvent remarquable : ce qui va être apporté par un autre apprenti père est certes donné par un frère mais qui est touché par l'isomorphisme de leur « paternitude » les poussant à la paranoïa parricide.

Croiser le scénario de la reconnaissance et de la légitimité du scénario Laïos, c'est sans doute une opportunité d'apprivoisement bienvenue avant la naissance. Laïos mal rasé peut devenir un barbu aussi doux et tendre qu'une barbe à papa !

## Le scénario du petit Hans et de la poche à bébé

Publié, il y a bientôt un siècle en 1909, l'enfant de la théorie freudienne *Le petit Hans* est encore aujourd'hui un magistral rejeton. Pour la première fois, l'observation attentive par son père d'un petit garçon de 5 ans permet au père de la psychanalyse de confirmer ses hypothèses sur la sexualité infantile issue de la cure d'adultes.

Avec les données de l'observation du petit Hans, ce qui est fondamentalement nouveau pour Freud c'est que ses observations de l'enfant ne sont pas issues d'une publication scientifique impersonnelle, comme celle sur le suçotement du pédiatre hongrois S. Lindner (Freud, 1905), mais bien d'un dialogue soutenu avec un proche disciple, Max Graf, le père du petit Hans. Max Graf tient méticuleusement à jour un carnet dont il remet à Freud régulièrement les précieux feuillets. Cette observation par procuration sera directe lors d'une consultation où Freud reçoit à son cabinet Max Graf et son fils Herbert, renommé Hans à l'écrit pour préserver l'anonymat. Contrairement à ce que laisse entendre le texte, il est peu probable que cette confrontation directe n'ait eu lieu qu'une seule

fois. En effet, Max Graf, critique musical, connaissait S. Freud depuis 8 ans et participait fidèlement aux réunions de la Société du mercredi depuis 4 ans. Mais surtout, dans un article publié bien plus tard en 1942, Max Graf a évoqué les relations *intimes* que sa famille entretenait alors avec celle de S. Freud.

L'histoire de ce traitement peu orthodoxe est bien connue : il est effectué par le père d'Herbert, Max Graf, sous le contrôle de S. Freud. C'est une psychothérapie qui n'est pas sans évoquer les inter-relations en pelures d'oignon de la supervision.

Dans son écrit, S. Freud charge le petit Hans d'une mission théorique très précise que l'on peut caricaturalement résumer ainsi :

- la castration est déduite, après coup, de l'infirmité par la réalité du fantasme de l'attribution d'un pénis à tous les êtres vivants masculins et féminins. La première différenciation s'établit entre les phalliques et les châtrés; Hans « ne connaît qu'une espèce d'organe génital, un organe génital comme le sien ». Freud rajoute en 1923 en note : il n'existe pas à cette période un « primat génital, mais un primat du phallus »;
- la menace de la castration est indissociable de l'interdit de la masturbation mais elle ne prend effet qu'après coup, bien après la menace maternelle :
  - « *Si tu fais ça, je fais venir le Dr. A., il te coupera le fait-wiwi. Avec quoi alors feras-tu wiwi?* »
  - Hans : « *Avec le popo.* »
  - S. Freud commente : il répond sans conscience de culpabilité encore, mais il acquiert à cette occasion le « complexe de castration » que l'on doit si souvent inférer des analyses des névrosés...;
- c'est la conjonction de la perception du sexe de la fille ou de la mère et de la menace de castration qui suscite l'angoisse. Une menace proférée par la mère mais dont l'exécution est l'apanage du père, véritable obstacle à, je cite, « l'être seul avec la mère »;
- le symptôme phobique : « la bêtise » dit Hans (un cheval mord, un cheval tombe) est une formation de compromis développée afin de résoudre simultanément le complexe de castration et le complexe de grossesse.

Dans le conflit œdipien, la désirance sexuelle de Hans pour sa mère et ses sentiments ambivalents à l'égard de son père, aimé profondément, mais aussi haï comme rival à détruire, ont provoqué un « conflit de sentiments » contradictoires.

La grossesse de sa mère et la naissance de Hanna amplifient singulièrement ce conflit car la sœur devient elle aussi une rivale face à l'amour de la mère. Hans est capable d'exprimer son désir de mort à l'égard de sa sœur mais le refoulement de ses pulsions agressives vis-à-vis de son père augmente dangereusement son angoisse de castration et le contraint – grâce aux mécanismes de déplacement et d'extériorisation – à créer un objet phobique évitable (un cheval mord, un cheval tombe) permettant de s'aménager une angoisse économiquement moins coûteuse.

Dans le conflit œdipien, le désir sexuel de Hans pour sa mère et ses sentiments ambivalents à l'égard de son père, aimé profondément, mais aussi haï comme rival à détruire, ont provoqué un « conflit de sentiments » contradictoires.

## La grossesse du petit Hans

Dans une note ajoutée en 1923, Freud évoque les « racines » du complexe de castration en ces termes : « l'acte de la naissance, en tant que séparation d'avec la mère, avec laquelle jusqu'alors on ne faisait qu'un, est l'original de toute castration. ». Il poursuit : « chaque retrait du sein maternel, la cession régulière de la selle s'inscrivent dans cette préhistoire de la castration centrée sur la perte du pénis ». <sup>77</sup>

C'est bien en effet de la rencontre et de l'entrecroisement de ce « complexe d'excrétion » et de ce « complexe de grossesse » que je souhaite témoigner car il aboutit dans le texte freudien à des propos qui vont comme un gant à la clinique du devenir père qui se situe bien, elle aussi, le plus souvent, entre les polarités de « l'hystérie d'angoisse » et de « l'hystérie de conversion ».

Autrement dit, *les théories sexuelles infantiles du petit Hans confronté à la grossesse de sa mère enceinte de Hanna constituent le canevas des conflits psychiques du devenant père pendant la grossesse de sa femme. Les conflits de la scène*

*infantile y sont rejoués, mutatis mutandis, dans l'après-coup lors du (re)devenir père.*

Les axes majeurs de cette réédition sont les suivants :

- confronté à « la grande baignoire pleine » du « ventre maternel », le devenant père a envie d'y retourner, ça lui donne envie de faire de la plomberie freudienne œdipienne (percer, démonter) comme papa, mais comme il a peur qu'une petite sœur/frère en sorte, il a aussi envie de faire de la plomberie kleinienne : percer/tuer les rivaux dans la baignoire ;
- le devenant père face à cette grossesse commémore le désir d'avoir un enfant *dedans*. C'est la théorie cloacale de la naissance : petit Hans constipé « depuis toujours » et habitué au laxatif maternel ;
- il a le désir d'être doté, tel l'androgynie du *Banquet* de Platon, des attributs de la bisexualité, soit un attelage cheval plus voiture (omnibus ou déménagement) pour porter la boîte à cigogne ;
- le devenant père a le souci du passage de l'enfant *dedans* à l'enfant *dehors*, ce qui le sensibilise particulièrement à la question bionienne de la dialectique contenu/contenant : « dans la cour de la douane principale en face, c'est le chargement et le déchargement des voitures qui l'intéressait le plus... » ;
- le devenant père face au nouveau-né commémore le désir d'avoir un enfant *dehors* : « Je voudrais tellement avoir des enfants, alors je voudrais tout leur faire, les conduire aux waters, leur torcher le derrière, enfin tout ce qu'on fait avec des enfants ».

## « Oh si, un petit garçon a une petite fille... »

Ce paysage psychique du petit Hans est une bonne introduction à la *toile de fond infantile des conflits psychiques qui se jouent après coup chez le devenant père pendant la grossesse*.

Tous ont une potentialité dépressogène qui met à l'épreuve « la capacité dépressive » du père. Mais, il semble bien que l'un d'entre eux est plus directement lié à ce que S. Freud intitule chez Hans, sa « dépression de l'humeur » : il s'agit de la découverte de son absence de poche à bébé :

<sup>77</sup> Perte du pénis à laquelle S. Freud souhaite toutefois en toute rigueur réserver ce terme de castration.

Moi. – Tu aimerais bien avoir une petite fille ?

Hans. – Oui l'année prochaine, j'en aurai une, elle s'appellera aussi Hanna.

Moi. – Pour quoi donc maman ne doit-elle pas avoir de petite fille ?

Hans. – Parce que moi justement j'ai envie d'une petite fille.

Moi. – Mais tu ne peux pas avoir de petite fille.

Hans. – Oh si, un petit garçon a une petite fille et une petite fille a un petit garçon.

Moi (*le père*). – Un petit garçon n'a pas d'enfant. Seules les femmes, les mamans, ont des enfants.

Hans. – Pourquoi donc pas moi ? Je voudrais tellement avoir des enfants... »

Comme on l'entend, cette incapacité à enfanter met à rude épreuve la « capacité dépressive » du petit Hans.

Mais ce n'est pas tout ! En effet, si l'on se réfère aux hypothèses de l'anthropologue F. Héritier (2002), on se demandera à bon escient si Hans ne met pas à l'épreuve sa capacité dépressive aussi et surtout car il réalise qu'il n'a pas le pouvoir d'enfanter du même (un fils) et du différent (une fille) quand il s'exclame : « Oh si, un petit garçon a une petite fille... »

F. Héritier défend en effet l'idée que, depuis la nuit des temps, des représentations et des institutions ont été élaborées pour permettre aux hommes de s'approprier la fécondité des femmes. Le rapport masculin/féminin est ainsi ancestralement conçu à ses yeux sur le modèle parent/enfant ou encore aîné/cadet. Et pour elle, ce n'est pas seulement parce que les femmes ont le pouvoir d'enfanter qu'elles ont été d'emblée assujetties, c'est bien parce qu'elles ont la capacité très dérangeante de produire à la fois du même (des filles) et du différent (des fils). Les hommes ne pouvant faire leur fils, doivent « passer » par le corps féminin pour se reproduire à l'identique. C'est cette asymétrie qui est, selon elle, à l'origine de la domination masculine. Domination masculine qui ne serait donc finalement qu'un mécanisme de défense puissant contre la dépressivité/dépression paternelle face à cette impuissance procréative synonyme de profonde blessure narcissique.

## Quand le petit Hans devient papa

Le petit Hans devenu grand a fait une carrière internationale dans le monde musical.<sup>78</sup> Il s'est

marié deux fois, en 1927 et en 1966. En 1933, il a eu un fils de son premier mariage, et par la suite une fille de sa seconde union. Mes recherches ne m'ont apporté aucun élément au sujet de son vécu face à ces deux « grossesses ». De nombreuses questions fusent et restent sans réponse :

- le petit Hans devenu papa a-t-il revisité sa « dépression de l'humeur » autrefois initialement associée à la découverte de son absence de poche à bébé ?
- comment a-t-il cheminé entre les polarités de « l'hystérie d'angoisse » et de « l'hystérie de conversion » à l'occasion de ce passage de l'être fils au devenir père et sa répétition ?
- ces deux grossesses ont-elles après coup confirmé le jugement de S. Freud quand il a retrouvé lors d'une visite d'Herbert à 19 ans un « superbe jeune homme » ne souffrant d'aucune sorte de maux ou d'inhibition en dépit du divorce et du remariage de ses parents ?
- *a contrario*, ces grossesses ont-elles confirmé les suspicions de J. Lacan (1994) qui percevait chez Hans une relation d'objet peu satisfaisante ?

Finalement, toutes ces interrogations sans réponse pour Herbert constituent une excellente trame pour le psychanalyste face aux possibles partitions de la « dépressivité/dépression » paternelle pendant la grossesse dont j'espère avoir suggéré qu'elles méritaient véritablement d'être entendues comme *le troisième temps primordial d'une mesure qu'inaugure le fœtus/bébé et poursuit l'adolescent*.

<sup>78</sup> Après avoir obtenu un doctorat en philosophie axé sur l'histoire de la musique, il débute comme chanteur lyrique. Secondairement, il fait carrière comme metteur en scène d'opéras aux États-Unis et en Europe. Dans une interview d'une revue spécialisée de musique, il témoigne de son cheminement en dépensant beaucoup d'énergie pour mettre en exergue sa modestie, l'article est intitulé : *Mémoire d'un homme invisible*. Il y souligne à l'envi ses échecs et ses bévues insistant sur le fait qu'il est au fond un bon exécutant sans génie. Son père est en revanche porté au pinacle ainsi que ses maîtres musicaux. Sa mère brille par son absence. Ayant longuement séjourné aux États-Unis dans les années 1930, Herbert Graf devient citoyen américain en 1943. Après les années de guerre, il retourne en Europe et voyage beaucoup, avant de s'installer en Suisse, au début des années 1960. Il meurt à Genève d'un cancer le 5 avril 1973.

## Troubles psychiatriques de la paternalité

---

La « pathologie de la paternité » concerne classiquement l'ensemble des manifestations : comportementales, (psycho)somatiques, névrotiques, psychotiques, dépressives. Je préfère parler ici de troubles de la paternalité, pour souligner encore et toujours la processualité de la parentalisation qui vient en radicale opposition avec la pensée déformante et nocive de « l'être » (père et mère). Un constat général s'impose : il existe de rares monographies de qualité et les travaux épidémiologiques sont en nombre insuffisant rendant bien approximatives les estimations de fréquences. La conséquence directe est lourdement dommageable : la banalisation, sinon la scotomisation des souffrances psychopathologiques du devenant père sont alimentées par cette carence scientifique. Il y a là un constat dont la sévérité devrait constituer un levier dynamique pour les recherches cliniques à venir. Les riches études des psychologues développementaux (Le Camus, 2000; Zaouche-Gaudron, 2001; Fivaz-Depeursing *et al.*, 2001) sur le « vrai » rôle du père et son implication décisive dans la triade devraient être un vif encouragement dans cette direction.

Parmi ces troubles variés de la paternalité, on distingue habituellement les troubles anxieux, les troubles des conduites (maltraitance conjugale), les états dépressifs (modérés du post-partum et dépressions majeures sévères du post-partum), les troubles psychotiques. J. Dayan *et al.* (1999) en propose une revue exhaustive.

Parmi cet éventail, je souhaite ici mettre l'accent sur les tableaux de délires psychotiques aigus car ils représentent une confirmation clinique des hypothèses psychanalytiques au sujet des conflits dans les variations de la normale de la paternalité. Ce qui est source de sentiments d'étrangeté, de discrètes déréalisations, d'expressions somatiques hystériques ou psychosomatiques avec ces dernières est ici spectaculairement amplifié à travers le délire qui met à jour ce que le refoulement masque habituellement.

Souvent au voisinage de la naissance, ces décompensations délirantes ont des thématiques et des déploiements typiques. Elles sont nettement enracinées dans les résurgences traumatiques

des réseaux identificatoires (saturées de présence empiétantes ou d'absence) au (grand-) père (œdipiens), à la (grand-)mère (pré-œdipienne, archaïque). Les théories sexuelles infantiles y sont possiblement ravivées avec une grande intensité. Les fantasmes de bisexualité et d'homosexualité peuvent s'entremêler avec des thématiques sexuelles génitales empreintes de culpabilité (castration) ou de mégalomanie (toute-puissance phallique, androgynie). Dans sa description des délires de filiation, J. Guyotat (1980) en a proposé une analyse d'une grande acuité qui peut prétendre à une visée générique de la diversité de ces décompensations.

Je pense maintenant à ce père dont la femme était restée 10 jours éloignée de son bébé car elle avait eu une grave infection maternofoetale, doublée d'une hémorragie à l'accouchement. Ce père s'occupait seul en pédiatrie néonatale de son fils sous antibiothérapie. Les puéricultrices le décrivaient comme un « papa poule » d'une vigilance extrême et suspicieux. Il dormait sur place et passait tout le jour auprès de son enfant qui se portait au mieux de sa condition. Après l'admiration, les « comères » le trouvaient gênant ! Jusque-là « rien à signaler » de très exceptionnel pour le psychologue... Par contre, à l'occasion du retour de sa femme, « papa poule » est devenu irritable puis extrêmement sensitif et, finalement, victime d'une *décompensation* où le délire s'est installé à bas bruit initialement puis de manière explosive : il devait être le seul à s'occuper de son enfant. Plus encore, il était, selon ses dires, le seul à être légitime et compétent pour le faire. Sa femme était atterrée et le personnel soignant « sur les dents ».

J'ai été interpellé après plusieurs scènes conjugales houleuses autour de l'enfant où les tentatives de diplomatie du personnel soignant avaient *a contrario* fait flamber la situation. Selon le père, la mère s'y prenait « comme un manche » avec l'enfant et il ne le supportait pas. « Papa poule » *ne faisait manifestement pas le deuil de sa position monopolistique monoparentale*. Une série d'entretiens familiaux, puis seul avec le père, a mis en exergue un paradoxe fréquemment évoqué avec les troubles de la paternalité : cet homme était d'une masculinité machiste outrée qui s'imposait bien vite comme une formation réactionnelle à la mesure de sa frayeur face à sa propre bisexualité psychique, son homosexualité refoulée et son « complexe de

grossesse». Le devenir père constitue pour le meilleur et pour le pire une réminiscence intense de l'intégration du deuil du pouvoir procréatif en soi de la mère, de la bisexualité psychique et de l'identité de genre. La tonalité paranoïaque de son délire m'a invité à l'orienter vers le service de psychiatrie adulte où une psychothérapie psychanalytique en face à face a permis de contenir et circonscrire sa détresse, finalement aiguë. La question du devenir de sa partition de père et de son impact dans ce trio familial reste aujourd'hui source de bien des interrogations. À l'époque, la lecture d'un remarquable article de V. Kapsambelis et N. Gougoulis

intitulé *Paranoïa masculine et maternité* (1994) m'a beaucoup aidé pour accueillir et mieux comprendre la souffrance de cet homme.

Avant de clore transitoirement cette introduction à la psycho(patho)logie de la paternité, je souhaite convier le lecteur à compléter ces propos par l'exploration de la littérature psychanalytique sur la clinique du *couple* et de la *conjugalité*. En effet, les troubles de la paternité sont, en creux ou en plein, indissociables de la dialectique interpersonnelle entre les devenant mères et les devenant pères. Les travaux de J. Lemaire (1979) et de A. Eguier (1984) sur le couple viendront donc naturellement compléter ce chapitre.

# Facteurs de risque, préjudices et maltraitance en périnatalité

M. Blazy

Lorsqu'on parle de maltraitance, on entend le plus souvent celle faite à l'enfant, un enfant qui parle, marche, va à l'école.

Mais de plus en plus, l'intérêt depuis quelques décennies du grand public pour la périnatalité aidant, on envisage la maltraitance faite sur de très jeunes enfants, sur des bébés. En témoignent les affaires de bébés secoués (Renier, 2000), de néonaticides, largement relayés par les médias, les émissions médicales et les procès des parents soulevant discussions et polémiques...

À nous qui savons bien que la relation parents-enfant ne débute pas le jour de la naissance, il nous faut considérer la maltraitance, les facteurs de risque de maltraitance ou de préjudices à fœtus repérables dès la grossesse. D'ailleurs, en 1926, S. Freud disait déjà : « La vie intra-utérine et la première enfance sont beaucoup plus comprises dans une connexion de continuité que ne le ferait croire la césure impressionnante de l'acte de naissance. »

L'embryon/fœtus peut être malmené physiquement et psychologiquement au travers du corps de sa mère, par la maladie elle-même, somatique ou mentale, les traitements qu'elle nécessite, les répercussions qu'elle entraîne sur la psyché maternelle. Nous envisagerons ainsi quelle prévention il est souhaitable de réaliser.

Enfin, la femme enceinte, le futur père, les soignants seront regardés sous cet angle, le titre large de « maltraitance en périnatalité » laissant évo-

quer que d'autres que le fœtus ou le bébé puissent être victimes de mauvais traitements.

L'idéal de la prévention en périnatalité, c'est de pouvoir intervenir sur la souffrance « tout-venant » du couple ou de la femme qu'on aura su voir en consultation, sans en faire un signe prédictif de maltraitance. En effet, certains facteurs de risque de la prématurité par exemple (cf. p. 75), recoupent ceux de la maltraitance à fœtus (défaut de suivi de grossesse, conduites à risque, précarité sociale...).

On évite ainsi l'enfermement d'une catégorie de futurs parents, et on peut prendre en charge le plus précocement possible des dysfonctionnements parents-embryon/fœtus/bébé de toute nature, qui peuvent mener à la négligence ou à la maltraitance de l'enfant (Robineau et Missonnier, 2004). Ces dysfonctionnements précoces de la relation seraient dus, d'après ces auteurs, à une inadéquation de l'anticipation parentale qui, par excès, par carence ou par désinvestissement, traduit une intégration problématique de la violence fondamentale.

Voici ce que je comprends de la violence fondamentale et de l'application de ce concept en périnatalité, et pardon à ceux qui, ayant lu J. Bergeret dans le texte, me trouveront bien naïve ou présomptueuse.

La violence fondamentale est nichée en chacun de nous avec d'autres sentiments archaïques. On est

bien obligé de faire avec, et ce peut être un moteur de choses très positives. La femme enceinte n'y échappe pas et une partie d'elle est amenée à haïr son fœtus/bébé. Comme c'est assez mal vu, elle refoule – d'ailleurs nous refoulons tous, y compris les professionnels de la petite enfance, tant côtoyer la violence archaïque paraît dangereux – et fait des efforts psychiques considérables pour maintenir cette violence dans des limites acceptables : celles de l'ambivalence « ordinaire » comme disent Tabet *et al.* (2009). Ainsi, les sentiments d'amour, de désir de vie et de bonne santé du fœtus contrebalancent les sentiments d'hostilité, de rejet, de haine. La prévention des troubles primaires de la relation et de l'attachement passe donc par l'approche compréhensive des sentiments émergents de haine contre le fœtus et l'aide apportée dans ces cas à l'équilibre de la balance.

Prévenir signifie intervenir en amont. Quel terrain de prévention plus favorable alors pour les professionnels de la petite enfance que celui de la périnatalité, permettant un *continuum* préventif pré- et postnatal ? L'alerte est donnée pour l'intervention d'une équipe ou d'un réseau qui se doit d'être pluridisciplinaire, médical, social et « psy », lorsque l'on détecte chez la future mère une trop grande vulnérabilité, pouvant être le creuset de ce sentiment de haine envers le fœtus/bébé, et donc de maltraitance.

Toute grossesse met la femme en état de vulnérabilité et ce, de façon physiologique : une vulnérabilité immunologique, l'immunodépression maternelle permettant l'implantation de l'œuf, la croissance de l'embryon, ce « demi-étranger » ; une vulnérabilité émotionnelle ou psychique qui permet, grâce à une sensibilité exacerbée, de faire du temps de la grossesse un temps propice à dénouer les tensions, lever les blocages, et faire ainsi le berceau de « la préoccupation maternelle primaire » décrite par D.W. Winnicott.

Cette vulnérabilité-là est normale, physiologique. D'autres formes de fragilité vont inquiéter parce que jugées anormales, excessives ou relevant de situations particulières ; elles risquent alors de retentir sur la capacité anticipatoire des parents, le bon déroulement de la grossesse, de nuire potentiellement au fœtus ou au nouveau-né en faisant le lit de la maltraitance – terme employé au sens large (Blazy, 2010b).

Cette bascule entre la fragilité « normale » d'une femme enceinte et celle qui sera considérée

comme inquiétante par les professionnels de la périnatalité est due à des facteurs de risque surajoutés, faisant craindre, par l'intermédiaire du corps maternel et/ou du lien mère-bébé, un retentissement sur le développement physique et psychologique du fœtus, du nouveau-né, de l'enfant, mais aussi de l'adulte et futur parent. Il s'agit bien en effet de prévenir la maltraitance de l'enfant à naître, mais aussi, avec ambition et audace, celle de la génération future, maintenant que les ressorts de la répétition transgénérationnelle commencent à être compris.

Les pouvoirs publics se sont emparés de ce désir de prévention par la voix de F. Molénat et de sa circulaire issue du plan périnatalité 2005–2007. L'entretien précoce dit du 4<sup>e</sup> mois permettant de repérer les différents facteurs de risque dès le début de la grossesse en découle. Cette circulaire insiste sur l'importance de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

## Quels sont ces facteurs de risque surajoutés ?

---

En mai 2007, la Haute Autorité de santé recommandait d'envisager avec attention certaines situations à risque, surtout si les risques sont cumulés, afin d'orienter la femme vers le meilleur niveau de soins ; ce sont :

- les facteurs de risque médicaux, gynécologiques et obstétricaux ;
- les maladies infectieuses ;
- les antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non, ou liés à une grossesse précédente ;
- les toxiques ;
- les facteurs de risque généraux, dont l'âge, les antécédents familiaux, les facteurs sociaux et environnementaux.

L'anticipation la plus précoce possible lors de la grossesse vise à recommander des changements dans les comportements à risque, à prévenir certaines conséquences notamment médicales.

Tous ces facteurs aggravants de la trop grande vulnérabilité maternelle sont regroupés sous la bannière du stress, de même que des situations particulières mais non rares : deuils de proches, annonce de

pathologie ou de handicap du fœtus, grossesse après procréation médicalement assistée... Mais en pratique, le stress est bien difficile à définir : telle situation stressante pour une femme enceinte ne le sera pas pour une autre, car métabolisée de façon différente selon le bagage culturel, familial, affectif de chacune; ou, chez la même femme, ce stress aurait peut-être été mieux vécu hors grossesse.

S'il est certain que le stress retentit sur le fœtus et les premiers liens mère-bébé, il peut aussi bien venir de l'extérieur (environnement, événement) que de l'intérieur (angoisse liée à un conflit, au deuil de la bonne santé, par exemple).

## Facteurs de vulnérabilité et maltraitance périnatale

J.Y. Diquelou (1996) dit qu'un « fœtus maltraité ou en risque de maltraitance à venir est celui qui, hors des possibilités légales d'interruption de grossesse, est victime de traumatismes physiques ou chimiques, de négligences graves conduisant à une altération de son développement, ou d'absence d'intérêt ou de désinvestissement parental compromettant l'environnement affectif lors de sa naissance ».

Or, si la psychotique qui se cogne le ventre en hurlant « enlevez-moi ce paquet de merde ! », la femme addictive aux drogues ou à l'alcool qui continue son intoxication pendant sa grossesse, la femme qui tente de se suicider alors qu'elle est enceinte sont des situations où la maltraitance à fœtus est évidente, on peut considérer que des symptômes de souffrance maternelle, plus difficiles à déchiffrer, en sont possiblement des racines.

Tous ces facteurs de vulnérabilité ou de stress maternel cités plus haut peuvent alors être sources de maltraitance prénatale, car révélateurs de la haine portée au fœtus (Robineau, Missonnier, 2004) : « Cette haine peut s'inscrire dans une grande diversité de tableaux psychosomatiques au sens où l'entend M. Soulé (1999) dans sa conception des interactions fœto-maternelles. L'infertilité, les IVG, FC, MAP (une forme de syndrome de Münchhausen par procuration destiné au fœtus a été évoquée au sujet d'un accouchement prématuré – Goss, McDougall, 1992, cité par Binet, 2001), les retards de croissance isolés, la contamination par VIH connue et/ou annoncée en prénatal... en sont de bons vecteurs potentiels. »

En effet, lorsque la femme enceinte présente une dépression grave, chronique ou réactionnelle à un deuil, à l'annonce d'une maladie grave ou d'une malformation du fœtus, à une séparation conjugale, il peut exister des conséquences obstétricales comme des contractions utérines, par exemple, ou une souffrance fœtale (Relier, 1993).

Mais qu'en est-il des conséquences sur le psychisme de ce nouveau-né et l'avenir de la relation mère-enfant du désinvestissement ou non-investissement de ce fœtus? Du déni de la grossesse voire de la haine portée à cet enfant à venir? Est-il légitime de penser que les « traces » laissées par la maltraitance à fœtus peuvent se réactiver ultérieurement chez le bébé ou chez l'enfant que N. Boige va voir en consultation (cf. chapitre 15)? Quelles conséquences peuvent avoir un rejet massif et violent de la grossesse et/ou du fœtus exprimé verbalement parfois très crûment, ou de façon plus masquée, plus insidieuse, par des contractions utérines difficiles à juguler par exemple? « En tant que fœtus, ce bébé nié a-t-il été maltraité de ne pas avoir été pensé? La culpabilité ultérieure de certaines femmes le laisserait penser. » (Panel, Prigent, 2009.) Ou bien, comme le proposent C. Tabet *et al.* (2009), ne s'agirait-il pas plutôt de « non-traitance » que d'une réelle maltraitance?

Nous traiterons à part (cf. chapitres 5.1 et 5.2), et de façon plus détaillée certains facteurs de risque : l'âge, la dépendance aux toxiques, les problèmes médicaux graves, la pathologie obstétricale, les antécédents possiblement traumatiques, la psychopathologie parentale, la précarité sociale, le handicap ou la malformation annoncée du futur bébé.

Revisitons cependant rapidement certains d'entre eux en faisant l'hypothèse qu'en soignant la future mère, à la fois sur le plan médical, psychologique et social, au cas par cas et loin des statistiques, et en donnant le temps au lien mère-enfant de se tisser dans un climat bienveillant, on réduit le risque périnatal de maltraitance (Blazy, 2010b).

## La grossesse chez l'adolescente (cf. chapitre 7)

La grossesse chez l'adolescente entraîne un court-circuit de la maturation psychique en particulier dans le registre du désir, de la sexualité; on note également plus de dépressions en anténatal et

en postnatal, plus de comportements à risque (l'adolescente se situant classiquement dans la toute-puissance), plus d'addictions, quand la grossesse n'est pas déniée totalement plus ou moins tard dans la grossesse, voire jusqu'à l'accouchement, avec déclaration de grossesse tardive. Au lieu du déni de grossesse, phénomène inconscient, parfois partagé par l'entourage même très proche, il peut s'agir de (dé)négaration inconsciente, refoulement d'une information dérangeante. Dans d'autres cas, l'adolescente se sait consciemment enceinte, dissimule sa grossesse et peut avoir recours à la pensée magique pour la faire disparaître (cf. p. 157). Les contraintes de la grossesse lui sont difficiles à vivre, celles d'un nouveau-né encore plus. L'accompagnement positif et bienveillant de ces toutes jeunes femmes est absolument nécessaire pour limiter les risques de négligence ou de maltraitance.

## Des situations particulières

Le déni de grossesse, qui n'est pas l'apanage de l'adolescente, la déclaration tardive de la grossesse, les grossesses inopinées qui n'ont pas pu faire l'objet d'une IVG, celles issues de viol, les désirs de faire adopter le bébé, qu'il naisse « sous

*Marine*, une jeune femme d'une vingtaine d'années qui a découvert sa grossesse juste après la fin du délai légal de l'IVG, n'a fait suivre sa grossesse qu'à partir de 6 mois. Elle est hospitalisée dans le service à 7 mois parce qu'elle présente de multiples contractions et qu'elle souhaite réfléchir à l'adoption de son bébé. Elle accouche à terme, sous X, puis se rétracte quelques jours après la naissance de sa petite fille parce que sa mère n'était pas d'accord pour qu'elle abandonne l'enfant. Ré-hospitalisée dans le service, elle s'en occupe sans entrain en confiant au personnel soignant qu'elle a fait la pire erreur de sa vie en gardant cette enfant, mimant de la mettre à la poubelle, la mettant dans les bras de sa référente dès qu'elle pleure. Pour finir, elle signe au bout de 2 mois un consentement à l'adoption et part faire un stage de poney. Sans la vigilance des soignants en périnatalité, il y a fort à parier que cette enfant aurait été maltraitée très tôt avant d'être placée... et non adoptable.

X» ou non, sont tous des facteurs de risque devant faire l'objet d'une observation particulière.

Comble de la violence faite à une femme : le viol et l'inceste qui représente 70 % des viols<sup>79</sup>. Quand la grossesse est poursuivie au-delà du délai légal de l'IVG, il y a généralement eu déni post-traumatique, englobant les premiers mois, y compris la date de conception. Le diagnostic est donc fait tardivement avec une date de terme paradoxalement imprécise. Le plus souvent, ces jeunes femmes demandent à accoucher secrètement, en confiant le bébé à l'adoption dès la naissance. Ces grossesses si particulières nécessitent des soins spécifiques et adaptés pour que puisse se dire et être reçus la brutale conflictualité par rapport à la décision à prendre, la haine de l'agresseur, mais aussi du fœtus, l'impatience d'accoucher et de se débarrasser de ce parasite encombrant. Ce sont aussi des soignants – mais d'autres, en lien avec les premiers – qui doivent porter attention au fœtus, le garder en tête, lui manifester de l'empathie. Car quelles peuvent être les conséquences psychiques pour ce bébé de cette maltraitance psychologique : la part de conception dans la violence, puis déni, haine de sa mère? Il me semble que dans ces cas caricaturaux, on perçoit bien la responsabilité des équipes de maternité pour humaniser ces nouveau-nés dès les consultations prénatales, en étant des acteurs de résilience dès leur accueil en salle de naissance, ce qui passe par le plein respect accordé à leur mère de naissance, à ses choix, à sa souffrance.

Malheureusement, les femmes qui souhaitent confier leur enfant à l'adoption, surtout quand la grossesse n'est pas issue d'un viol ou d'un inceste, qui légitimise en quelque sorte leur décision, sont encore trop souvent maltraitées. La société depuis deux décennies a fait de réels efforts pour comprendre, ou du moins « ne pas juger ». La maltraitance se fait de façon beaucoup plus subtile : la secrétaire de consultation ne crie plus « Madame X! » dans la vaste salle d'attente bondée, mais la sage-femme demandera plusieurs fois en salle d'accouchement « Vous ne voulez vraiment pas le prendre dans les bras? Vous êtes sûre? »; quant à l'échographiste, passé à côté de la formation et donc de la réflexion, il passera à côté d'une malformation foetale gravissime, occupé qu'il est à faire comprendre à cette femme qu'une mère n'abandonne pas son enfant!

<sup>79</sup> Théma, émission de la chaîne de télévision ARTE, du 4 mai 2010.

Il reste beaucoup de travail pour que les acteurs en périnatalité puissent entendre le non-vouloir ou l'impossibilité de certaines femmes à être mère à ce moment-là de ce bébé-là, sans projection idéologique ou personnelle, afin que les notions d'abandon et de séparation soient abordées sans drame. Il reste également beaucoup de travail pour que l'enfant et son intérêt ne soient jamais oubliés. C'est en quelque sorte à nous de le penser, de l'envelopper, de le porter... sans misérabilisme : le côté « Ah! le pauvre petit! Quel départ dans la vie! Pas tombé dans le bon berceau! » n'a jamais été un facteur de résilience pour personne!

### **Les troubles psychiques, les troubles de l'attachement, l'addiction à des produits toxiques**

Les troubles psychiques, les troubles de l'attachement, l'addiction à des produits toxiques (alcool, drogues, médicaments) trouvent leurs racines dans divers diagnostics : carences de toutes sortes, états limites, psychoses, dépression.

Les jeunes femmes toxicomanes ou alcooliques maltraitent leur corps ainsi que leur fœtus.

En cas d'intoxication alcoolique, il y a risque d'hypotrophie, de malformation fœtale avec dysmorphie (syndrome d'alcoolisation fœtale) et plus tard, jusqu'à l'âge adulte et de façon irréversible, d'hyperactivité et d'instabilité. En cas d'intoxication opiacée, le risque est l'hypotrophie, la prématurité, la souffrance fœtale, le syndrome de sevrage néonatal, la mort subite. Enfin, chez les unes comme les autres pour qui le toxique prend une place si importante, il y a le risque qu'elles ne puissent nouer une relation parentale adéquate avec leur enfant : des soins de qualité, sans rupture, où chaque génération reste à sa place. Mais criminaliser la maltraitance à fœtus, comme c'est le cas aux États-Unis ne fait qu'isoler davantage une population en manque de soins médicaux, psychologiques et sociaux. Ici encore, il est nécessaire, dans l'intérêt de l'enfant, d'aider sa mère, en tentant de la rencontrer le plus tôt possible pendant la grossesse, de répondre à ses besoins propres et de faire alliance avec elle pour protéger le futur bébé; ce pour quoi elles sont toujours d'accord ou presque.

Quant au diagnostic de psychopathologie parentale, qu'il soit associé ou non à une conduite addictive, il est à faire tôt, lui aussi, car l'intervention pendant la grossesse permet une alliance thérapeutique, meilleur garant de l'efficacité de la prévention en post-partum (cf. p. chapitre 8).

Elle consiste en l'association de plusieurs outils :

- accompagnement périnatal et préparation à la naissance;
- thérapie orientée sur la parentalité (ma préférence va à la version analytique, mais d'autres modes de thérapie voient le jour);
- chimiothérapie adaptée à la grossesse (psychotropes, lithium), même si certains médicaments sont très difficiles à manier pendant le temps prénatal;
- sevrage en produits toxiques, mise en place d'un contrat de soins avec, si possible, traitement substitutif (Méthadone®, Subutex®);
- hospitalisation en unité mère-bébé;
- hospitalisation en milieu fermé avec, pour certains, sismothérapie dans les cas de dépression rebelle aux antidépresseurs, de mélancolie majeure.

*Monique* avait une vie qu'on peut qualifier de « normale » jusqu'à la trentaine. Puis sa vie a comme basculé au gré d'aléas, elle est devenue alcoolique, a perdu ses repères et ses liens affectifs, a conçu son enfant un soir de beuverie avec une relation de passage. Elle ne s'est aperçue de sa grossesse qu'à 3 mois passés, 3 mois pendant lesquels l'alcoolisation a été importante. Elle refuse l'interruption médicale de grossesse qui lui est proposée au décours d'un coma éthylique et décide de se sevrer tout en faisant suivre sa grossesse. Hospitalisée, contenue, accompagnée, soutenue et préparée, elle arrive à se saisir de tous les outils (au sens noble du terme) qui lui sont proposés : haptonomie, soutien « psy » sur un mode analytique, massages ayurvédiques, préparation à la naissance, médicaments antidépresseurs... et ne touche plus à l'alcool pendant le reste de sa grossesse. Son petit garçon est un peu hypotrophe à la naissance, présente un syndrome de sevrage, mais elle sait le contenir et le rassurer. Le système de prévention a marché, aidé en cela par une mère motivée et compliant.

## La pathologie somatique grave

(cf. p. 100)

### **Avertissement**

▪ La présence de paragraphes sur la maladie somatique, la PMA, la suspicion de bébé non conforme peut choquer dans un chapitre sur la maltraitance en périnatalité dans la mesure où il ne s'agit pas d'une maltraitance volontairement agie par la mère sur son fœtus. Mais il me semble important de dire que ce sont des situations à risque d'émergence de sentiments hostiles vis-à-vis d'un fœtus pouvant être vécu comme persécuteur.

La maladie chronique, douloureuse, invalidante, possiblement mortelle, le handicap moteur ou sensoriel, qu'ils préexistent à la grossesse ou fassent irruption pendant la gestation peuvent retentir sur le fœtus/nouveau-né :

- physiquement : mauvaise croissance, prématurité induite, mort *in utero* ;
- pharmacologiquement : par le biais des traitements médicamenteux ingérés par la mère et possiblement toxiques pour l'embryon/fœtus<sup>80</sup> ;
- psychiquement : par le biais d'une absence d'investissement, ou du sentiment de la mère que le fœtus est responsable de la maladie ou de son aggravation.

C'est pourquoi la pathologie somatique doit également être considérée comme un facteur de risque et nous faire considérer avec attention ces dyades.

## La grossesse issue de procréation médicalement assistée

La contraception retarde l'âge de la première grossesse; avec l'IVG, elle permet qu'un désir d'enfant soit, le plus souvent, à l'origine d'une naissance. « Un enfant si je veux, quand je veux » était le fameux slogan des féministes.

Or, il arrive que le désir de grossesse, devenu urgent par l'avancée de l'âge de la femme, ne parvienne pas à se réaliser alors même qu'aucune cause d'infertilité n'est retrouvée. N'est-ce pas là une modalité d'expression possible de la haine portée au fœtus ?

La PMA permet parfois au couple d'accéder à la parentalité après bien des épreuves et des sacrifices. On parle de « grossesse précieuse » – je pense qu'elle l'est aussi pour les médecins – et la surveillance médicale est d'autant plus rapprochée qu'il s'agit d'une primipare âgée ou d'une grossesse gémellaire. Lorsque l'enfant paraît, il a été longtemps fantasmé, la mère a encore moins droit qu'une autre à être déçue. Elle refoule encore plus qu'une autre – et la société avec elle – l'idée même de la haine pour son bébé tellement voulu, tellement désiré, tellement attendu, « chacun s'insurgeant à la pensée qu'il pourrait être pour quelque chose dans la privation qu'il inflige à ses futurs parents » (Sirol, 1999).

Loin de moi l'idée que les enfants issus de fécondation *in vitro* sont maltraités, mais je pense que ces situations sont à risque et nécessitent que les professionnels aient ce risque en tête afin de proposer une aide psychologique facilement, même et peut-être surtout, quand une grossesse puis un bébé surviennent enfin, au lieu de clore le dossier comme si, leur désir comblé, le problème des parents était résolu. Notons au passage que le taux de prématurité totale est nettement augmenté dans les FIV, même pour les grossesses uniques : 9,1 % contre 5 % (Pons *et al.*, 2005).

## La suspicion de bébé non conforme

Le dépistage de la trisomie 21 et les échographies récoltent leur lot d'annonces de diagnostics amenant les parents à prendre des décisions difficiles, une fois le choc surmonté (cf. p. 121). En tout état de cause, quand l'enfant est gardé et qu'il naît, les parents savent.

J'ai choisi de parler de cas de plus en plus fréquents, me semble-t-il – parce qu'on ne tait plus rien aux parents de peur qu'ils ne se plaignent par la suite –, où le doute plane jusqu'à l'accouchement voire après, en tout cas dans la tête des parents. Le doute, pernicieux, parti d'une toute petite phrase, s'installe au quotidien, permettant l'anticipation d'une éventuelle mauvaise nouvelle, mais barrant aussi la route à l'investissement « normal » du bébé, d'autant que le premier examen demande confirmation ou infirmation à une cascade d'autres examens : échographie en centre spécialisé, IRM fœtale, examens sanguins virologiques chez la mère ou au cordon, amniocentèse... On attend les résultats.

80 Consulter le CRAT : + 33 (0)1 43 41 26 22

L'attente dure parfois des mois. L'ambivalence des parents grandit en même temps que le fœtus : « Par moments, je me dis qu'il n'a rien, il a l'air trop bien, puis de toute façon je l'aime. À d'autres moments, surtout quand j'en parle avec mon mari, on se dit qu'on ne pourra pas l'élever... On ne peut pas faire ça à nos autres enfants. »

Quand le doute persiste, les médecins exposent les différentes options dont l'IMG. C'est aux parents de prendre la décision. On comprend qu'il s'agit d'une période de grande vulnérabilité pendant laquelle, quelle que soit la décision prise, un accompagnement est nécessaire.

*Brigitte est cadre dirigeant dans une grosse entreprise et déjà mère de trois enfants; elle est fragilisée par un stress quotidien pour jongler entre sa vie professionnelle et familiale. Enceinte du quatrième enfant, elle contracte un CMV (cytomégalo-virus) possiblement pourvoyeur de graves malformations fœtales. Malgré la négativité des examens (IRM fœtale, recherche de CMV dans le liquide amniotique) et le retrait de proposition d'interruption médicale de grossesse de l'équipe médicale, Brigitte fait une dépression très sévère nécessitant son hospitalisation pendant plusieurs mois. À l'accouchement, on constate la présence de CMV dans les urines de son bébé avec qui elle est hospitalisée conjointement. Cette petite fille va bien, ses examens ophtalmologiques et cérébraux sont tout à fait normaux et rassurants. Les parents que je reçois alors qu'elle a 1 mois me disent tous deux : « On ne peut pas savoir... jusqu'au bac, on ne peut pas savoir; ça ne se voit pas à l'intérieur de la tête... » Les gestes sont doux mais distancés, non habités. Le bébé semble avide d'interaction et ne rencontre qu'un regard dans le vague de la part de sa mère, un regard inquiet et surmené de la part du père (qui s'occupe des trois enfants en plus de son travail).*

*Brigitte commence tout juste à sortir de sa dépression et à pouvoir s'occuper de sa petite fille lorsqu'un événement inattendu précipite l'amélioration de la relation : le bébé attrape une bronchiolite, elle est transférée en réanimation pédiatrique, dont elle sort très rapidement. Mais durant ces quelques jours, pendant lesquels elle a eu peur de perdre sa petite fille, la mère se montre extrêmement adaptée et compétente, lui révélant le profond attachement qui les lie.*

Par ailleurs, et nous avons déjà évoqué le sujet dans le cadre de la MAP, la prématurité du bébé est un facteur de risque de maltraitance dans tous les milieux, en particulier dans les couches socialement précaires : « Pour les auteurs d'orientation psychodynamique (Hagberg et Hagberg, 1984), les troubles, en dehors de lésions avérées, résultent essentiellement de distorsions primitives ou secondaires de la relation mère-enfant. » (Dayan, 1999b.)

Au facteur organique, s'ajoute en effet le comportement maternel plus intrusif ou, au contraire, passif et évitant (Lester *et al.*, 1985). L. Kreisler *et al.* (1974) décrivent dans cette population surtout des troubles de la seconde enfance.

## La violence conjugale

Il ne m'appartient pas de traiter ici des racines de ces violences si fréquentes, qu'elles soient dues à la psychopathologie de l'un ou des deux protagonistes, à la dépendance à des toxiques ou à l'alcool; bien souvent ce dysfonctionnement trouve sa source dans la rencontre, avec une congruence parfaite, de deux personnes, chacune engluée dans son histoire.

Dans l'immense majorité des cas, c'est la femme qui en est la victime. Les chiffres sont si importants (une femme sur trois dans le monde; une femme en France meurt tous les 2 jours et demi suite aux coups de son compagnon) que le gouvernement a fait de la violence faite aux femmes sa Grande Cause nationale 2010 (ce qui ne mange pas de pain). Si parfois elle ne débute qu'avec la grossesse, elle préexiste le plus souvent, et l'embryon/fœtus/bébé n'en est pas la cible. Par contre, même s'il n'est pas directement visé par les cris ou les coups de son père, cette violence dont il est témoin, *in utero* ou dans son berceau, est vécue dans la terreur par le tout-petit en incapacité d'y donner un sens.

Lorsque les femmes enceintes sont hospitalisées pour coups et blessures de la part de leur conjoint, elles ont parfois déjà porté plainte. Elles ont eu peur pour leur grossesse et ont voulu la mettre à l'abri. Après avoir été rassurées aux urgences sur la vitalité de l'enfant qu'elles portent, elles réfléchissent à la suite : que faire? Retourner? Si non, où aller?

La mise à distance efface bien souvent le côté inacceptable de la réalité, le futur père jure qu'il ne

recommencera plus. Le retour à domicile est alors très rapide, la plainte abandonnée. Dans les meilleurs des cas, une thérapie de couple a le temps de s'engager.

Quoi qu'il en soit, il me paraît important de dire que la violence conjugale n'est pas en soi un indicateur de placement de l'enfant ; ce qui compte c'est la psychopathologie et/ou l'addiction parentale qu'elle peut révéler qui, elles, peuvent profondément altérer la relation parents-bébé ; c'est aussi le peu de place qui peut rester à l'enfant quand le dysfonctionnement conjugal occupe toute l'attention des parents et qu'il ne reste à celui-ci que la terreur et la honte vécues dans une grande solitude. C'est ainsi que Jouriles *et al.* et Cummings *et al.* trouvent des enfants d'âge préscolaire avec des troubles de la conduite, perturbés et mal assurés.

## La grande précarité sociale, l'isolement

On assiste ces dernières années à un accroissement des familles pauvres et monoparentales ; entre 14 et 16 % des accouchements dans nos maternités surviennent chez des femmes en grande précarité. Celles qui sont « sans » : sans logement, sans ressources, sans assurances sociales, sans conjoint (ou alors il est lui-même en trop grande difficulté pour être un secours), parfois sans papiers, sans instruction voire analphabètes, sans travail. Elles présentent par contre souvent « en plus » un handicap mental ou une pathologie psychiatrique qui a renforcé leur isolement, car leur faible capacité à maintenir des liens sociaux ou même à entrer en relation avec l'autre finit par rompre les liens familiaux, amicaux, professionnels.

La précarité est un facteur d'insécurité et de stress, la dévalorisation sociale suite à la perte d'emploi, un facteur de discorde dans le couple (Dayan *et al.*, 1999).

Lorsqu'elles sont enceintes, ces femmes risquent bien plus l'accouchement prématuré (15 % dans cette catégorie sociale contre 3,5 % dans la population socialement favorisée). Le risque de retard de croissance *in utero* est également plus élevé, de même que toutes les pathologies périnatales. Il existe en effet une corrélation directe et régulièrement prouvée entre la précarité socio-économique

et culturelle, le mauvais suivi de grossesse et la prématurité et les pathologies périnatales avec leur cortège de risques de séquelles cognitives sensorielles et pulmonaires (Lejeune, 2007). On a vu dans le cadre de la MAP (*cf.* p. 79) que le bébé né prématuré, si décevant, si inquiétant, si culpabilisant, risquait la maltraitance d'autant plus que les parents étaient en situation de précarité car ils ont moins les moyens psychiques de faire face aux difficultés d'un enfant fragile qui annule l'espoir de « s'en sortir » grâce à lui ou au moins à travers lui.

Outre la pathologie obstétricale, ces situations d'exclusion s'accompagnent souvent, comme on l'a vu, d'une pathologie médicale et/ou psychiatrique. Le cumul des difficultés est en effet la règle par un effet boule de neige ; il est presque impossible de dire quel facteur a entraîné l'(les) autre(s) : la pathologie psychiatrique a provoqué un isolement familial, une perte du travail, donc une marginalisation sociale elle-même responsable d'une pathologie somatique due au manque de soins, d'hygiène, de suivi médical..., ou à l'inverse : c'est une pathologie médicale qui a interrompu le travail, a rendu le caractère amer ou acariâtre, rompant les liens affectifs, renforçant l'isolement et la dépression...

Pendant la grossesse, il convient de traiter la pathologie de quelque nature qu'elle soit, tout en apportant un soutien social et psychologique ; il est nécessaire, donc, que l'équipe ou le réseau soit pluridisciplinaire, de façon à proposer toute une palette de soins au sens large et à s'adapter ainsi au plus près des désirs, besoins et capacités de chaque patiente.

Lorsqu'on se penche sur ce qui a précédé les signes d'exclusion, on découvre très souvent des antécédents de maltraitance, de sévices sexuels, de persécution, ainsi que l'exposition précoce à des ruptures de lien, des abandons, des négligences graves ou des pertes brutales d'objet d'attachement. Lorsque ces jeunes femmes ont déjà eu des enfants, ils ont parfois été placés plus ou moins tôt après la naissance, pour négligence ou maltraitance de l'un des parents, les disqualifiant dans leur fonction parentale quand le placement n'a pas pu être travaillé. Enfin, on retrouve presque systématiquement dans leur histoire une forme de transmission transgénérationnelle d'un dysfonctionnement familial.

Ces signes d'exclusion, le plus souvent cumulés, donnent lieu à un fort sentiment de honte, source d'aliénation et d'incommunicabilité, de repli sur soi, de perte d'espoir dans l'avenir. Cette honte suscite donc une forme de répétition puisqu'elle devient à son tour facteur d'exclusion venant décupler tous les autres. Et nous, professionnels, participons à cette exclusion quand nous dénisons cette souffrance ou quand nous la banalisons, honteux que nous sommes nous-mêmes de notre impuissance « à les sortir de là », de cet engrenage ; avec souvent la crainte surajoutée de leur être assimilés. Il s'agit bien là, en effet, de maltraitance exercée sur les soignants par les pairs, les administratifs lorsqu'ils considèrent ces soignants comme moins performants techniquement au prétexte qu'ils consacrent leurs soins à des malades pauvres. Alors qu'il s'agit d'une médecine qui demande autant de qualification et dont l'exercice est d'autant plus difficile que les pathologies se cumulent. Je m'explique : il ne viendrait à personne l'idée de remettre en cause le savoir-faire exigeant des professionnels en réanimation cardiaque par exemple ; vous conviendrez qu'il en est tout autrement de ceux qui vont s'occuper de la patiente du « neuf/trois » qui vient d'accoucher d'un bébé prématuré, qui est seule dans la vie et présente une tuberculose résistante aux antibiotiques. Or, il s'agit d'une triple réanimation ! Celle de la mère, celle du bébé, celle de la relation, donc une prise en charge hypercomplexe aux articulations délicates : et tant que la société ne valorisera pas ce travail et continuera d'ignorer ces professionnels, la honte continuera de couler !

Les ruptures que nous constatons dans l'histoire de ces jeunes femmes, et souvent aussi dans la génération précédente, se jouent autant avec leurs parents, leur fratrie, les familles d'accueil, qu'avec les institutions ou encore leur conjoint, lui-même souvent maltraitant, dépendant ou malade psychiatrique, ou leurs enfants aînés. Ce sont ces ruptures, à la fois sociales et affectives, personnelles et transgénérationnelles, qui leur font craindre – et nous font craindre avec elles – des facteurs de risque pour le bébé (Blazy, 2003).

Ce sont tous ces facteurs de risque que l'on voudrait diminuer, si ce n'est supprimer, pour le bébé à venir et sa descendance. Ces femmes si vulnérables sont les premières à craindre que toutes ces carences affectives, éducatives, ces pathologies

qu'elles véhiculent ne nuisent à la santé physique et psychique de leur bébé, à leur capacité maternelle..., d'autant qu'on ne cesse de leur dire partout « Ne stressez pas, c'est mauvais pour votre enfant ! »

C'est pourquoi le repérage des facteurs de risque n'est intéressant que s'il s'accompagne d'un véritable programme d'aide et d'une réflexion collégiale éthique (cf. p. 13). Sinon, il ne fait que stigmatiser davantage, justifiant bien le mouvement de protestation « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans.<sup>81</sup> »

## Une violence parfois nécessaire et préventive : le placement précoce

---

La séparation d'une mère et de son bébé est parfois nécessaire, malgré la violence qu'elle sous-entend pour le bébé, les parents et les professionnels en périnatalité. Comme le dit C. Mignot (2003), la scène de la séparation va se jouer à trois : l'équipe, les parents, l'enfant, avec de fervents défenseurs des uns et de l'autre.

Quand y a-t-il indication de placement en périnatalité ?

### Du côté du bébé

On a vu plus haut les facteurs de risque de maltraitance. Lorsque ces risques sont cumulés, que les clignotants sont particulièrement alarmants, on se pose la question de rédiger une information préoccupante (ancien « signalement »). Mais les clignotants ne suffisent pas : l'observation précoce du bébé et de ses interactions avec sa mère est indispensable pour l'évaluation.

La séparation est indiquée lorsque les professionnels observent des échanges corporels trop inadaptés, des attitudes maternelles imprévisibles pour le bébé, des soins discontinus entraînant tour à tour une excitation violente et une brusque désorganisation chez le bébé, enfin des signes de souffrance précoce qui s'installent chez lui : troubles du tonus, du sommeil, de l'alimentation, évitement du regard,

81 [www.pasde0deconduite.org](http://www.pasde0deconduite.org)

signes précocissimes d'autisme... Il faut penser à préserver l'enfant d'une relation toxique avec sa mère, malgré l'empathie qu'on peut éprouver pour elle. J. Dayan (1999b) donne des chiffres qui prouvent que les tout petits enfants maltraités par leur mère ont des attachements désorganisés, souffrent d'anhédonie, de retrait affectif, d'une prédisposition à la colère et à l'agressivité lors des interactions et avec les autres enfants.

## Du côté de la mère

Dans mon expérience, il n'y a jamais de placement précoce d'un bébé de moins d'un an sans que la mère, adulte, ne souffre d'une pathologie psychiatrique chronique avec ou sans la comorbidité d'une addiction sévère. Mais les indications de placement ne se font pas en fonction de la pathologie, car les manifestations symptomatiques peuvent être très différentes pour un même diagnostic (Dagens-Lafont, 2009). Un bébé peut être plus en danger physiquement et psychologiquement avec une mère « état limite » qu'avec une mère schizophrène, par exemple. Le danger est à évaluer en fonction de l'entourage (père, grands-parents, fratrie...) et du fonctionnement de la mère avec son enfant.

La capacité de la mère à demander et accepter l'aide d'un tiers, des équipes en périnatalité, de suivre un traitement si besoin, de pouvoir s'identifier à son bébé tout en reconnaissant son altérité sont des éléments de bon pronostic. Leur absence est en faveur de la séparation.

Mais même si on considère que le placement est une chance pour l'enfant, comment ne pas être touché par la détresse de ces parents, adultes fragiles qui ont déjà une telle image dévalorisée d'eux-mêmes ? C'est là qu'on entend souvent, malgré le constat de la souffrance du bébé : « Il faut lui donner une chance comme parent ! » Nous devons garder à l'esprit que dans la séparation, la souffrance du parent découle souvent davantage de la perte d'un enfant imaginaire que de l'éloignement de l'enfant réel jamais investi pour ce qu'il est (Mignot, 2003).

## Du côté des soignants

Le placement d'un bébé est le plus souvent vécu douloureusement par une équipe en périnatalité et ressenti comme un échec. Les soignants (qui ne

sont pas soignants dans ce domaine par hasard) se sentent coupables de ne pas avoir su ou pu maintenir ce sacro-saint lien mère-enfant. Quand les intérêts des deux partenaires sont aussi opposés, certains vont s'identifier à la mère, d'autres au bébé, chacun en fonction de la façon dont cette histoire singulière résonne avec la leur. Ces projections se font avec une intensité égale à la violence qui est faite à ces soignants d'aller à l'encontre de l'intouchable amour maternel – celui qu'ils ont reçu, ou pas, celui qu'ils ont donné, ou pas – alors même que, le plus souvent, ils n'ont pas travaillé personnellement sur leur histoire, ou pire, qu'ils ont des comptes à régler avec elle (cf. p.306). « Les ressentis des soignants apparaissent là comme un véritable outil sémiologique qui nous renseigne sur la détresse de l'enfant. » (Lamour, 2011.)

C'est dire combien il est capital que la détresse des professionnels soit prise en compte et travaillée pour que le placement soit préparé par des équipes pluridisciplinaires qui osent la conflictualité, la remise en question, les groupes de paroles, la supervision, la confrontation avec le judiciaire... C'est en effet le seul moyen d'éviter, pour des sujets aussi graves, le passage à l'acte, le tout pouvoir, bref, la maltraitance institutionnelle (Blazy, 2007b).

## Préparer le placement

Comme le souligne M. David, pour que la séparation ne soit pas nocive et traumatique par elle-même, le lien mère-enfant doit être travaillé avant, pendant et après le placement, en évitant les ruptures. Paradoxalement, le lien doit être travaillé avant la séparation, car pour qu'il y ait séparation, il faut d'abord qu'il y ait lien (et non fusion); il faut aussi qu'il y ait lien pour que la séparation n'entraîne pas rupture (Debourg, 2003).

Préparer le placement, c'est aussi trouver le bon moment pour le faire. La séparation ne doit pas avoir lieu trop tôt, sinon la mère n'est pas prête; c'est un arrachement du lien qui sera difficile voire impossible à raccommode. Et une nouvelle grossesse n'est pas loin pour laquelle les mêmes écueils relationnels sont prévisibles avec beaucoup plus de méfiance de la part des parents envers les équipes. Il ne faut pas non plus que la séparation se fasse trop tard afin que les signes de

souffrance précoces du bébé ne soient pas encore « fixés ». On a en effet parfois du mal à ré-animer un bébé laissé trop longtemps en « *stand by* » dans l'attente d'une décision ou d'une recherche de place (Debourg *et al.*, 2003).

Pour finir, je cite C. Mignot qui a travaillé 18 ans comme pédiatre dans notre service : « Réaliser une séparation précoce ce n'est pas *éloigner* – c'est-à-dire mettre à distance –, ce n'est pas *séparer* – c'est-à-dire empêcher d'être ensemble –, mais *placer* dans le sens de *redonner une place* à chacun. On pourra alors parler de "*bientraitance*". »

## La prise en charge de ces grossesses à risque de maltraitance

L'entretien du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse devrait permettre, comme il en a l'ambition, de repérer précocement ces femmes en situation de grande vulnérabilité. La question qui se pose alors à celui qui mène l'entretien est : « Que faire ? » D'où l'importance d'un travail en réseau qui doit permettre, les facteurs de risque repérés, d'orienter ces femmes vers des structures adaptées à leur prise en charge, après présentation de la situation en staff périnatal.

Cette prise en charge ne doit pas se limiter à la grossesse, se terminer à l'accouchement. Il est capital d'assurer un suivi sans rupture entre le pré- et le postnatal; même si les professionnels sont amenés à changer du fait de leurs spécialités, la transmission doit se faire en péri-accouchement. L'accompagnement se poursuit dans la durée afin d'étayer au mieux l'instauration des premiers liens parents-enfant : lits de soins de suite périnataux, PMI, soins à domicile, hôpital de jour, travailleuses sociales, suivi psychologique mère-bébé (à domicile ou en institutions), maisons vertes, aide par téléphone comme *Allô parents-bébé*...

Le programme de prévention visant à limiter la grande vulnérabilité des parents donc la maltraitance au sens large en périnatalité – celle du fœtus, de la femme enceinte, du père, du bébé et des soignants – se doit d'être pluridisciplinaire, en précomme en postnatal. On ne peut rester seul dans des situations aussi lourdes. Les intervenants

– médecins, « psy », travailleurs sociaux, travailleuses familiales, sages-femmes, puéricultrices – sont multiples, tout comme les institutions – intersecteur de pédopsychiatrie, placement familial spécialisé ou thérapeutique, crèche ou pouponnière, ethnopsychiatrie... –, tous travaillant ensemble en dépassant les clivages habituels : somaticien/ « psy », normal/pathologique, pré/postnatal, médical/social, ASE/judiciaire, ville/hôpital, car tous ces clivages brisent la prévention (Blazy, 2010b). En effet, le lien entre les différents professionnels, les différentes institutions sera dans ces situations à risque le garant du lien parents-enfant : en remettant du sens, de la continuité, en s'adressant à la dyade, mais aussi à son entourage (conjoint, grands-parents, fratrie), en montrant à la mère que des liens solides peuvent se créer autour d'elle, grâce à elle.

Ce lien entre les divers professionnels, pour exigeant qu'il soit, tisse un « hamac psychique », soutien indispensable de ces parents et de ces bébés en difficulté qui tous, pendant ce temps fort qu'est la périnatalité, ont besoin d'avoir un ancrage sécurisant. Et on a la surprise et la gratification extrême de constater qu'une situation lourde de facteurs de vulnérabilité peut très rapidement, en quelques semaines, se positiver lorsque le contenant soignant est chaleureux et bienveillant. Il faut auparavant avoir renoncé à la toute-puissance du soignant, c'est-à-dire avoir fait le deuil de la possibilité d'éradiquer les « causes premières » (Robineau, Missonnier, 2004).

Les soignants en périnatalité ont donc un rôle déterminant à jouer dans :

- la détection des situations de vulnérabilité « tout-venant » ;
- l'évaluation pluridisciplinaire de ces difficultés ;
- les soins à apporter sur les plans médical, psychologique et social, à la fois à la mère, au fœtus/ bébé, à la relation parents-bébé.

Ces mères en grande difficulté ont toutes besoin d'un étayage différent selon leur fragilité propre. Il s'agit d'un travail de précision, du « sur mesure ». C'est souvent en soutenant les parents qu'on préserve l'enfant à venir qui requerra, lui aussi, des soins spécifiques et adaptés.

Enfin, si l'aide veut être efficace, il faut que les institutions s'adaptent à ces familles en souffrance et non l'inverse.

O. Tagawa

## 11.1. Les prémisses de l'accompagnement : l'entretien prénatal précoce

Le plan périnatalité 2005–2007 a instauré l'entretien individuel du 4<sup>e</sup> mois, dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge psychosociale.

### **Plan périnatalité 2005–2007**

«Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4<sup>e</sup> mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés... Il doit être l'occasion d'évoquer les questions peu ou mal abordées. (...) Il sera réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent.»

La réalité de la pratique conduit les sages-femmes impliquées dans cette démarche à organiser cet entretien dans des temporalités très variables, parfois même en fin de grossesse quand il n'a pas pu en être autrement. C'est pourquoi je retiendrai ici le terme auquel la majorité d'entre elles se réfèrent : *entretien prénatal précoce* (EPP) et non *entretien du quatrième mois*, terme trop restrictif.

F. Molénat précise, dans la circulaire du ministère de la Santé relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, que le bon exercice de l'entretien suppose un professionnel qui a suivi les formations adéquates (connaissance des acteurs en périnatalité, du travail en réseau, de la conduite de l'entretien) et qui est soutenu par une reprise régulière avec un psychologue/psychiatre pour les situations difficiles (Molénat, 2005).

Le propos est ici de mettre en évidence les problématiques de l'entretien. Je proposerai ensuite un point de vue et des repères susceptibles de soutenir sa pratique ainsi que sa structuration dans les trois moments clés : écoute, synthèse, transmission.

### **Des interprétations contrastées : problématiques de l'entretien prénatal précoce**

À lire les différents textes de référence, du plan périnatalité aux circulaires du ministère de la Santé en passant par les recommandations de la Haute Autorité de santé (2005), les plaquettes de présentation aux parents dans les maternités, centres de PMI, réseaux périnatals..., nous constatons une fluctuation des objectifs de l'EPP. Il peut s'agir de(s) :

- un temps d'écoute ou un catalogue de conseils et d'informations ;
- une élaboration avec les parents d'un projet de suivi et d'accompagnement ou l'inscription des parents dans une prise en charge préformatée et standardisée ;

- une inscription dans une démarche de prévention psychique précoce attentive à la subjectivité du sujet ou un dépistage opératoire à partir de risques présumés;
- prémisses d'un accompagnement ou d'un entretien isolé qui ne s'inscrit ni dans une continuité de soin ni en lien avec l'ensemble du suivi périnatal.

Or, les objectifs de l'EPP sont bien précis : ils sont explicités dans le texte de la convention nationale des sages-femmes du 10 décembre 2007 destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance-maladie.

### **Convention nationale des sages-femmes du 10 décembre 2007**

«La préparation à l'accouchement est une démarche structurée de prévention, d'éducation de la famille et d'orientation de la femme enceinte et du couple qui s'organise en plusieurs temps. (...) Les partenaires conventionnels reconnaissent toute l'importance de la première séance de préparation à l'accouchement (EPP). Celle-ci permet de structurer l'ensemble de la préparation. Elle doit être obligatoirement individuelle (ou en couple) et permettre notamment de détecter les situations de vulnérabilité de façon précoce et d'orienter au mieux les patientes vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement adéquats.»  
*(Journal officiel, 19 décembre 2007.)*

Ces recommandations éclairent la pratique de l'EPP quel que soit le cadre d'exercice : en hôpital, clinique, centre de PMI ou cabinet libéral.

Par ailleurs D. Capgras-Barberon, sage-femme formatrice, apporte une précision cruciale quand à la conception et à l'éthique de l'entretien. Lors d'une formation à l'EPP (Marseille, 2007), elle indiquait : «L'EPP doit s'attacher à repérer les points d'accroche, de solidité, les ressources, les potentialités : il ne doit pas se contenter de repérer les problèmes, les vulnérabilités.»

Il s'agit en effet de co-construire avec les parents un projet de suivi de grossesse et de naissance ainsi que l'a énoncé le rapport Puech, Bréart, Rozé (2003), rapport à l'origine du plan périnatalité 2005–2007.

Si les références théoriques sont claires, les réunions de travail entre sages-femmes autour de leurs expériences de l'entretien, mettent en évidence des difficultés fréquentes dans leur pratique :

- *j'ai du mal à conclure l'entretien, le synthétiser...*
- *j'ai du mal à voir ce qu'il est nécessaire de transmettre et comment...*
- *je ne sais pas quoi faire de tout ce qu'a déversé la femme...*
- *je suis gênée par le silence d'une femme qui ne dit pratiquement rien et donc je retombe dans un monologue en donnant tout une suite de recommandations ou d'informations...*
- *j'ai peur en posant certaines questions d'être intrusive ou de prendre une place qui n'est pas la mienne, de faire la psy...*

Le cadre et les objectifs doivent rester présents à nos esprits si l'on veut respecter le principe de l'EPP. L'entretien n'est pas un entretien psychothérapeutique, même s'il peut avoir des vertus psychothérapeutiques, ni une consultation médicale même si les compétences médicales de la sage-femme sont en jeu. Enfin, il ne se limite pas à une inscription à des séances de préparation. À l'issue de sa rencontre avec la femme enceinte, la professionnelle doit pouvoir répondre à la question suivante : *quel est le suivi, l'accompagnement pré- et postnatal, la préparation, appropriés pour cette femme, dans cette situation?* Cela passe par trois préalables : pouvoir structurer l'écoute, pouvoir synthétiser l'entretien, pouvoir discerner les transmissions souhaitables et utiles.

## **Structurer l'écoute dans l'entretien prénatal précoce**

Les études de la sage-femme lui donnent les outils théoriques et cliniques pour différencier les grossesses à bas risque et les grossesses à haut risque du point de vue médical.

Quels éléments lui permettent de penser les besoins de soutien de la femme? Cette situation nécessite-t-elle l'aide d'un psychologue? Le soutien d'une TISF ou d'une puéricultrice lors du retour à la maison? Une préparation individuelle ou en groupe? Une collaboration pluridisciplinaire? Pour une professionnelle de formation

médicale, il y a une conversion à négocier, car l'esprit ici à l'œuvre n'est plus celui de la séméiologie classique (à la recherche d'une symptomatologie témoin d'une pathologie) ou de la prévention prédictive (repérer des risques présumés et non constatés). L'idée est plutôt celle d'une capacité à se promener dans le paysage propre de la rencontre avec les parents en percevant ce qui relève d'un cheminement parental maturatif et ce qui doit nous mettre en vigilance et susciter l'intervention de *l'autre professionnel*.

Dans chaque nouvelle rencontre, la sage-femme se retrouve devant un nouveau paysage, inconnu, dense en points de vue, en informations, riche en émotions. Elle va vivre une heure aux côtés d'une femme, d'un couple et durant cette heure elle doit se décaler d'une position de maîtrise médicale, d'un savoir normatif et objectif. Pour autant, elle doit offrir un cadre contenant.

Déjà, au cours de l'accompagnement de l'accouchement ou de l'allaitement, la sage-femme a appris peu à peu à se départir d'une position de maîtrise, *faire pour la femme*, pour découvrir une autre posture, celle de *faire avec cette femme*. Ceci est explicite dans la désignation anglaise de la sage-femme : *midwife*, celle qui est avec la femme.

Les anciens accoucheurs nommaient l'attitude d'expectative vigilante « *l'attitude de l'empereur manchot* ». C'est de cet empire de soi, que parle l'attitude de passivation (se mettre activement en situation de passivité) dont A. Carel (2009–2010) dit qu'elle nous permet de devenir attentif et réceptif à l'autre, à ce qui se passe dans la rencontre : « Il s'agit d'activer en soi le *système de l'empathie*, système perceptif spécialisé qui traite de façon pluri-modale les informations issues du comportement d'autrui, de se mettre en résonance avec le cerveau de l'autre. » Cette nécessité de la posture du professionnel n'a rien d'évident. A. Carel (2009–2010) précise : « L'attitude du professionnel passant de l'action à l'observation demande une intense activité interne. ». Résister à la tentation d'agir, de donner des conseils, de se précipiter à rassurer, de remplir le silence : ce n'est pas rien comme « exercice interne ». Pourtant ce n'est qu'à cette condition que peut s'activer en nous un autre possible dans la relation : l'attention à l'autre. Pour accueillir, il faut du creux et non du plein. C'est en développant cette capacité que la sage-femme devient apte à soutenir la femme dans son processus d'adapta-

tion. Elle a pu éprouver auprès d'elle la force de la formule de B. Golse : « L'attention est un grand soin psychique majeur. »

Il s'agit dans l'EPP de mettre en œuvre précisément ces qualités. Mais, comme pour l'accouchement ou pour l'allaitement, nous avons besoin d'une boussole et d'une grille de lecture pour structurer notre promenade/découverte, pour penser et organiser notre observation.

Je propose ici trois éléments à observer<sup>82</sup> :

- le cheminement maternel sur les quatre axes de la naissance ;
- le style du discours maternel ;
- les émotions de la sage-femme : sa subjectivité.

## Les quatre axes du cheminement maternel

L'écoute des femmes au cours de la grossesse suscite une foule de questionnements qui, au-delà de la singularité de leurs expressions, peuvent s'inscrire dans un espace à quatre dimensions défini par quatre axes : *sécurité, matrice de soutien, lien à l'enfant porté, devenir mère*.

Ces quatre axes, qui sont développés plus bas, rendent compte des préoccupations de la femme enceinte telles que R. Rubin (1984) les a théorisées au travers du concept des « tâches maternelles ».

R. Rubin, enseignante et chercheuse américaine en soins périnataux, s'est intéressée à ce qui structure l'acquisition de l'identité maternelle au fil de la période périnatale. Sa théorie s'appuie sur les résultats d'une enquête menée au cours de vingt années par les services de santé périnataux nord-américains et sur quelque 6000 interviews. Ils ont démontré que l'attente d'un enfant n'est pas une attente passive mais un processus interne conscient et inconscient profondément actif. La femme enceinte, dès le 4<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'aux premiers mois de vie du bébé, s'engage dans un cheminement au travers de ce que Rubin appelle les *tâches maternelles* :

82 Il est fait référence à deux outils théoriques évoqués par ailleurs dans ce manuel : les concepts d'anticipation et de narrativité. Ils sont traités ici à partir de notre identité de sage-femme et des quatre axes qui structurent notre pratique.

- assurer une traversée en sécurité, pour elle et son enfant, de la grossesse, de la naissance et des premiers mois;
- élaborer une « matrice de soutien », enveloppe sociale adaptée parmi les proches et les professionnels;
- élaborer le lien d'attachement avec l'enfant porté;
- explorer la complexité du devenir mère.

En fonction de la dynamique conjugale, ces tâches maternelles sont différemment partagées dans le couple. Ce qui suit sous-entend donc que l'on s'intéresse ici à la femme mais aussi à l'homme futur père, au couple parental, à la dynamique conjugale.

### Observer ce qui sécurise et/ou insécurise la femme enceinte : l'axe sécurité

Chaque société invente ses rites pour conjurer la menace, le risque ressenti devant l'inconnu de la naissance, la fragilité de la vie à ses débuts. Prescriptions et interdits, invocation de divinités ou du savoir technoscientifique, danses ou immobilisations rythment la gestation.

La femme enceinte cherche à identifier et à favoriser ce qui l'aide à renforcer son sentiment de sécurité pour elle et le bébé. Sous ce thème nous rencontrons les multiples préoccupations parentales qui vont de la question du comment vivre la grossesse (*peut-on continuer à avoir des relations sexuelles?*), de son hygiène (*c'est vraiment grave si je fume encore cinq cigarettes par jour?*), à des questions concernant les risques pour l'enfant (*je suis stressée car je dois refaire une échographie..., il est trop petit...*), des questions concernant l'accouchement (*je ne sais pas respirer, ça me fait peur pour l'accouchement...*) ou encore la vie avec l'enfant (*je voudrais l'allaiter mais je ne sais pas si je saurai reconnaître s'il a faim...*).

Ces questions doivent être entendues comme un signe de préoccupation envers l'enfant, son bien-être, et donc un signe de cheminement dans le sentiment de responsabilité parentale. Elles nous indiquent par ailleurs, derrière leur contenu explicite, quels sont les besoins de soutien des parents : il est souvent sage de différer les réponses directes aux questions mais aussi essentiel de proposer aux parents un espace où les aborder tranquillement.

L'attention de la sage-femme se porte bien entendu sur l'état de santé de la mère et de l'enfant, mais avant tout sur l'expérience subjective : vécu sensoriel et émotionnel de la femme, fantasmes ou représentations qui surgissent au cours de la grossesse. Nous sortons là de l'objectivité d'un dossier médical pour aller à l'écoute de ce que la femme dit de son éprouvé, de son plaisir, de son malaise, de ses envies et de ses peurs. Une femme peut présenter une grossesse parfaite de notre point de vue obstétrical et pourtant vivre ce temps comme inconfortable, menaçant, voire persécuteur, pour elle ou pour le bébé. Nous pensons à ces femmes constamment dans la plainte d'une douleur ou d'un malaise auxquelles la médecine ne peut que répondre « ce n'est rien ». Pourtant nous savons bien dans notre accompagnement que ce n'est pas rien, qu'il y a quelque chose à entendre, quelque chose à prendre en compte. Le besoin de sécurité, de bien-être, peut aussi être mis à mal par des fantasmes concernant le ressenti du bébé : « *j'ai mal donc il a mal...* », « *il n'a pas de place... Il est écrasé...* » ou des représentations menaçantes de l'accouchement : « *être déchirée...* », « *éclater...* », « *devenir folle de douleur...* ».

Le cheminement de grossesse peut être embouteillé sur cet axe, ne laissant plus aucune disponibilité psychique pour cheminer sur les autres axes. Ce peut être dû à une pathologie avérée ou suspectée, ce peut être dû à un *agrippement* au médical, témoin d'une angoisse sous-jacente. Il s'agit alors d'évaluer la nécessité d'un soutien psychique avec les parents.

Il est intéressant d'apprécier comment est vécu le suivi médical. Pour des femmes, la prise en charge médicale est rassurante, source d'apaisement, pour d'autres, l'hypermédicalisation est source de malaise, d'anxiété ou de désarroi. Il est ainsi important d'aider le couple à identifier qui et quoi les sécurisent. Face à une situation inconnue, le sentiment de sécurité d'un individu peut se penser sous deux aspects : le sentiment de sécurité externe (*ce qui, à l'extérieur de moi, autour de moi, me sécurise*) et un sentiment de sécurité interne (*ce qui en moi me donne un sentiment de confiance*). Le suivi médical offre, dans nos sociétés, une excellence jamais encore égalée de sécurité externe pour la femme. Pour autant, il serait illusoire de penser que cela suffit à clore la question du sentiment de sécurité. Précisément : plus l'insécurité

interne est grande plus le besoin de sécurisation externe est important. Inversement, plus grande est la sécurité interne moins est important le besoin de se soutenir d'une sécurité externe.

Le système professionnel de soutien de la mère est sécurisant s'il est cohérent, fiable, assuré dans la continuité.

Le sentiment de sécurité interne de la femme est favorisé par tout ce qui lui apporte du sens et de la cohérence dans ses éprouvés ainsi que des ressources, réellement mobilisables par la mère, pour mieux s'adapter aux processus de la naissance.

### Observer le rôle et la fonction de l'environnement maternel : la matrice de soutien

Nous empruntons le terme *matrice de soutien* à D. Stern et à son concept de *constellation maternelle*. Il met en évidence « la nécessité pour la mère de créer, accepter et réguler un réseau de soutien protecteur et bienveillant qui lui permette d'accomplir pleinement ses tâches... La mère a besoin de se sentir entourée et soutenue, accompagnée, valorisée, appréciée, instruite, aidée à des degrés divers » (Stern, 1995).

La matrice de soutien est potentiellement constituée de toute personne significative pour la femme : bien entendu son partenaire, sa famille, mais également les amis, collègues de travail, des voisins ou des membres d'une association, sa communauté d'origine, les professionnels du périnatal qui l'entourent.

L'écoute de la femme enceinte rapporte de multiples éléments de cette thématique :

- *mon compagnon m'aide énormément, c'est une bonne surprise... Lui qui ne voulait pas d'enfant...*
- *ma mère n'a pas même eu un sourire quand je lui ai annoncé ma grossesse, ça ne m'étonne pas, je savais que je ne pouvais pas compter sur elle, heureusement que je peux en parler avec mon psy...*
- *on est les premiers dans notre groupe d'amis à avoir un enfant et les copains ne comprennent pas que l'on ne fasse plus la fête comme avant... On se sent un peu seuls...*
- *les premières semaines les copines préparaient les repas pour moi, comme ça j'avais vraiment le temps de rencontrer le bébé...*

- *ça m'a fait du bien quand la puéricultrice m'a félicitée pour mon organisation...*

Il faut insister sur le fait que, sans un système de soutien fonctionnel, la constitution du lien précoce avec l'enfant tend à être sans épaisseur, ténue et fragile, les comportements maternels incertains, fluctuants, et soumis à maints désordres par dilution ou relativisme. Il y a une relation directe entre la force et la qualité des liens intrafamiliaux et sociaux d'une femme et la force et la qualité de l'établissement des liens qu'elle développe avec son enfant (Rubin, 1984).

Le soutien de la part de personnes significatives n'est pas tant une question de dépendance que la condition nécessaire pour pouvoir *donner de soi* « dans l'étendue requise par la maternité » (Rubin, 1984). Il s'agit d'un *portage groupal*. Le système de soins et de soutien périnatal est aujourd'hui l'un des éléments majeur de la matrice de soutien, parfois l'élément prépondérant. Il est frappant par exemple de constater combien souvent les paroles maternelles ou grand-maternelles sont invalidées et l'avis médical investi puissamment. Ce système professionnel, pluridisciplinaire, doit prendre en compte et s'appuyer sur les ressources propres de la femme et donc s'articuler avec sa matrice de soutien personnelle.

Le temps de préparation à la naissance doit permettre à la femme, au couple d'éprouver la sécurité et le soutien que procurent une écoute bienveillante, contenante et attentive.

Au travers des échanges dans le groupe – *quoi, qui vous fait du bien pendant la grossesse, vous rasure, vous aide?* –, la construction de la matrice de soutien de la femme s'élabore, accueillant celui-ci, esquivant celui-là, favorisant la présence d'un tel, délimitant l'intervention de tel autre.

La pratique de l'accompagnement nous enseigne aussi combien il est précieux pour une femme enceinte de trouver un lieu où elle peut en toute sécurité émotionnelle exprimer ses doutes (*serai-je une bonne mère?*) mais aussi ses ambivalences (*je suis très heureuse d'être enceinte mais parfois j'en ai marre d'être la seule à porter ce bébé, cela me donne un sentiment de responsabilité angoissant...*).

La sage-femme qui accompagne la grossesse doit se considérer comme un pivot (Bréart, Puech, Roze, 2003), un lien articulant les différents

intervenants. Elle peut être pour les parents une personne ressource, un point d'appui, de sécurité ; elle doit aussi prendre acte des situations où son accompagnement ne suffit pas à apaiser, à sécuriser et doit envisager alors avec la femme un réajustement de la matrice de soutien : d'autres ressources professionnelles peuvent s'avérer plus pertinentes. La connaissance précise du réseau périnatal local est donc nécessaire mais aussi celle des compétences et qualifications de chacun : comment travailler avec tel pédiatre ou telle TISF<sup>82</sup> ? L'interdisciplinarité n'est pas un assemblage formel mais une création originale propre à chaque situation<sup>83</sup>.

## Observer l'élaboration du lien avec l'enfant porté : l'axe du lien à l'enfant

- *Depuis qu'il bouge, je trouve ça magique...*
- *Mon compagnon lui chante des berceuses de son pays...*
- *Je vois bien que le soir il bouge plus tranquillement... Ça doit être parce que je me repose, dans la journée je speede trop...*
- *Durant ma première grossesse, je courais à droite et à gauche, je ne percevais pas toute la subtilité des mouvements du bébé, ses glissements, ses*

83 Le recours aux associations d'aide à domicile se font directement ou par l'intermédiaire des assistantes sociales de PMI et/ou de la CAF, selon les dispositifs locaux. Ces associations emploient deux types de professionnels :

– auxiliaire de vie sociale (AVS) : elle aide aux tâches ménagères, administratives..., mais elle ne peut s'occuper d'un enfant ;

– technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF) : elle est une aide à domicile qui peut aussi assurer la garde, les soins ou les accompagnements de l'enfant.

Le type d'intervention, et donc de professionnelle, est choisi en fonction de la situation et des besoins de la famille. Exemple : lors de la grossesse d'une primipare isolée, présentant une menace d'accouchement prématuré, la future mère peut bénéficier de l'aide d'une AVS. Après la naissance de son enfant, une TISF est plus indiquée car elle pourra alors parfois la soulager des soins au bébé... Une TISF peut, dans une famille avec une fratrie, assurer par exemple les accompagnements des enfants à l'école, ou dans un CAMSP, ce que ne pourra pas faire une AVS.

*réponses... Pour moi à l'époque, c'était que des coups, de la gêne...*

- *Je m'en veux d'être triste comme ça... J'ai peur que le bébé soit triste lui aussi...*

L'entretien doit permettre d'observer comment chaque femme, chaque couple investit, au cours de la gestation, les interactions sensorielles avec le bébé, par la parole, le dialogue interne, le dialogue tonique, le toucher. Les parents ont besoin de validation ou d'initiation pour cheminer sur ce thème : « L'expérience mutuelle, gratifiante, de nourrir/manger, donner/recevoir, est un échange réciproque, un lien dans la relation entre deux personnes. Durant la grossesse, une femme nourrit son bébé, et de là recherche les signes, ou les preuves, que ce qu'elle a donné a été bien reçu : elle veut sentir l'excellence de ce qu'elle donne pour son enfant. » (Rubin, 1984.) L'apport de l'haptonomie, du toucher affectif, des expériences corporelles proposées par la sage-femme dans la préparation, les images échographiques, renouvellent aujourd'hui les rites traditionnels qui prescrivaient les modalités des échanges avec le bébé. Ils peuvent conforter la mère sur la qualité de ce qu'elle donne au bébé. Pour autant, il ne nous faut pas négliger les pratiques spontanées et quotidiennes qu'inventent avec simplicité la plupart des parents (parler au bébé, le caresser...) : le plus souvent, nous avons plutôt à les confirmer sur le fait que c'est dans la banalité de ces menues attentions que réside la construction du lien prénatal et non dans l'exercice de quelques techniques qu'ils auraient à maîtriser.

Au cours de la préparation à la naissance, diverses propositions de la sage-femme peuvent soutenir la construction du lien *in utero*. Ce peut être l'échange avec le couple ou un groupe de femmes sur les perceptions sensorielles du bébé, sa vie intra-utérine, ses différents mouvements, les interactions possibles. Nous verrons plus loin comment la présence vivante du bébé peut être soulignée lors de l'accompagnement.

## Observer les anticipations maternelles : l'axe du devenir mère

- *Pourrai-je continuer mon boulot qui me passionne ?*
- *On préfère le faire garder par ma belle-mère la première année, puis il ira en crèche, ce sera mieux, alors, qu'il soit en collectivité.*

- *J'ai peur d'être fusionnelle comme ma mère l'a été avec moi.*
- *Est-ce que nous aurons encore une vie de couple quand le bébé sera là ?*
- *J'ai peur de ne pas savoir bien m'en occuper, je n'ai jamais vu de nouveau-né...*

Au-delà des questions (qui n'attendent pas de réponse immédiate et de conseils formels), il est ici question d'observer le cheminement de la femme, du couple vers l'au-delà de la grossesse : l'accueil d'un enfant, la constitution d'une nouvelle famille. Questions, interrogations, doutes témoignent d'une capacité d'anticipation et de réflexivité; s'y expriment, en germe, la sollicitude, le sens des responsabilités des parents envers l'enfant à venir ainsi que la perception des bouleversements futurs. À l'inverse, nous constatons parfois une totale absence d'anticipation : « *on verra bien... C'est naturel... Je n'ai pas d'angoisse, je saurai bien me débrouiller...* » ou bien : « *pas envie d'y penser pour l'instant...* ». Les mouvements défensifs sont alors plus ou moins marqués, se manifestant par un recul dans le dialogue et parfois même une manifestation d'agressivité. Cela témoigne de difficultés plus ou moins massives sur les autres axes du cheminement et doit être entendu par la sage-femme comme un signe de détresse, un besoin d'aide psychique. Là encore, le projet d'accompagnement se pense non dans l'espace clos de son exercice professionnel mais dans celui ouvert du réseau périnatal. Cela nécessite, outre la connaissance des différents acteurs et institutions dans leur fonction, une découverte progressive des qualifications de chacun. Il est particulièrement important pour les sages-femmes d'être en lien avec les psychologues de maternité, d'être au fait des liens de soutien à la parentalité afin de pouvoir échanger sur les situations inquiétantes.

L'EPP permet de penser avec les parents le projet d'accompagnement adapté à leurs besoins. Si, pour les professionnels, il importe de porter un projet, *pour les parents, la naissance ne relève pas d'un projet mais d'un trajet* : leur cheminement sur les quatre axes de la naissance.

## Intérêt méthodologique des quatre axes

Les quatre axes présentés ici constituent un outil directement mobilisable par les sages-femmes ou les médecins qui souhaitent pratiquer l'entretien.

Cet outil permet de baliser l'entretien et de ne pas nous égarer dans l'intrusion d'une intimité psychique ni dans l'inconsistance d'une écoute passive, au risque de majorer l'angoisse dans le cas d'un cheminement maternel entravé. Il permet de structurer l'écoute de façon cohérente, de sortir du clivage médical, social, psychologique pour aborder la globalité de la personne et sa subjectivité.

Il permet de sortir d'une focalisation excessive : le témoignage des sages-femmes montre combien il est facile de porter toute son attention sur les difficultés sociales ou médicales d'une femme.

*B., sage-femme territoriale, expose en formation un entretien avec une mère en situation d'extrême précarité... La discussion qui a suivi cette reprise de cas a mis en évidence deux choses. L'entretien s'est centré exclusivement sur les aides sociales, sur l'organisation matérielle. Or, ces préoccupations, au demeurant essentielles, étaient déjà prises en charge par l'assistante sociale de la PMI. Il n'a pas du tout été question de ce qui peut être une ressource, un dynamisme ou à l'inverse une difficulté supplémentaire : comment cette maman vit la présence du bébé en elle ? quels sont ses espoirs et craintes pour cet enfant ? qu'est-ce qui pourrait lui donner confiance ?*

Ces axes entretiennent entre eux un rapport vivant, organique, complémentaire. C'est un système à quatre dimensions. De fait, nous allons partager un temps du cheminement maternel avec pour objectif d'observer comment cela circule sur les quatre axes, observer si une voie est obstruée ou embouteillée, observer la qualité d'anticipation parentale. C'est la dynamique du cheminement qui est de bon aloi et non l'évaluation d'une illusoire (et dangereuse) absence de questions : capacité d'anticipations, préoccupation, intérêt manifeste sur les différents thèmes.

Ainsi, au-delà du contenu explicite du récit, de l'énoncé (faits relatés, antécédents, situation médicale, psychologique ou sociale), c'est dans l'énonciation (ce qui est dit au travers du langage corporel, ce qui est perçu par l'auditeur au-delà des mots énoncés) que peuvent être perçues la qualité et la dynamique du cheminement maternel. « C'est

en prenant en compte la dimension de l'énonciation qu'[est reconnu] la place du sujet... Par énonciation, il s'agit bien d'évoquer ce sujet divisé (...) entre les mots et les choses, entre corps et langage, entre savoir et vérité. » (Lebrun, 1997)<sup>84</sup>.

Nous retrouvons là l'importance du concept de narrativité développé par S. Missonnier à partir des travaux du philosophe P. Ricoeur (Missonnier, 2009f).

Je propose ici de voir comment la sage-femme peut se saisir de ces concepts lors de la pratique de l'entretien.

## La narrativité et le style du discours maternel

Lors de l'EPP, la femme, le couple, nous racontent une histoire et nous avons à observer, ressentir le style narratif de ces récits. L'histoire peut être simple, mais inquiétante dans le style du récit, ou lourde d'épreuves, mais rassurante par son style narratif.

La sage-femme peut être rassurée par un *discours secure autonome* à partir de critères de quantité et de qualité :

- quantité : ni trop (critère de sobriété : on peut suivre le fil du discours), ni pas assez (un discours pauvre, rien ne suscite de relance) ;
- qualité : clarté, cohérence, attitude réflexive, nuances et ambivalences. Le récit est impliqué, expressif, les émotions au cours de l'échange sont présentes sans être envahissantes.

En revanche, elle peut être alertée par un *discours insecure* qui témoigne d'une angoisse non élaborée :

- il peut être marqué par une absence d'implication émotionnelle : psychologisant, explicatif ou saturé de questions d'ordre informatif, technique ou médical. Inversement, il peut être pauvre, marqué par l'absence d'intérêt, de curiosité, de plaisir à l'échange ou d'attrait vers les propositions d'aide ou de soutien ;
- ce peut être un discours idéalisant, manquant de nuances et d'expression d'ambivalence : le doute est absent (*on verra bien, tout ça c'est naturel...*), les responsabilités sont toujours extérieures au sujet : agrippement au savoir technoscientifique

ou inversement méfiance généralisée envers les institutions, en particulier médicales ;

- la réflexivité est absente, les propos sont convenus, consensuels, le sujet ne fait pas appel à son discernement propre, à son bon sens (*on m'a dit de faire ainsi...*) ;
- enfin, il peut s'agir d'un discours incohérent, sans fonction régulatrice, les contradictions ne sont pas repérées. Des souvenirs très crus peuvent revenir, sur lesquels on veillera à ne pas être intrusif. L'écoute doit être marquée du sceau de la disponibilité mais aussi de la contenance. L'effet angoissant, désorganisant sur le professionnel constitue en soi un signal massif d'alerte.

Le plaisir ou la souffrance engendrés par le récit sont perceptibles chez le récepteur : la prise en compte de la narrativité passe par l'écoute des mouvements émotionnels de la sage-femme.

## La subjectivité de la sage-femme

La sage-femme doit aussi observer ses émotions au cours de l'entretien : calme ou agitation, plaisir ou déplaisir, confiance ou inquiétude, curiosité ou ennui, être nourrie ou être vidée... Elle s'intéressera à l'histoire de la rencontre, avec son introduction (dans la salle d'attente, le début de l'entretien...), son développement (la qualité du dialogue, des échanges, des regards, du rythme...), sa conclusion (comment on se quitte...).

Elle sera attentive à sa posture interne au cours de la rencontre : attentive, à l'écoute, en interaction, partageant avec la femme et l'homme les initiatives de relance de l'échange ou à l'inverse poussée à remplir le silence par un flot de conseils, poussée à de permanents passages à l'acte qui répondent aux questions dans l'immédiateté. Sa capacité à penser, son discernement (*est-on là dans les objectifs de l'entretien, est-ce le bon moment pour répondre à cette question, est-ce utile?*) peuvent être stimulés ou bien arrêtés, voire débordés. Son rythme interne est posé ou bien déséquilibré par un sentiment de précipitation. La sage-femme doit prendre en compte les affects négatifs, les garder en mémoire comme d'éventuels clignotants et au besoin se faire aider par un travail de reprise. C'est ce que j'ai défini, dans le chapitre 3, par la notion de *signes d'appel psychiques*.

84 J.P. Lebrun, 1997, p. 213.

## Élaborer avec les parents un projet de suivi et d'accompagnement : synthèse de l'entretien prénatal précoce

Les préoccupations de la femme, du couple, sur les thèmes reliés aux quatre axes, témoignent d'un cheminement maturatif et « chaque femme prend en charge ces questions en relation avec sa situation présente et avec les ressources qui lui sont disponibles. Ainsi il y a à chaque fois une marque tout à fait personnelle de la façon dont s'agence le comportement maternel par rapport à ces thèmes » (Rubin, 1984).

La sage-femme recueille tout au cours de l'entretien, un ensemble, parfois un flot, d'informations verbales et non verbales. Cet amas, au départ protéiforme, doit pouvoir s'organiser en une synthèse qui s'établit à la fois dans l'intime du ressenti de la professionnelle et dans l'échange avec les parents. Cet échange est indispensable pour valider ses impressions subjectives et pour élaborer avec les parents le projet périnatal : de quel soutien professionnel ces parents ont-ils besoin ? Cela se pense à partir des points d'appui identifiés et des difficultés repérées dans leur cheminement vers la naissance. De même que les quatre axes ont informé l'écoute, ils soutiennent la synthèse.

Le dispositif nécessaire peut être minimal (projet de type I, cf. chapitre 3) comme dans la situation suivante.

Je revois *Anne* à l'occasion de sa troisième grossesse. Elle m'a demandé d'effectuer le suivi médical prénatal. Nous avons programmé lors de la visite de déclaration de grossesse un entretien prénatal pour le début du cinquième mois. Il est en effet important de bien différencier dans le temps suivi médical et entretien, la posture et la démarche du praticien n'étant pas du tout la même dans chacune des situations comme nous l'avons vu précédemment.

Lors de l'EPP, il ressort qu'elle ne ressent pas le besoin cette fois de suivre un programme complet de séances de préparation. Elle a commencé des séances de yoga dans un centre social qui l'aide bien à prendre du temps « pour ce bébé-là ». La teneur et le style de l'entretien me permettent

de valider ce choix. Nous nous accordons pour planifier uniquement une séance de préparation pour elle et son compagnon en début de neuvième mois, et un rendez-vous vers le quarantième jour postnatal.

Nous avons vu au chapitre 3 que parfois, en présence de facteurs de risque ou de signes d'appel psychiques le projet de suivi ne peut se construire que progressivement, dans la continuité et la progressivité d'un suivi (type II). Enfin pour d'autres cas, l'EPP met en évidence la nécessité de mobiliser une collaboration pluridisciplinaire et de mettre en œuvre un accompagnement de grande proximité.

### Un projet de type III...

*Jessica* est suivie à domicile par une sage-femme pour menace d'accouchement prématuré. Aucun EPP n'ayant été effectué auparavant, la sage-femme le lui propose. Elle perçoit alors une absence totale d'anticipation et de cheminement chez cette jeune femme isolée familialement et très insécurisée par sa relation conjugale. Toutes ses plaintes concernent son corps douloureux et la présence du bébé ne s'exprime pour elle qu'au travers de perceptions de « coups énervants »... Elle n'a aucune question ni attente, et la professionnelle se sent vite cantonnée dans un rôle purement opératoire : poser le monitoring, effectuer les examens de routine. Les réunions de supervision avec quelques collègues et une psychologue lui permettent d'élaborer peu à peu un suivi partenarial, une liaison avec l'équipe de PMI et avec la psychologue de la maternité pour pouvoir anticiper le suivi postnatal. Les liens de confiance créés au cours de la période anténatale permettent à l'équipe ainsi constituée d'intervenir précocement devant les premiers signes de dépression postnatale.

## Le difficile exercice de l'interdisciplinarité : les transmissions

Le plan périnatalité 2005–2007 indique que « l'entretien du 4<sup>e</sup> mois doit permettre de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés ».

La question des transmissions à l'issue de l'entretien est de l'avis de toutes les praticiennes rencontrées la question la plus complexe à penser : quelles en sont les difficultés ? Les sages-femmes qui pratiquent l'entretien expriment un fréquent désarroi : *que transmettre et à qui ?*

Du côté des médecins prescripteurs d'entretien nous retrouvons souvent l'expression d'une interrogation si ce n'est d'un mécontentement, tels ces témoignages lors d'une table ronde sur l'EPP :

- un médecin généraliste : « *le conseil systématiquement cet entretien et pourtant je n'ai aucun retour, je ne sais pas ce qui s'y passe, les effets que cela produit...* » ;
- un obstétricien chef de clinique : « *l'EPP pour moi c'est un trou noir. On l'a mis en place à la maternité, un certain nombre de femmes en bénéficient et je ne sais rien de ce qu'il y est dit, rien ne nous en est transmis...* ».

Ces réflexions amènent plusieurs commentaires et ce dans deux champs, celui du légal, celui du psychique.

## Le point de vue législatif

Dans l'article intitulé *Secret professionnel et partage des informations*, P. Verdier (2007) précise que le secret professionnel se trouve encadré dans une trilogie : secret à l'égard des tiers, communication à l'intéressé qui le demande, partage limité dans l'équipe.

Il éclaire le sens de cette trilogie dans cet article qui traite de la protection de l'enfance. En ce qui concerne la périnatalité, nous pouvons fidèlement traduire ses conclusions. Le partage des informations reste une autorisation et non une obligation, et cette autorisation est soumise à quatre conditions :

- l'échange ne doit concerner que ceux qui participent à la même mission de suivi et soutien périnatal ;
- les objectifs légaux assignés à ce partage sont *d'évaluer une situation individuelle, déterminer et mettre en œuvre des actions de soins et d'aide* ;
- les informations doivent être strictement *limitées* à ce qu'implique la mission de suivi et de soutien ;
- les parents doivent en être *préalablement informés, sauf intérêt contraire de l'enfant*.

## Le point de vue psychique

Dans l'entretien, nous nous retrouvons confrontés aux trois espaces décrits par A. Carel, le public, le privé, l'intime : « À un pôle, l'intime est l'espace intrapsychique du sujet, celui de son quant-à-soi, où s'applique le droit au secret, implicite dans l'expression "jardin secret", voire même le droit au mensonge, espace dont la limite est du même ordre que celles du Moi et du corps. À l'autre pôle le public, espace sociétal dont les enjeux et les règles ont à être connus et appréhendés dans la transparence. Entre deux, le privé, en homomorphie avec l'espace transitionnel : c'est l'espace de la famille et par extension celui de la vie groupale et associative, un espace régi, à mon sens, par la discrétion. C'est l'espace où se produisent les échanges entre le public et l'intime, où se régulent les antagonismes de fonctionnement entre le *socius* et le sujet. » (Carel, 1992.)

Le registre du public est partageable, ce sont des informations d'ordre général qui circulent dans l'espace public. Les données privées nous ramènent à la question de la discrétion, discrétion nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance. Enfin, les données intimes ne sont pas partageables, elles ne peuvent être transmises à l'équipe. Ce registre de l'intime s'oppose à la notion de transparence, il constitue une frontière qui limite les transmissions au sein de l'équipe. La possibilité de travail en réseau, dans la transdisciplinarité, demande au groupe des acteurs professionnels de renoncer à la pulsion du « tout voir, tout savoir ». Pour R. Kaës, ce pacte au sein du groupe, reconnaissant la nécessité du renoncement pulsionnel et s'accordant sur ce qui doit rester secret, est la condition même de sa cohésion (cité par B. Golse, colloque WAIMH, Marseille, mai 2008).

La question qui nous occupe lors de l'entretien est bien cette distinction entre intime et privé. Il faut d'abord mettre en évidence les statuts particuliers de ce qui est recueilli d'une part dans une consultation médicale et d'autre part dans un entretien prénatal :

- dans la consultation médicale, nous recueillons par exemple : « *femme rhésus positif immunisée contre la toxoplasmose, accouchement il y a 2 ans par césarienne après échec du déclenchement pour dépassement de terme...* ». Nous avons là des données privées ;

- dans l'entretien, nous recueillons des éléments de la biographie personnelle, conjugale et familiale et surtout du matériel verbal et non verbal qui exprime la subjectivité de l'expérience maternelle, son vécu et ressenti. Nous recueillons un ensemble, constitué de données privées et de données intimes.

Les données médicales qui nous apparaissent apporter un éclairage nouveau au dossier obstétrical sont partageables avec qui de droit selon les règles du secret médical. Les faits récoltés entrent dans le domaine commun, chacun des professionnels intervenant dans le suivi obstétrical peut et doit pouvoir en prendre connaissance.

Il est des entretiens qui font état d'antécédents médicaux complexes, dont le détail n'a pas été jusque-là établi. S'il s'avère que cela puisse avoir une influence sur le suivi obstétrical, la sage-femme facilite le travail de ses partenaires et allège la femme du souci de se raconter à chaque rendez-vous, en rédigeant avec elle une synthèse de son histoire médicale.

Suite à une malformation intestinale, D. a eu, tout au cours de sa vie, de multiples interventions chirurgicales. Celles-ci ont entraîné des adhérences à l'origine d'intenses douleurs abdominales. D. redoute pour le bébé le stress que provoquent ces crises douloureuses. Plus tard, avec émotion, elle évoque aussi une angoisse concernant la fin de grossesse, celle de voir « mon ventre éclater ». Le récit de tous ces événements et du vécu actuel a soulagé D. et son mari. Par ailleurs, elle exprime que ce serait trop éprouvant pour elle de renouveler ce récit auprès des nombreux professionnels qu'une femme est amenée à rencontrer au cours de sa grossesse... Un courrier rédigé ensemble lui permet de faire facilement état de son histoire aux interlocuteurs qu'elle juge appropriés : son obstétricien, la sage-femme des consultations et la psychologue de la maternité.

Marqué du sceau de la discrétion concernant le privé, du sceau du secret concernant l'intime, l'entretien n'est pas un espace de confiance clos sur lui-même où seule la sage-femme détiendrait les clés du suivi et de l'accompagnement. La sage-femme, tout au long de l'échange, doit avoir pré-

sent à l'esprit les divers acteurs qui interviennent déjà auprès de cette famille, ceux qui interviendront plus tard ou dont l'intervention serait souhaitable. Elle a à intégrer la façon dont chaque professionnel soutient le cheminement de la femme, le rôle qu'il joue dans ses représentations. Ainsi que le dit S. Lebovici l'interdisciplinarité est la capacité de s'identifier à l'autre mais sans confusion des tâches (cité par B. Golse, colloque WAIMH, Marseille, mai 2008).

Pour revenir à la particularité d'une situation, nous avons donc à penser :

- ce qu'il est facultatif de transmettre, afin de savoir respecter une saine économie d'information entre professionnels;
- ce qui ne doit pas être transmis, ce qui doit rester dans l'intimité de la relation établie;
- ce qu'il est nécessaire de transmettre : cela se mesure à l'aune de l'autre professionnel, en évaluant ce qui va l'aider dans sa prise en charge et soutenir sa mission auprès de la famille.

Chaque fois que possible, cette réflexion sera partagée avec les parents. Il est important, dans les situations les plus complexes, de différer les décisions de transmission, en laissant le temps œuvrer à un meilleur discernement. L'EPP peut être renouvelé, si nécessaire, ce sera alors l'occasion, avec les parents, de lire un projet de courrier vers tel(s) partenaire(s). Aujourd'hui, l'échange par mails facilite souvent la communication avec la famille et les équipes.

## Partager les préoccupations

Enfin, un entretien peut susciter en nous un sentiment d'inquiétude : malaise dans la relation; entretien inconsistant, désinvesti, pauvre ou au contraire débordant; propos sans nuance; absence d'anticipation, de cheminement, d'ambivalence (*je n'ai aucune inquiétude, tout ça c'est naturel...*). Nous devons pouvoir partager ce ressenti pour pouvoir mieux élaborer notre accompagnement.

Une difficulté avec une patiente est trop souvent vécue dans la solitude. Elle déclenche l'agressivité du professionnel, soit contre la femme (*elle ne comprend rien...*) ou du professionnel contre lui-même (*je n'ai pas assuré...*). Le plus souvent, l'agressivité est multiple : agacement envers la

femme non conforme à nos attentes, irritation contre soi-même ou contre ce «fichu boulot».

Les transmissions les plus fertiles s'articulent à partir du partage autour de nos difficultés ou de nos désarrois. Elles relèvent d'un dialogue et non d'une fiche de transmission.

## Conclusion

L'EPP permet d'établir un projet de suivi, de soutien et d'accompagnement périnatal par l'at-

tention portée au cheminement maternel sur les quatre axes de la naissance. Les transmissions sont envisagées en fonction des besoins repérés et des professionnels à mobiliser. Il est nécessaire de valider ou de réajuster le canevas de soins au cours du temps : la sage-femme peut servir de fil rouge dans l'ensemble du dispositif de soins mis en place pour les situations complexes.

Dans les situations coutumières, l'intervention de la sage-femme consiste, comme nous allons le voir, à soutenir le trajet parental.

## 11.2. La pratique de l'accompagnement

La notion de préparation à l'accouchement a évolué aujourd'hui vers celle de préparation à la naissance, puis de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).<sup>85</sup> Les recommandations de la Haute Autorité de santé sur la préparation à la naissance et à la parentalité prennent acte de la mutation du concept : « Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile... Ces recommandations préconisent une approche plus précoce de la préparation à la naissance et une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes ou des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité. » (HAS, 2005.)

Ainsi, depuis chaque lieu d'exercice et modalité d'intervention, la sage-femme peut participer à la préparation à la naissance. C'est ce qu'expriment les propos suivants récoltés lors d'une enquête que j'ai menée auprès de collègues sages-femmes en 2009 (Interview SF, 2009<sup>86</sup>) :

- « *La préparation est le complément du suivi médical de la grossesse. La préparation prend tout son sens si elle permet aux parents de se réapproprier le processus de la naissance et du début de la parentalité comme partie intégrante de leur histoire.* »
- « *Lors de mes visites à domicile pour une grossesse pathologique, l'examen médical se prolonge nécessairement d'un temps de soutien de la femme, du couple, qui s'intègre dans le projet de préparation vers la naissance.* »

Il nous est fait injonction (HAS, 2005) d'assurer une préparation « à la naissance et à la parentalité ». L'affaire est vite dite, mais sa réalisation est bien plus complexe et présente de nombreuses problématiques.

<sup>85</sup> Nous utiliserons, dans la suite du texte, l'abréviation PNP pour désigner la préparation à la naissance pratiquée par la sage-femme.

<sup>86</sup> La mention *Interview SF, 2009* renvoie à une série d'interviews que j'ai effectuée en 2009 auprès de collègues sages-femmes portant sur leur pratique d'accompagnement périnatal. Je remercie particulièrement pour leur engagement Myriam Banck, Bernadette Ricciardi, Laurence Siesling et Sarah Werrell.

## Comment se préparer à l'inconnu ?

### Problématiques de la préparation

La pratique de la PNP suscite une somme infinie de questions, mais elles peuvent se résumer en quelques points : *comment apaiser sans renforcer l'idéalisation ? Comment initier sans prétendre transformer l'inconnu en connu ? Comment guider avec des repères sécurisants sans enfermer dans un système ?* Questions d'autant plus envahissantes que la sage-femme a, dans son projet de préparation, à faire face aujourd'hui à des injonctions pléthoriques et souvent incantatoires quant aux objectifs à atteindre. Par exemple, la préparation doit-elle tendre à ce que les parents acceptent sans questions les protocoles et la prise en charge médicale qu'ils vont certainement recevoir lors de l'accouchement ? J. Priest et J. Schott argumentent à juste titre, dans leur manuel sur la conduite de la préparation, que cela leur dénie le droit aux informations dont ils ont besoin pour pouvoir décider pour eux et leur enfant. Cela les transforme en passifs « receveurs de soins », encourage la dépendance, la croyance dans les experts, « au détriment du développement de la confiance dans la capacité interne du corps de la femme à nourrir son bébé, à lui donner naissance et à agir, avec son partenaire, en tant que parent responsable » (Priest, Schott, 1991). Mais, par ailleurs, pour certaines femmes, les expériences liées à la naissance peuvent être tellement anxieuses qu'il serait illusoire et dangereux de prétendre les conduire vers une véritable autonomie. Leur besoin, dans l'insécurité profonde qu'elles éprouvent, est de pouvoir se remettre en toute confiance dans les mains expertes des équipes médicales. Le travail de PNP doit alors se centrer sur la mise en confiance vis-à-vis du système de soins, l'élaboration d'un projet de suivi et de soutien pour le postnatal, la mise en place de liens avec les professionnels du psychisme. Alors, comment s'y retrouver ?

Le trépidé proposé par J.P. Lebrun dans *Un monde sans limites* (1997) me semble de nature à animer l'esprit de notre accompagnement dans la PNP : *redonner sa place à l'énonciation, réinscrire la catégorie de l'impossible et rétablir la faculté de juger.*

### Redonner sa place à l'énonciation

Comme il a été vu à propos de l'EPP, la préparation doit tenir compte non seulement de l'énoncé, du textuel, mais également de l'énonciation dans laquelle le sujet est à entendre.

*Carole*, lors de la dernière séance en couple, en début de neuvième mois : « Je suis encore pleine de questions... Je ne sais pas si je reconnaitrais la douleur du travail..., si je saurais la coter sur une échelle de 1 à 10..., je ne sais pas si je saurais reconnaître si c'est insupportable ou pas... » J'active en moi le bouton « pause » pour ne pas désespérer que l'on en soit encore là après toutes ces séances de préparation, pour ne pas exploser devant l'absurdité de ces questions... Mon silence permet au mari, qui n'a pas dit un mot jusque-là, de remarquer : « Elle va beaucoup sur Internet... Je ne suis pas sûr que ça l'aide... ». M'appuyant alors sur lui, je peux dire mon désarroi devant ses questions, elle me répond avec des larmes : « J'ai peur de ne pas bien aider le bébé, d'avoir une césarienne... » C'est alors seulement que nous pouvons tous entendre que derrière ces questions et ces peurs réside un désir dont l'intensité et les enjeux la submergent : désir de mettre au monde son enfant par elle-même, désir d'y arriver... Nous échangeons sur la part d'inconnu et d'immaîtrisable dans l'accouchement. Nous pouvons ainsi aborder la suite : comment peut-elle s'aider de son compagnon dans des postures favorables à la descente du bébé, ses moyens propres de détente...

Il s'agit bien, comme le dit J.P. Lebrun, de se reconnaître porteur de la responsabilité de l'énonciation. Là, chacun trouvera l'antidote à l'asservissement volontaire aux énoncés, ces énoncés tellement fascinants de la science, des experts, des chiffres, de la norme, des idéologies...

Requalifier l'énonciation, celle de la femme, de l'homme, c'est entendre et se laisser toucher par ce qu'ils expriment dans leurs mots, dans leurs corps, dans leurs expressions, dans leurs silences. Prendre le temps de l'entendre sans se précipiter à donner des réponses, à clore l'inquiétude. C'est affirmer sa propre énonciation : non pas se réfugier dans un discours de maîtrise, scientifique,

idéologique ou ésotérique, mais laisser dire ses questions, doutes et limites. S'engager en tant que sujet désirant dans l'affaire, sujet désirant entendre l'autre-sujet de l'affaire, de l'entendre dire son désir...

## Réinscrire la catégorie de l'impossible

C'est réinscrire en soi et dans son projet professionnel, le « pas tout » :

- *pas tout dire* : j'ai à résister à ma passion de tout dire, tout exposer. À faire face courageusement à un Surmoi persécuteur qui me fait reproche de n'avoir parlé ni de ceci, ni de cela. Les thématiques et les questions liées à la naissance sont infinies, ce sont celles de la vie dans toutes ses dimensions... Notre tentation du tout dire est d'autant plus puissante que les parents, face à l'angoisse de l'inconnu, nous attribuent facilement l'absurde tâche d'assécher l'océan de leurs questions; elle est d'autant plus insistante que régulièrement nous rencontrons des parents qui, après la naissance, réveillent notre sentiment de culpabilité par un « *vous ne m'aviez pas dit que...* » ou « *on n'avait pas parlé de...* »;
- *ne pas être tout pour la femme* : il y a, présents, même au plus proche de notre rencontre, l'autre, les autres, autour et pour cette femme. L'autre, proche ou professionnel, qui peut ou pourra aussi l'aider, la soutenir;
- *pas tout pouvoir* : ni protocoles, ni méthodes douces ou exotiques ne prémuniront de la souffrance, du poids du réel, de son irréductibilité à la maîtrise. Nous avons tous à nous « coltiner » avec l'impuissance;
- *pas tout vouloir* : ni mes convictions, ni ma bonne volonté ne peuvent tout.

Ma conviction (*du possible d'une voie basse pour cette naissance alors que la césarienne est programmée*) ne peut agir à la place du désir de la mère (*qui, si l'on prend en compte son sourire satisfait lorsqu'elle nous annonce la date de l'intervention, est tout à fait rassurée par cette décision*). Ma volonté de ne pas renforcer l'idéalisation de la naissance ne peut rien contre les mécanismes psychiques à l'œuvre chez la mère : l'idéalisation, que je voudrais chasser par la porte, revient à tout moment par la fenêtre. Quelles que soient mes

précautions oratoires, les expériences proposées deviennent des exercices à appliquer, ainsi que nous pouvons le percevoir au travers des propos suivants.

*Lisa raconte après la naissance de son premier enfant par césarienne : « Cela a été un véritable traumatisme pour moi, vous aviez bien parlé de la césarienne lors des cours mais je n'ai pas vraiment écouté... Ce n'était pas pour moi... Je me suis persuadé qu'avec la respiration et les postures, je saurai gérer les contractions... »*

## Rétablir la faculté de juger

« *Et vous, qu'en pensez-vous?* » : ça a été une révélation, jeune sage-femme, que de lire *Pour être des parents acceptables* de B. Bettelheim (1987). J'y cherchais des réponses et je trouvais des questions qui invitaient chacun à se retourner vers lui-même. J'ai pu ensuite retrouver cette attitude chez des sages-femmes investies dans la préparation des parents : « *Qui a une idée pour répondre à cette question?* » S'il y a une chose essentielle dans notre pratique c'est ce savoir-faire qui invite en permanence les parents à se retourner sur eux et leur savoir propre, à penser par eux-mêmes, à stimuler leur inventivité, à construire leur propre intention ou action devant tel phénomène particulier dont la responsabilité leur échoit. Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut parler effectivement de préparation à la parentalité. Il est question ici d'en appeler à la capacité de discernement au cœur de chaque humain, de la réveiller. Et c'est une attention de tous les moments, tant les dégâts du scientisme ont enraciné chez nombre de futurs parents le réflexe de penser : « *J'en sais rien, je ne suis pas spécialiste...* » À ce désastre du penser par soi-même, à cette démission de l'acte de penser qui rendra impuissant, plus tard, le parent à formuler la loi, il faut opposer « l'existence d'une faculté humaine autonome, que ne viennent étayer ni le droit, ni l'opinion publique, et qui juge à neuf, en toute spontanéité, chaque action et chaque intention lorsque le cas se présente », comme le dit H. Arendt (1989), citée par J.P. Lebrun (1997).

La PNP doit donc s'appuyer sur une pédagogie fondée sur l'heuristique : faire découvrir à l'élève ce que l'on veut enseigner.

En appui sur ce trépied interne, nous pouvons maintenant affirmer la démarche de préparation. Au-delà du style propre à chaque sage-femme, des objectifs généraux de la PNP peuvent être énoncés :

- apporter aux parents un soutien sur les quatre axes du cheminement vers la naissance : sentiment de sécurité, matrice de soutien, lien à l'enfant, devenir parent ;
- offrir un espace propre à stimuler les anticipations parentales, leur réflexivité et les échanges autour des difficultés habituelles et des ressources qui permettent d'y faire mieux face.

Pour tendre vers cela nous avons à notre disposition trois modalités d'intervention : *les informations, les échanges* et, enfin, *le travail psychocorporel*.

## Pour une éthique de l'information

Délivrer des informations, donner des conseils relèvent d'une éthique de l'information. Il y a en effet, dans ces actes, des risques et des enjeux, donc des choix à opérer et ces choix ne relèvent pas d'une règle mais de réponses à découvrir dans la singularité de chaque situation.

*Les risques sont de trois ordres : saturer l'esprit, être dans la jouissance, passer à l'acte sans discernement.* « Trop d'informations tue l'information » : elles peuvent brouiller l'esprit du receveur au risque de lui faire perdre ses propres capacités adaptatives et cognitives. Les femmes enceintes sont aujourd'hui saturées de discours (lectures, navigation sur Internet, conseils des professionnels...). Les informations doivent être réduites au minimum nécessaire, elles doivent se limiter aux repères utiles et utilisables par les parents. La sage-femme doit, nous l'avons vu plus haut, résister au désir de « tout dire » mais aussi au désir de « jouir de son savoir » : l'exhiber sans souci de ce qui peut être bénéfique à l'autre. Enfin, nous avons facilement tendance à répondre « sur le champ » à une question, à une demande. Les parents, devant l'inconnu, sont avides de découvrir et d'acquérir des repères. Cette soif d'apprendre est le moteur de leur préparation. Mais ils peuvent aussi être soumis à la folie de « tout maîtriser » ou de « se soumettre » à notre savoir. Nous avons donc à exercer en permanence notre discernement avant de donner

une réponse : ne peuvent-ils pas la découvrir par eux-mêmes ? N'y a-t-il pas un avantage à la différer ?

*Les enjeux sont ceux du donner-recevoir* : « Aucun acte de don n'est complet tant que, et jusqu'à ce qu'il soit reçu. » (Rubin, 1984.) Je ne puis donc « donner sans compter » ni donner sans être attentif à comment l'autre reçoit mon don, mes conseils, mes informations. Quel effet cela produit-il sur lui ? En donnant j'exerce un pouvoir : celui de décider de ce que l'autre n'a pas et de ce qui serait bon pour lui. Mais est-ce que je ne risque pas de l'encombrer et de l'empêcher de cheminer, de trouver par lui-même ses propres réponses ? L'affaire n'est pas mince ! La justesse ne réside-t-elle pas dans l'attention que je peux porter à ne pas me placer uniquement dans la posture du donneur, mais à être aussi dans celle de receveur : écouter, observer, ressentir... Précisément, nous nous trouvons à nouveau devant cette nécessité de passivation qui a été évoquée plus haut à propos de l'écoute dans l'EPP. Ce n'est que dans cette attitude que la sage-femme peut exercer une vraie maïeutique : permettre à l'autre d'accoucher de lui-même.

Les *enjeux* consistent aussi à se tenir dans une réelle générosité de l'information afin d'assumer notre rôle de guidance et de chaînon de la transmission. Donner des informations est un art : une fois que la sage-femme a identifié les thèmes indispensables à aborder et ceux que l'on peut laisser de côté, il lui reste à « tisser le message à l'intérieur des séances, l'aborder quand cela semble le plus propice, probablement au cours d'une discussion plutôt que sous la forme d'une conférence » (Priest et Schott, 1991). Le récit est aussi un outil de transmission particulièrement adapté pour amener le propos, quand celui-ci est complexe, comme le formule une sage-femme interviewée : « J'aime bien aussi raconter des histoires dont j'ai été témoin en tant que sage-femme. Ce sont des histoires qui montrent que dans la vie réelle, on ne passe pas toujours en souplesse et sans heurts d'une étape à l'autre : souvent ça patine. Cela permet de dédramatiser le fait de ne pas être conformes aux modèles, ceux que l'on s'est soi-même fixé ou ceux dictés par l'environnement ou les modes. Cela permet aussi de comprendre qu'il y a des nœuds, des choses qui viennent de notre histoire et qui vont venir entraver les processus. » (Interview SF, 2009.)

## Remettre du collectif dans la naissance : échanges et groupalité

La qualité des échanges repose sur l'animation du groupe, et l'animateur s'appuie sur le groupe. Il est facilitateur des échanges, les régule, permet la mutualisation des réponses apportées aux problèmes posés. Le cadre fait effet de contenance : une durée, des horaires à respecter, la confidentialité des propos, le respect de l'opinion de chacun, le partage équitable de la parole, la participation active de chaque membre, le respect de la place de l'animateur.

Les séances de PNP se différencient d'un groupe de paroles ou d'un groupe d'orientation psychothérapeutique. Elles proposent un groupe de travail autour d'objectifs communs et énoncés : mieux vivre la grossesse, se préparer à l'accouchement et à la vie avec un nouveau-né. Plus précisément, la sage-femme construit ses séances au fil de la dynamique propre du groupe, sa « personnalité », son rythme, ses limites. Les différents points de vue sont l'occasion de vivre l'altérité, d'ouvrir le champ de sa réflexion et de ses anticipations.

Rappelons enfin qu'il « est nécessaire d'adapter les séances de PNP aux besoins et attentes des femmes enceintes » comme l'indique la Convention nationale pour les sages-femmes libérales (*Journal officiel*, 19 décembre 2007) qui précise que « les préparations individuelles doivent être réservées aux situations à risque ».

Chaque sage-femme est dans la responsabilité de penser, de peser l'intérêt de séances collectives ou individuelles pour chaque situation : intérêt du collectif, du groupe comme facteur de changement et créateur de lien social, intérêt de l'individuel pour mieux s'adapter à la singularité d'une situation.

## Le travail psychocorporel

La pratique de la sage-femme repose sur le rapport au corps : somaticienne, elle assure en collaboration avec les médecins, généralistes, gynécologues et obstétriciens, la surveillance médicale de la grossesse. Dans la démarche d'accompagnement, nous n'avons pas affaire avec le corps de la médecine, corps d'un patient inerte et dé-subjectivé, mais à un corps vivant, actif, animé

et parlant. Au cours de la préparation, la sage-femme assure une transmission des savoirs corporels et psychocorporels nécessaires au bien-être de la femme enceinte, de la parturiente et de l'accouchée. Elle a besoin pour cela de se former après son diplôme, l'enseignement universitaire dans ce domaine étant particulièrement succinct. Nous avons la chance en France d'avoir à notre disposition un panel très riche de possibilités : *yoga, sophrologie, eutonnie, haptonomie, mouvement corporel, rééducation périnéale* par la méthode *Connaissance et maîtrise du périnée* de notre consœur D. Trinh Din... Ces formations, bien souvent complémentaires, sont indispensables pour notre pédagogie. Pour autant, nous devons veiller à ne pas nous agripper à des méthodes. Ce doit être des outils de travail et non sa finalité. L'affaire est d'aider les parents à se préparer et non de « les préparer par la méthode x ou y ».

L'autre écueil du travail corporel est de proposer un apprentissage décontextualisé qui donnerait à croire aux parents que l'accouchement est affaire de technique respiratoire ou posturale. Le corps en cause dans la naissance est le corps phénoménologique, porteur de sens et d'intentionnalité. Plus qu'un hygiénisme moralisateur (ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire), une séance de préparation doit offrir des temps qui permettent d'interroger les représentations, d'éventuellement les détoxifier, valoriser celles qui apportent du mieux-être. Des expériences psychocorporelles sont proposées qui permettent d'éprouver les bienfaits de mouvements lents et doux, animés non par l'effort mais par l'intention. Ainsi, tout simplement les gestes du quotidien, se baisser, se relever, s'asseoir... sont interrogés : *est-ce confortable? Pour vous? Pour le bébé? Bougez-vous avec lui ou malgré lui? Et si on prenait le temps? De quels appuis partir?*, etc. L'exploration de positions peu usitées dans notre culture (à genoux, à quatre pattes, accroupie...) permet aux femmes de retrouver aisance et plaisir là où régnaient des sentiments de contrainte et de lourdeur. Des histoires communes peuvent être inventées, renouant avec les jeux d'enfance : *nous sommes des animaux dans une belle clairière, se prélassant, s'étirant dans la douce chaleur du printemps...*

La liberté et le plaisir du mouvement retrouvés, c'est tout un potentiel de la mère qui peut se déployer pour l'accouchement et la future vie avec l'enfant.

La préparation à la naissance n'est pas une méthode codifiée, mais une adaptation à chaque situation. Elle ne peut être un enseignement visant à la conformité, à une idéologie ou à un protocole, mais un soutien du cheminement individuel de chaque couple. Elle n'est pas un catalogue de conseils et d'exercices, mais l'attention à aider les parents à découvrir leurs outils et ressources. Elle n'est pas centrée sur le seul acte de l'accouchement : elle met en perspective l'ensemble des processus en jeu dans la périnatalité et cherche à faciliter l'adaptation des parents aux bouleversements suscités par l'accueil d'un nouveau-né.

Pour évoquer ces processus et la pratique d'accompagnement par la sage-femme, j'ai choisi d'aborder les trois temporalités de la maternité – grossesse, accouchement, postnatal –, en présentant leurs enjeux et leurs problématiques les plus courantes.

## **Neuf mois pour cheminer : le temps de la gestation**

### **Le premier trimestre : vivre l'incertitude**

Lutérus passe de la taille d'une figue à celle d'un pamplemousse, il y a une poussée de croissance extraordinaire dans le corps de la femme ; pourtant, cela reste encore invisible. Comme à l'adolescence, le processus est épuisant, la femme découvre un intense besoin de dormir (polysomnie) et se sent happée par une fatigue qui souvent l'inquiète, si personne ne met un sens sur ces sensations.

Nausées, vomissements, dégoûts alimentaires étranges peuvent aussi rendre cette période pénible. Je renvoie le lecteur au chapitre 5 (p. 65) de M. Blazy lorsque ces phénomènes ont un retentissement notable sur l'état de santé physique ou psychique. Le plus souvent ces manifestations restent dans des proportions raisonnables et l'accompagnement de la femme consiste en une attitude d'observation, d'empathie et éventuellement de conseils hygiéno-diététiques.

C'est aussi un temps marqué par l'incertitude : garder ou non la grossesse, craindre une fausse couche, attendre les résultats du diagnostic anté-

natal, décider du bon moment pour annoncer la grossesse à l'entourage. En ce sens, on peut parler d'un temps marqué par le thème de la précarité. Précarité du statut de l'embryon (Missonnier, 2009f), mais aussi précarité de l'état de la femme, entre être enceinte et ne pas ou ne plus l'être.

Ainsi la sage-femme dès les premiers examens peut repérer un besoin d'accompagnement plus soutenu. Il est par ailleurs important dans la suite du suivi de garder en tête les divers événements qui ont pu alarmer les parents au 1<sup>er</sup> trimestre : il est en effet frappant de constater combien ces inquiétudes sur la viabilité de la grossesse ou sur l'intégrité du fœtus persistent bien au-delà des premiers mois et ce malgré les examens rassurants par la suite. On constate très souvent une *rémanence*, dans l'esprit du parent, des soupçons qui ont été portés sur la *capacité à porter à terme un enfant en bonne santé et indemne d'anomalie*. Soupçons qui selon l'histoire de chacun, mère ou père, selon les enjeux psychiques de la grossesse, ont pu renforcer voire légitimer leurs propres doutes.

Après une séance de relaxation, *Mathilde*, premier bébé, 7 mois de grossesse, exprime avec beaucoup d'émotion son impossibilité à croire que « mon bébé va vraiment bien » et ce malgré l'amniocentèse et les échographies qui ont été tout à fait rassurantes après une alerte à 3 mois, suite à un tritest élevé. Après un long entretien, elle n'est toujours pas apaisée : nous voyons alors comment elle peut travailler cette question avec l'aide d'un professionnel du psychisme.

### **Donner de l'hospitalité au bébé**

La vie se transforme peu à peu. La femme adapte sa vie de façon à donner de l'hospitalité au bébé, lui faire de la place. Dans notre civilisation de la performance et de la vitesse, nous voyons, en tant que sages-femmes, toute l'attention que nous devons maintenir pour aider la mère à prendre conscience de son besoin de rythme de vie plus calme, l'aider à trouver une qualité de repos et d'activité adaptée aux besoins de la maternité.

La métaphore de « la mue » dans la cure postnatale de la médecine traditionnelle vietnamienne (Dang, 1995) est particulièrement éloquent pour

évoquer les processus psychiques de la grossesse : la femme se débarrasse peu à peu d'une peau ancienne. Elle se retrouve à la naissance de l'enfant dans un dénuement émotionnel et donc un état d'hypersensibilité qui la rend apte à prendre soin de l'enfant. Sa nouvelle peau de femme-mère met 3 mois à se reconstituer. Dans cette période de transformation et de fragilité, qui débute dès la grossesse, elle a particulièrement besoin de sollicitude et de soutien, de calme et d'intériorité, d'écoute de ses sensations et de ses émotions. Tout ce qui fait enveloppe autour d'elle l'aide à trouver en elle le creux chaud et douillet dont a besoin le bébé. Il faut se réjouir des progrès fondamentaux que la médecine périnatale a accomplis. Pour autant, une grossesse ne peut se réduire à sa dimension médicale, « surveiller, dépister, prévenir ». Il s'agit de vie et de questions de vie, de plaisir et de souffrance, de douceur et de violence, de liens et de conflictualités, de sensations et de mouvements. L'histoire ne peut, sauf à perdre tout dynamisme, se limiter aux questions du risque et de sa prévention. Il n'est qu'à constater combien les couleurs reviennent aux joues des femmes à l'issue de la première séance de groupe, où elles ont pu échanger sur leurs peurs et leurs joies, où elles ont pu se poser, se relaxer, en mettant de côté, pour quelques instants, leurs soucis et préoccupations quotidiennes. L'état d'inquiétude généré par le suivi médical est la rançon des progrès scientifiques. Cela doit nous rendre encore plus attentif à offrir des lieux de recueillement (*se recueillir : se cueillir soi-même*) et de ressourcement, des moments où se rebrancher sur les forces de vie, sur de simples plaisirs, ceux-là mêmes à la source de la conception d'un enfant.

## **Cheminer sur les quatre axes de la naissance**

Les difficultés d'adaptation de la femme aux besoins induits par l'état de gestation se manifestent le plus souvent vers la fin du 2<sup>e</sup> trimestre : c'est le temps idéal pour débiter les séances de PNP qui sont axées d'abord sur le vécu de la grossesse, le lien à l'enfant porté. Au cours de la préparation, il est particulièrement fertile de rendre constamment présent le bébé porté comme un être vivant, ressentant, et ce particulièrement au cours des temps de relaxation, dans les mouve-

ments et les changements posturaux. La sage-femme se saisit de chaque occasion (mal au dos, pesanteur, bébé trop bas) pour aborder la question du dialogue tonique : la façon dont la mère porte le bébé, la place qui lui est donnée – souvent le portage est trop à l'avant –, la possibilité de faire de la place au creux des reins, à l'intérieur du grand bassin. Les échanges portent sur les bercements que ses mouvements offrent au fœtus, la libération des tensions internes quand une émotion a pu s'exprimer. Au cours de propositions de mouvements et de positions, il est toujours étonnant de constater combien de femmes inhibent leur mobilité spontanée de peur de mal faire... ou de faire mal au bébé.

La femme, maintenant mieux installée dans sa grossesse, peut être dans des processus anticipatoires sur l'accouchement et l'accueil d'un nouveau-né : devenir mère, élaborer une matrice de soutien adaptée. Ces étapes sont abordées plus loin.

## **Se préparer à la séparation : le neuvième mois**

Le dernier mois de grossesse, parfois réduit à quelques jours, est un temps de préparation à la séparation d'avec l'enfant porté : tout en qualifiant les signes d'impatience, de lassitude de l'état de grossesse, comme des signes positifs d'un état de dégagement de la plénitude gravidique, on cherche à favoriser une attente sereine du déclenchement du travail. Dans cette période la préparation en groupe est achevée, mais il est souvent utile de ménager un temps de rencontre individuel avec le couple parental en début de neuvième mois et d'encourager les femmes à rester en contact entre elles. Elles s'apportent par là un échange, un soutien précieux qui bien souvent se prolonge au-delà de la naissance.

Nous devons être en vigilance lorsque le cheminement de la grossesse est en souffrance : les difficultés se manifestent et persistent malgré informations, conseils et accompagnement. Ce peut être l'incertitude du 1<sup>er</sup> trimestre qui est vécue comme insupportable, une hospitalité impossible à trouver, ce peut être un évitement ou un embouteillage sur un des quatre axes de la naissance. Nous devons alors faire appel à un professionnel du psychisme.

La gestation avançant vers les derniers mois, la préoccupation se porte sur l'accouchement : notre travail de préparation doit proposer un temps de réflexivité et d'anticipation sur les processus de mise au monde. Il nécessite donc de la part de la sage-femme, outre un savoir médical, une expérience de la salle d'accouchement, un travail personnel d'interrogation de ses propres représentations.

## L'accouchement comme phénomène somatopsychique : mettre au monde

« Sur le petit balcon filigrané d'une petite maison jaune et rouge, Salomon Solal, cireur de souliers en toutes saisons, vendeur d'eau d'abricot en été et de beignets chauds en hiver, apprenait à nager... Debout devant une table, le petit bonhomme au nez retroussé et à la face ronde imberbe, constellée de taches de rousseur, était donc en train de tremper ses menottes grassouillettes dans une cuvette dont il avait préalablement salé l'eau et de leur faire faire expertement des mouvements de brasse. »

Albert Cohen, *Mangeclous*, 1965

Le stéréotype de la préparation à l'accouchement ne fait malheureusement guère moins sourire que celle des ébats de Salomon : il évoque l'image d'exercices respiratoires en chœur sur une chaise alors que la femme, extatique dans son septième mois de grossesse, est bien décidée à garder encore au chaud son bébé... Les avatars d'un enseignement décontextualisé n'ont pas fini de nous amuser... Pourtant, l'affaire est ici plus grave que celle qui se déroule sur le balcon de Salomon : la société prend en charge depuis quelque quarante ans les séances de préparation à l'accouchement. Face à cet effort de la collectivité, les sages-femmes, en retour, sont redevables d'exposer ce qui fonde, structure et justifie leur pratique. Qu'est-ce qui opère dans ces séances concernant le processus de l'enfantement ?

En explorant maintenant ce thème, nous verrons que nulle méthode, nul enseignement ne sont garants d'un déroulement physiologique de la naissance, qu'aucun ne peut assurer un accouchement sans violence ou un déroulement conforme à un *projet* préétabli. Ainsi que le conseille aux

parents F. Bourdais, sage-femme hospitalière, dans son remarquable article sur le *projet d'accouchement* (2009) : « Projetez surtout d'être adaptable ! »

Nous découvrirons néanmoins que préparer l'accouchement, quelle que soit l'issue de celui-ci, c'est aider la femme, le couple à se préparer à la naissance et donc les soutenir dans leur cheminement vers le devenir parent, favoriser tout ce qui peut les aider à se réapproprier la mise au monde de leur enfant en donnant sens à l'accouchement comme geste parental.

## Les mouvements de la naissance

Parler et échanger autour de l'accouchement met chaque sage-femme devant de multiples difficultés :

- en rester à de l'académisme : donner une vision de l'accouchement à partir d'une vulgarisation du savoir obstétrical au risque de désincarner les processus pour les parents ;
- militer pour la *bonne cause* : affirmer une vision idéologique du « bon accouchement » au risque d'insécuriser nombre de parents ou de renforcer l'idéalisation pour d'autres ;
- préparer les olympiades de l'accouchement : hypertrophier sa préparation sur le seul thème de l'accouchement au risque de ne plus pouvoir ménager dans ses séances d'espace pour la préparation de l'accueil d'un nouveau-né.

Il m'est apparu au cours de ma pratique que le *récit de l'accouchement* pour les parents doit radicalement se décaler du récit scientifique obstétrical, il faut leur proposer un récit simple, évocateur et qui met en lumière les enjeux corporels, émotionnels, culturels de la naissance.

Chaque sage-femme a son propre style narratif, mais nos échanges d'accoucheuses mettent en évidence un savoir commun qui parle de respect des rythmes naturels, de l'unicité de chaque processus de naissance, de la nécessité de garantir l'entière liberté de mouvement de la femme en travail.

## Éloge de la lenteur, éloge de la diversité

La qualité du travail s'éprouve dans l'observation de l'évolutivité du processus. La stagnation du

travail, marquée par une absence de progression des paramètres obstétricaux (dilatation du col, descente du bébé) est un indicateur de nécessité d'intervention médicale.

Cette évolutivité du travail de mise au monde est infiniment variable : harmonieuse, tempétueuse (« l'accouchement en trombe »), extrêmement lente... Le travail est le plus souvent une symphonie, constituée de différents mouvements : *allegro, pianissimo, largo*...

Le souci devant l'inconnu et devant le risque obstétrical amène bien souvent les professionnels de la naissance à la précipitation et aux passages à l'acte (accélérer par une perfusion, rompre la poche des eaux, extraire le bébé par des spatules ou des ventouses...). S'ils ne veulent pas céder aux protocoles, à une technicité invasive, ces professionnels ont besoin de se construire une sécurité interne. Elle s'élabore grâce à une familiarité avec la naissance spontanée. C'est ce que nous disaient nos vieux maîtres « L'accouchement : de la patience, de la patience, de la patience... » ou encore « Faites confiance au périnée : il vous le rendra ! » C'est ce que nous montraient nos consœurs avant que règne l'hypertrophie technoscientifique : bien souvent, c'est en avançant leur travail de tricot qu'elles surveillaient le travail. C'est encore la leçon de Mauquest de la Motte, *accoucheur de campagne sous le Roi-Soleil* dans son traité d'accouchement présenté par J. Gélis qui écrivait : « ni témérité, ni crainte mal fondée » (Gélis, 1979). Nous avons à retisser le savoir-faire de nos anciens avec ce que la médecine apporte aujourd'hui de sécurité médicale, articuler les savoirs théoriques avec les savoirs empiriques, ceux-là mêmes acquis par l'écoute et l'observation de la femme en travail.

## Le travail

Le terme travail lui-même est à interroger. Ainsi que H. Arendt dans *Condition de l'homme moderne* (1961), il est intéressant de distinguer le travail aliénant, répétitif, torturant pour le corps et l'esprit, de la notion d'œuvre où le potentiel créatif de l'homme est sollicité. Pourtant les sages-femmes ont une tendresse particulière pour le mot : le terme travail, *labor* en anglais, exprime le labeur, labeur nécessaire à la mise au monde. Et en effet, c'est souvent laborieux. Comme le labeur de la terre, comme le travail de deuil ou celui de créa-

tion, c'est un événement à chaque fois unique dans son rythme et son vécu.

Encore faut-il, pour que cette dimension créatrice soit perçue, en faire un récit apte à solliciter l'inventivité et l'adaptabilité des parents.

## Histoire de trois mouvements

*Il était une fois...* On pourrait imaginer une histoire de la naissance comme les diverses aventures de trois personnages : L'Utérus, la Mère, le Bébé.

Le processus de l'accouchement met en jeu leurs trois mouvements... Les mouvements de la mère vont-ils s'accorder aux deux autres ? Vont-ils s'opposer ? De cela dépend l'évolution du travail...

### Le mouvement de l'utérus

Le mouvement de l'utérus est un mouvement viscéral, conditionné dans sa puissance et sa rythmicité par un flux hormonal d'origine fœtal et maternel... Dire que le mouvement est viscéral, c'est rappeler qu'il n'est pas volontaire. Dire qu'il est sous dépendance hormonale, c'est dire qu'il est relié au système nerveux central (comme pour l'allaitement) et donc reconnaître l'impact du psychisme sur la dynamique utérine. Elle peut être harmonieuse et efficace, alliant puissance de contraction et qualité de récupération entre les contractions. Elle peut aussi être erratique, désordonnée, inadaptée par excès (hypertonies), par défaut (hypotonie). Le mouvement utérin est une systole, comme celle du cœur, puissante, qui à la fois propulse hors de lui le fœtus et tracte vers lui les fibres du col pour le dilater.

### Le mouvement de l'enfant

Pour pouvoir naître, le bébé a besoin de s'enrouler, de se rassembler.

Certains parents voient l'enfant comme très actif dans la naissance – « *il crawl* », « *il crapahute* », « *il fait beaucoup d'effort pour sortir* » –, beaucoup le voient plutôt passif, subissant la naissance comme un cataclysme, une souffrance, un effort pénible ou dangereux.

Mettre en évidence ces représentations et permettre aux parents de les exprimer favorisent un travail fertile de « détoxification ». C'est l'occasion de témoigner de la vitalité de l'enfant, de ses capacités à vivre sa naissance, et des possibilités d'interactions parents-bébé.

*Que sait-on sur le comportement du fœtus au cours du travail?* La mécanique obstétricale nous enseigne que le passage du mobile foetal est permis quand il peut se faire le plus petit possible.

Deux adaptations entrent en jeu : l'une où le fœtus est passif, c'est le modelage du crâne foetal grâce à la puissance des contractions utérines ; l'autre est une posture du fœtus, rassemblé sur son axe cranio-sacré, posture qui diminue au maximum le diamètre de présentation dans le bassin maternel. Plutôt que d'une « flexion de la tête foetale » décrite par les manuels d'obstétrique, c'est bien d'une attitude globale du bébé qu'il s'agit, évoquant une position *secure* de rassemblement tonique, semblable à celle que le bébé, bien contenu, adopte quand il se love dans les bras de ses parents.

Il en va de même en ce qui concerne l'accouchement, il s'agit de faire exister le bébé : il est utile d'aborder avec les parents son vécu au cours du travail, comment il participe à sa naissance, comment il récupère entre les contractions, quel dialogue corporel et intérieur s'instaure avec lui : « *Vas-y, descends, fais toi tout petit...* »

Les effets maturatifs pour les parents de toutes ces attentions au cours de l'accompagnement, visant à rendre présents le bébé et les interactions parents-bébé, préparent et inaugurent les processus de séparation. L'accouchement, séparation de deux corps, démoulage du corps du bébé hors du corps de la mère, ne peut se faire que si au sentiment d'unité, de complétude, succède la perception d'un être autre, d'une discontinuité, d'un entre-deux, de « plans de glissement » possibles.

### Le mouvement de la mère

La bonne progression du travail demande un accordage du mouvement maternel avec le mouvement utérin, et le mouvement foetal.

L'accouchement est un phénomène somatopsychique. Il demande à la mère d'être entière dans le mouvement de mise au monde, de séparation, de *démoulage*<sup>87</sup> : la mère se retire du bébé, elle le laisse sortir d'elle.

Après avoir « conçu » l'enfant, puis l'avoir porté, il s'agit maintenant de « concevoir » de le mettre au monde, de le « remettre » au monde, de le laisser

naître, de s'en séparer. Concevoir de s'ouvrir, de laisser faire ce terrible mouvement interne qui un jour se manifeste dans le corps dans toute la puissance pulsionnelle de la matrice qui se met en tempête. Car c'est bien une tempête qui se lève.

Pour chaque femme, le travail à accomplir est marqué du sceau de la singularité : quelles résistances vont se manifester ? Quelles potentialités sont là pour se laisser envahir en entier par le mouvement de la naissance, pour y être sans réserve ? Ce n'est qu'à cette condition que les trois mouvements peuvent s'accorder.

Chacune va donc vivre, comme elle peut, l'aventure, dans l'accordage ou le désaccordage... :

- dans l'anticipation anxieuse : « *ça faisait mal mais ce n'était pas au fond insupportable, par contre j'étais terrorisée à l'idée que cela devienne insupportable...* » ;
- dans l'anticipation sereine : « *à chaque contraction, je me laissais aller comme une pierre au fond de l'eau...* » ;
- dans la retenue : « *je restais là bloquée à dilatation complète..., le blanc... J'étais ailleurs..., une image s'imposait : j'étais dans une forêt, petite fille avec mes nattes, entre ma mère et mon père qui me tenaient tendrement par la main, et je voulais rester là avec eux, rester leur petite fille...* » Ou encore : « *je ne voulais pas le laisser sortir, je n'étais pas prête...* » ;
- dans l'ouverture au mouvement de la naissance : « *quand ils m'ont dit qu'ils allaient me faire une césarienne je me suis mise à parler à mon bébé, je lui ai dit qu'il fallait qu'on s'y mette un bon coup et il est descendu...* » ;
- dans la peur, l'insécurité : « *pour le premier accouchement qui a fini par une césarienne, à chaque contraction, j'allais me cacher derrière les arbres...* » ;
- dans la présence : « *cette fois, pour le deuxième, je me sentais vraiment responsable de ce qui se passait, j'étais responsable moi et pas les autres de mon bébé, c'est moi qui devais l'aider, je l'ai aidé et il est passé...* » ;
- ce peut être une fermeture devant la douleur : « *pour mon premier, je suis restée prostrée, à chaque contraction je me fermais, je pensais circonscrire la douleur en ne bougeant plus, je comprends aujourd'hui que je me fermais au lieu de m'ouvrir, je retenais au lieu de laisser aller* » ;

<sup>87</sup> Le terme de « démoulage » proposé par B. Gasquet-Pistre lors d'une formation en yoga prénatal (Paris, 1996) est particulièrement évocateur pour les parents.

- ce peut être un lâcher prise, dans un cri, dans l'expression d'une émotion (« j'ai peur..., je ne veux plus accoucher... ») libérant le sphincter utérin. Génie des langues : en allemand, le col est nommé *mutter munt*, la bouche de la mère ;
- la femme peut s'agripper et par là ne « rien lâcher » (« j'étreignais le bras de mon mari au point de lui faire des bleus... ») ou prendre appui sur (« je me suspendais à lui et ça me permettait de relâcher... »).

Être en travail participe de la phénoménologie du mouvement. Ce n'est pas un geste volontaire mais une intentionnalité motrice : « Nous sommes invités à reconnaître entre le mouvement comme processus (...) et la pensée comme représentation du mouvement, une anticipation ou une saisie du résultat assurée par le corps lui-même comme puissance motrice, un projet moteur, une intentionnalité motrice sans lesquels la consigne demeure lettre morte. » (Merleau-Ponty, 1945.)

Ce n'est pas un mouvement à apprendre ou à comprendre, mais un engagement de l'être tout entier : « La conscience du mouvement est originellement non pas un "je pense que" mais un "je peux". (...) Le trouble moteur ne peut être ramené à une défaillance de la fonction générale de représentation. » (Merleau Ponty, 1945.)

L'exemple de l'acquisition de la marche chez le jeune enfant apporte un éclairage à ces phénomènes. Ce n'est pas la connaissance des mouvements musculaires et articulaires en jeu dans la marche qui permet à l'enfant de marcher, ni d'ailleurs un entraînement préalable ou même une stimulation. Par contre, comme le soulignent G. Appell et M. David (1973), il est possible d'élaborer une connaissance commune de ce qui favorise ce « *je peux marcher* » et ce qui peut l'entraver. En dernier ressort, ce sont des liens suffisamment *secures* qui autorisent l'enfant à découvrir ses compétences psychomotrices.

La préparation à l'accouchement ne peut consister à enseigner des techniques corporelles ou comportementales, à donner la connaissance de processus physiologiques : elle ne peut reposer sur une représentation mentale des phénomènes. La grande question qui doit animer notre accompagnement et initiation peut s'exprimer par : comment favoriser la conviction de la femme dans ce « *je peux mettre au monde notre enfant* » ?

Le « *je peux* » du mouvement maternel suppose de grandes ressources psychiques chez la mère : une ouverture ; un accueil des sensations ; une écoute bienveillante de ce corps qui manifeste bruyamment voire violemment ses résistances, ses tensions ; un abandon à la tempête sensorielle et émotionnelle qui se déchaîne ; des points d'appui externes et internes, corporels et symboliques qui permettent ce lâcher prise.

Cela suppose qu'elle se sente autorisée à une entière liberté de mouvement et de sons invitée à la créativité des bercements, balancements, changements posturaux, cris, geignements, plasmodies... C'est dire que ce mouvement demande à la femme des ressources qui peuvent dépasser de loin ce qu'elle peut donner, à ce moment-là de sa vie, de son cheminement. Elle peut être (elle est souvent) submergée par un orage pulsionnel qui réveille les angoisses archaïques, figée dans la sidération ou tendue dans la fuite. C'est alors que les mouvements se désaccordent, que le désordre s'installe dans la dynamique de la naissance. Elle se retrouve alors tel le nouveau-né, dans la terreur de l'innommable qui surgit, menace, désintègre, désorganise.

Cela met en évidence l'importance de l'accompagnement de la femme en travail : aucune préparation ne remplacera un accompagnement sécurisant.

## L'accompagnement de la femme en travail

À ce moment de crise, les besoins de la femme sont très exactement les mêmes que ceux du nouveau-né submergé par un éprouvé radicalement nouveau, l'enveloppe matricielle a disparu, il a besoin de sollicitude et de contenance. De même, la femme en travail a besoin d'une proximité non envahissante, du respect de ses initiatives personnelles et spontanées, de paroles et gestes qui donnent un sens sécurisant à ses émotions et sensations, de douceur et de fermeté, d'un rythme lent qui permette les ajustements, d'un gardien du seuil protecteur par rapport à un excès de stimulation.

Faire, comme c'est le cas aujourd'hui, injonction au compagnon d'assister sa femme pendant le travail, c'est bien souvent ne pas tenir compte de la charge émotionnelle que cela peut représenter

pour un homme qui n'est pas préparé aux enjeux de l'accouchement. Sa présence au côté de sa femme doit être élaborée au cours de la préparation, dans des séances de couple, en groupe mixte ou en groupe d'hommes, où leurs expériences, représentations, peurs et attentes puissent être interrogées.

La préparation doit aussi ménager un espace pour élaborer un lien de qualité avec la sage-femme en salle d'accouchement : sage-femme hospitalière et compagnon sont en effet, à ce moment-là, les deux éléments primordiaux de la matrice de soutien de la femme. Le travail en jeux de rôle est un outil particulièrement adapté pour proposer des expériences propices à susciter la réflexivité du couple et permettre les anticipations maturatives : anticiper par la pensée la place de chacun au cours du travail de mise au monde, celle de la sage-femme, celle du compagnon.

Faute d'un d'accompagnement « suffisamment bon » – de points d'appui externes –, faute de sécurité interne – de points d'appui internes –, les mouvements de la naissance se contrarient, le corps de la femme se ferme, se tend. La femme est en souffrance. Les sensations ne sont plus des guides pour les ajustements corporels, elles deviennent excessives. Le désordre fonctionnel s'installe. C'est dans ces situations, outre les cas de pathologies obstétricales, que l'apport de la péridurale constitue un immense progrès. Elle permet, par le relâchement musculaire induit, de vaincre le mouvement de résistance du corps maternel.

Sa place, depuis 35 ans dans les maternités, invite les sages-femmes à inclure dans la préparation un espace de réflexion autour du bon usage de cet outil.

## La péridurale : de l'idéologie au pragmatisme

Les échanges en groupe sont l'occasion de sortir d'un débat idéologique pour ou contre la péridurale : « *on ne peut se passer de péridurale pour accoucher* » ou « *le bon accouchement est un accouchement sans péridurale* ». Ils permettent de la présenter comme un outil éventuellement nécessaire, d'indiquer quand il peut être intéressant d'y avoir recours (impossibilité de récupérer entre les

contractions utérines, non-évolution du travail, absence de plaisir à vivre l'expérience), de donner des repères sur les principes de son utilisation optimale, sur ce qui permet de rester sujet en lien avec le bébé naissant.

Faute de cela, son utilisation comme paravent à toutes manifestations d'angoisse chez la femme (*ça ne sert à rien de se préparer puisque dès que j'aurai des contractions je demanderai la péridurale*) ou chez les professionnels (*ne vous en faites pas, nous allons tout prendre en charge*) cantonne la femme à une position d'agrippement aux techniques médicales. Cette position conduit invariablement à une hypertrophie de la responsabilité médicale et donc au cortège : accouchement sous haute surveillance, protocollisation de l'accouchement, normalisation des processus, inflation des interventions obstétricales avec les lourdes conséquences corporelles qu'elles induisent (douleurs postnatales, dégâts périnéaux...).

Enfin, ce qui est problématique n'est pas l'usage en soi de la péridurale, mais la décision *a priori* de son utilisation. Est alors barrée l'idée d'un cheminement, d'un processus : en donnant d'emblée la fin de l'histoire, on se prive de la découverte et de la richesse de l'aventure. Ce qui importe, ce n'est pas d'y avoir eu ou non recours, c'est d'avoir d'abord cherché en soi les ressources et les réponses pour effectuer le difficile labeur de la mise au monde.

## Non pas maîtriser mais anticiper : se préparer à l'accouchement

Nous avons vu que le mouvement maternel au cours du travail n'est ni un mouvement à apprendre ni une attitude volontaire : il est imprévisible et se construit en improvisant au fil des événements. Néanmoins la possibilité qu'il s'accorde au mouvement de la naissance s'enracine dans un travail préalable. De quoi s'agit-il ? Rien de moins que faire avec le réel, et être entier dans son intention : ici aider le bébé à venir au monde, être avec lui et s'en séparer. On le voit : c'est le travail de toute une vie de parent ! En ce sens, le processus de l'accouchement peut être vu comme la métaphore de la parentalisation, de ses difficultés, de ses enjeux. Le rythme des contractions est semblable à ce qui scande la vie :

repos et mouvement, paix et crise. Celui de la progression du travail évoque la diversité des rythmes d'évolution de chaque être avec ses phases de désespérante stagnation, de vertigineuse accélération ou encore ses moments de lenteur fluide. La violence des sensations incarne la violence des conflictualités, des émotions qui peuvent nous traverser. L'imprévisibilité des phénomènes parle de l'impossibilité de contrôler le réel et de l'irréductibilité de l'altérité. Nous bricolons ou construisons chacun au fil de notre existence nos stratégies et nos tactiques pour trouver notre façon d'être au monde et de *faire avec* l'autre. Cette fois, la parentalité nous demande de *faire pour l'autre*, de se mettre au service des besoins d'humanisation et d'humanisation. Chacun arrive plus ou moins frais et dispos devant cette tâche, et ce serait un euphémisme de dire que la société postmoderne prépare peu à cette tâche. Prendre le temps de se recueillir avant de se mettre à la tâche est nécessaire pour tous : le temps de préparation à la naissance peut être un temps d'*initiation*, un *rite de vie*. Le terme d'initiation est pris non dans le sens commun d'aujourd'hui – donner les premiers éléments d'un savoir – mais dans son sens traditionnel : *une introduction aux choses secrètes, cachées, difficiles, une introduction à un état social particulier*, ici celui de devenir parent. Il ne s'agit pas de prétendre apprendre aux parents à être parents, ni même de commencer à le vouloir. La sage-femme n'est pas en position de maître, elle est seulement facilitateur du cheminement, elle le balise. L'objectif est de permettre aux futurs parents de se questionner sur les choses difficiles de la vie. Pour beaucoup d'entre eux, ce sera la première fois qu'ils auront l'occasion de le faire et d'y être aidé : *quels sont mes besoins dans cette situation? Quels sont les besoins d'un enfant, ceux d'un nouveau-né? Quels sont mes besoins propres pour pouvoir aider le bébé à naître? Comment puis-je me faire aider? Comment puis-je me laisser aller dans la passivité? De quoi ai-je peur précisément? Qu'est-ce qui me sécurise?* La sage-femme offre un cadre contenant, un espace sécurisant et des expériences propices aux partages sur ces questions. Les échanges se font entre femmes, entre couples, dans le couple ou encore dans un dialogue femme et sage-femme. Ainsi, au rythme de chacun, et en fonction de ce que chacun peut

entendre, *les choses cachées* se révèlent : la vertu de la lenteur pour l'un, du différé pour l'autre, de laisser s'exprimer ses émotions ou de savoir demander de l'aide... Comme S. Fraiberg l'expose dans *Fantômes dans la chambre d'enfant* (1999b), nous nous appuyons sur les formidables capacités de changement que provoque la venue d'un enfant. Quand les parents ne peuvent pas approcher de ces mystères, cela signifie qu'ils sont trop terrifiants pour eux : les fantômes sont dans la chambre d'enfant... La sage-femme doit alors servir de lien vers un travail psychique.

La préparation à l'accouchement s'inscrit dans la préparation à la naissance et garde son intérêt quelle que soit l'issue obstétricale de l'accouchement. On aura compris qu'elle se fonde sur l'accompagnement de la femme dans l'appropriation de l'acte de mise au monde comme acte parental : elle permet de s'interroger sur les besoins de l'enfant et sur ses besoins propres. Chacun construit sa propre histoire dans l'aventure de la mise au monde.

Ainsi se manifeste la profonde cohérence des processus : le temps de travail de mise au monde est intégré au processus de parentalisation, la préparation a pour objectif de favoriser la confiance de la femme dans sa capacité à mettre au monde son enfant et à savoir se faire aider selon ses besoins. Chaque femme doit être accueillie dans sa subjectivité et le projet d'accompagnement réinventé en fonction de chaque histoire. La sage-femme est un des maillons de cet accompagnement. L'entretien prénatal est l'occasion d'élaborer ce projet. Le suivi postnatal est l'occasion d'assurer une continuité de suivi après la naissance. La sage-femme a alors comme principaux partenaires professionnels le pédiatre ou médecin de famille, les professionnels du psychisme, les puéricultrices, les TISF.

## **Le temps des bouleversements et le temps des compromis : la période postnatale**

---

Deux phases peuvent être décrites dans l'accueil du bébé : une phase de découverte et d'accordage, *le temps des bouleversements* et une phase de régulation, *le temps des compromis*.

## Le temps des bouleversements : aider à la construction du berceau psychique

### Une histoire banale...

Julie a accouché il y a 5 jours. Elle vient de rentrer à la maison. À la maternité, après 2 jours très calmes, le bébé a réclamé le sein pratiquement en continu. Au téléphone, sa mère, qui vit à 500 km de chez elle, lui dit qu'il faut espacer les tétées de 3 heures... Une sage-femme lui a dit qu'il faut allaiter à la demande, une autre « à la demande mais en espaçant un peu ». Certains professionnels ont estimé normale la courbe de poids du bébé, d'autres l'ont trouvé un peu inquiétante. Elle est sortie sans trop bien comprendre quelle attitude elle devait adopter. Son mari commence à se dire en son for intérieur que ce bébé est nerveux et que le biberon serait plus simple. Julie veut lui montrer qu'elle s'en sort très bien, qu'elle n'est pas si fatiguée qu'il le lui dit. Dès que le bébé dort, elle range la maison, s'occupe du linge, prépare le repas. Pourtant, c'est très pesant dans le bas du corps, et les hémorroïdes qui sont sorties à l'accouchement lui font assez mal quand elle reste longtemps debout. Au bout de quelques jours, les tétées deviennent une dramaturgie excessivement embrouillée et sombre. Mille pensées roulent sans cesse en elle : « C'était si simple pendant la grossesse... Plus rien n'est évident... Je suis censée lui éviter tout malaise, tout pleur, tout désagrément et pourtant le voilà là pleurant, agitant d'une façon qui me semble désespérée ses maigres bras et ses jambes de grenouille. Je devrais savoir, savoir reconnaître avec précision la cause de ses pleurs, savoir trouver la bonne réponse à chacun de ses cris, je devrais ne pas être aussi épuisée ni ainsi excédée... Il pleure de plus belle, il doit sentir mon anxiété, mon stress, cela l'angoisse à son tour, il va être aussi angoissé que moi, moi qui ne voulais pas qu'il souffre comme j'ai souffert, moi qui voulais tout lui donner... »

Que faut-il faire devant ces pleurs qui lui semblent incessants ? Le seul à qui elle peut en parler, c'est à son mari et lui, il n'en sait rien : « Peut-être qu'un biberon... ? » Sa mère au téléphone lui a dit qu'elle aussi elle avait mauvais

caractère quand elle était bébé. Ce soir elle pense qu'elle va craquer complètement. Cet après-midi, des amis sont venus pour voir le bébé : leur servir à boire, la conversation à assurer, faire comme si tout allait bien, laver les verres même si l'on est épuisé... Jamais elle n'aurait imaginé un tel cauchemar... Plus elle est fatiguée, moins elle dort... Elle n'a plus d'appétit... Une banale dépression du post-partum s'installe à demeure...

Les premières semaines du postnatal sont marquées par les besoins d'accordage de la femme, du bébé et du *socius* à la naissance (Rochette, 2007). Cette nécessaire phase de « chaos » des quarante premiers jours définit notre accompagnement pour cette période : en sollicitude pour tout ce qui peut permettre la construction du berceau psychique. La petite histoire précédente constitue une illustration malheureusement trop fréquente dans nos sociétés post-industrialisées des effets délétères d'une absence de matrice de soutien adaptée : au lieu d'accordage, c'est la cacophonie, la « dysrythmie dans la nurserie » (cf. p. 152).

La période est marquée par l'intensité d'une aventure qui d'une part a été investie de tout un imaginaire et de représentations issues de la culture, de la famille, de ses lectures..., et qui d'autre part est en soi une totale découverte, une traversée dans l'inconnu. Inconnu cet être nouveau-né, inconnue cette face de soi-même *nouvelle mère*, inconnue cette nouvelle façon de vivre en couple.

L'immaturation du bébé humain lancé dans sa nouvelle vie comme un « cosmonaute dans l'espace sans combinaison », ainsi qu'Esther Bick le décrit (Harris Williams, 1987), réclame avec vigueur la sollicitude et la créativité parentale pour lui donner l'illusion d'une continuité d'avec sa vie intra-utérine et lui faire découvrir progressivement « le monde à petites doses » (Winnicott, 1971).

Il faut donc du temps, beaucoup de temps, des heures calmes, de l'intimité, il faut un environnement sécurisant, matériellement bien sûr mais aussi émotionnellement. Or, aujourd'hui, le séjour à la maternité se raccourcit, amenant chacun, équipe de maternité et parents, à vouloir trop vite une régulation du bébé dans ses rythmes biologiques (Rochette, 2007). De retour à la maison, bien des parents ne peuvent pas compter sur une aide de leur famille.

Penser le soutien de la période postnatale c'est penser, et anticiper, tout ce qui dans l'organisation du couple, l'environnement familial et amical va pouvoir permettre à la femme de se consacrer à son repos et à la découverte de l'enfant. Le soutien professionnel doit être mis en place chaque fois que nécessaire.

Le repos est indispensable physiquement : le péri-née a été distendu à l'extrême de ses possibilités, le bassin est dans une grande laxité, il est nécessaire de leur offrir une convalescence suffisante. Précisément, et dans une étonnante cohérence temporelle, ce sont ces 40 jours de construction du berceau psychique qui coïncident avec le temps de récupération tissulaire.

Le repos est indispensable pour instaurer le calme nécessaire à la découverte du bébé et du « être parent de ce bébé ». Il permet à la femme de vivre pleinement l'état de *préoccupation maternelle primaire* et l'état de vulnérabilité émotionnelle de la période.

Les sociétés traditionnelles ont instauré un ensemble de devoirs communautaires envers l'accouchée qui assure la prise en charge matérielle de ses besoins. Le terme de *relevailles* a disparu de notre vocabulaire et, dans notre suivi du postnatal, nous devons bien souvent redire aux parents que la mère n'est pas là pour recevoir les invités et en prendre soin; bien plus, il est légitime de demander aux intimes d'apporter un repas ou d'offrir toute autre forme d'aide.

Le soutien émotionnel doit apporter chaleur, encouragement, valorisation des compétences maternelles et de celles du nouveau-né, reconnaissance de l'importance des efforts parentaux, une guidance interactive quand cela est demandé ou nécessaire. La mère doit pouvoir faire tranquillement ses expériences, ses premiers pas, ses essais, ses erreurs. Cela est possible si l'entourage lui signifie, par son attitude, qu'elle est, et elle seule, « l'experte pour son bébé », que les erreurs ne sont jamais dramatiques du moment que les gestes sont faits dans le désir de répondre au mieux aux besoins du bébé. Il faut tout le calme et le respect que demande cette période où s'effectue, en même temps que la rencontre, le deuil de certaines idées que l'on se faisait de ce bébé, de soi comme mère, de soi comme couple parental.

*Il est souvent nécessaire d'accompagner les parents dans la découverte que, après la naissance, il ne peut y avoir de réponse totale au bébé, de réponse pleinement satisfaisante. Prétendre répondre à tous les besoins du bébé serait une illusion, un mensonge. L'enfant va aussi connaître le malaise, l'ennui, l'énervement, l'agacement devant des réponses inadaptées à ses besoins (le lait coule trop fort ou pas assez fort). Cela peut être difficile d'accepter de ne pas avoir réponse à tout* (Interview SF, 2009).

L'entretien prénatal puis le temps de préparation à la naissance doivent être l'occasion d'élaborer avec les parents, en fonction de leurs besoins, une matrice de soutien adaptée à partir de leurs ressources privées et des ressources professionnelles et associatives locales. L'aide à domicile professionnelle par les TISF, l'intervention des puéricultrices de PMI et des sages-femmes libérales constituent un élément de progrès décisif et une réponse particulièrement intéressante aux défis que les besoins de la parentalisation posent à nos sociétés. Ces interventions sont d'autant plus pertinentes et cohérentes qu'elles s'inscrivent dans une continuité de suivi et dans une qualité de lien entre les professionnels unis par une culture commune autour de la naissance.

R. Rubin (1984) nous transmet deux notions clés pour comprendre les problématiques du postnatal : le *donner/recevoir* et le *je/tu*.

*Le je et le tu* : la délimitation de ce qui est soi et ce qui est le bébé commence après la naissance dans un processus d'individuation et de formation de frontières. La séparation en deux individus distincts, discontinus, pour former l'union de deux êtres est plus complexe et plus difficile que le processus de lien de la grossesse. L'unité d'identification (ce qui arrive au bébé arrive à soi) persévère au-delà de la grossesse (Rubin, 1984).

Nous avons pu ressentir plus haut, dans l'histoire de Julie, combien cette identification de la mère au bébé est source d'empathie mais aussi de confusion : les pleurs du bébé deviennent ses propres pleurs d'enfant malheureux. Le soutien de la mère consiste, pour le professionnel, à résister soi-même à la tentation de trouver une recette miraculeuse qui fasse cesser les pleurs et d'inviter la mère à exprimer les émotions que ces pleurs provoquent en elle.

*Le donner/recevoir* : la mère a besoin de sentir l'excellence de ce qu'elle donne à l'enfant. Or, dans les premières semaines « l'enfant est trop faible comme partenaire pour soutenir la réciprocité requise dans la formation des liens » (Rubin, 1984), autrement dit, il ne peut exprimer d'une façon évidente pour la mère ni qu'il reçoit bien ce qu'elle lui donne, ni qu'elle lui donne ce qui est bon pour lui. Pour bien des mères, ce n'est que lorsqu'il sourira, babillera, qu'elles se sentiront soulagées : « *je n'ai pas si mal fait puisqu'il sourit maintenant* », disait la maman d'un bébé de 3 mois. *C'était horrible, je me disais : c'est quoi cette arnaque internationale... Tout le monde dit qu'un bébé c'est merveilleux... Mais c'est horrible, en fait, les premiers mois...* » Le soutien de la mère sur ce registre du donner/recevoir consiste à se faire l'interprète du bébé, qualifier et confirmer les compétences maternelles.

#### Un suivi à domicile 10 jours après la naissance

Carole a demandé très tardivement un entretien prénatal : au 8<sup>e</sup> mois. Elle était auparavant absorbée par ses responsabilités professionnelles. Elle a eu une césarienne pour présentation du siège. Elle ne peut pas allaiter suite à une plastie mammaire. Au cours de la préparation (accélérée), elle avait exprimé ses peurs de mal s'y prendre avec le bébé. Nous avions convenu d'une visite à domicile après leur retour de la maternité. Je me rends donc chez elle au dixième jour de vie du bébé, trois jours après leur sortie.

Elle est fière de me montrer son bébé, ne semble pas trop fatiguée, par contre tout lui est problématique : faut-il descendre le bébé en bas au salon, ou le laisser dans la chambre du haut ? Elle a peur de le faire tomber en descendant les escaliers, elle se demande « ce qu'il faut faire avec lui, une fois que je lui ai donné le biberon et l'ai changé... Je dois jouer avec lui ? »

Je profite d'un éveil du bébé pour lui proposer d'observer le change : on venait de parler de bien placer les élastiques de la couche et elle pensait que l'on ne lui avait pas montré cela à la maternité. Je peux alors observer que durant ces soins, change et biberon, elle parle à son

bébé, sa voix est câline, rythmée, rassurante, ses mots élogieux, amoureux.

L'observation finit de me rassurer sur la qualité de la relation, et me permet alors de répondre de façon adéquate à sa question *que faire avec le bébé?* : « Mais exactement ce que vous êtes en train de faire... ». Elle dira par la suite comment ce temps passé ensemble lui aura suffi pour trouver aisance et assurance avec son bébé.

### Le temps des compromis : soutenir les régulations et les sevrages progressifs

Dans les situations les plus tempérées émotionnellement et après le chaos des six premières semaines, les regards du bébé, ses sourires puis ses babils permettent aux parents de confirmer maintenant par leurs propres observations la bonne qualité de ce qu'ils apportent au bébé. Les parents ont ou vont peu à peu instaurer un rythme de vie avec le bébé assurant un compromis satisfaisant pour tous entre les besoins du nourrisson, ceux de la femme, de l'homme, ceux du couple et de la fratrie. Le temps s'organise, les discontinuités s'établissent entre temps de soin pour le bébé et temps pour soi ou pour le couple (l'inter-soin), les macrorhythmes s'installent dans une prévisibilité rassurante pour le bébé.

### Un rythme à établir

Le manuel développe ailleurs les pathologies du lien (cf. chapitre 8). Il est ici évoqué ce que peuvent souvent rencontrer les sages-femmes, puéricultrices et TISF : nombre de parents qui, en raison de leur désir de bien faire ou leur peur de mal faire, vivent leurs journées au rythme des pleurs du bébé, sans introduire progressivement de scissions dans la relation. En ce sens, ces dernières années le terme d'*allaitement à la demande* est fauteur de bien des confusions : que veut dire « à la demande » ? quand le bébé le demande ? Mais alors, de fait, cela s'entend comme *quand le bébé pleure...* Donc faudrait-il mettre au sein dès que le bébé pleure ? De même, la notion véhiculée par les médias de *se mettre au rythme de l'enfant* va signifier pour le parent plein de bonne volonté, ne coucher l'enfant que quand *il veut dormir*, c'est-à-dire fort tard. En un mot nous voyons bien des parents qui, faute de transmissions, de soutien,

n'instaurent ni rythmes, ni scansion dans la relation, assurant une présence permanente et épuisante pour tous auprès du bébé. C'est ce qu'exprime le psychologue A. Konicheckis : « Contrairement à ce qu'on imagine, les bébés sont plus costauds pour peu qu'ils se sentent soutenus et portés par une relation fiable et prévisible. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient portés et nourris en permanence. Les mini-discontinuités peuvent leur être particulièrement bienvenu... »<sup>88</sup> C'est sur cette même nécessité qu'insiste une sage-femme lors de la préparation de l'allaitement.

L'allaitement commence par une période où la mère se sent encore en symbiose avec l'enfant. Je l'invite à s'y laisser aller, les tétées n'ont pas de rythme, sont longues ou courtes. Rien de tel pour apprendre à connaître son bébé que de l'observer et lui répondre de façon évidente et spontanée. Après cette période de découverte vient un temps où les parents prennent un peu de recul et où ils commencent à se questionner sur le rythme des tétées, du sommeil, des états de veille... L'éducation de l'enfant commence déjà avec l'allaitement et donc relève de choix parentaux. Sur ces choix nous n'avons rien à dire du moment qu'ils font sens pour eux : allaiter toute la journée ou par intervalle de 3 heures, attendre que le bébé lâche le sein ou lui faire lâcher si c'est trop long... Nous pouvons juste nous tenir à côté d'eux et les soutenir dans le respect des besoins de l'enfant mais aussi de leurs propres besoins d'adulte. Le bébé de lui-même peut être totalement absorbant, les parents doivent aussi tenir compte de leurs besoins de rythme, de repos, de temps pour soi... (Interview SF, 2009).

L'apport de la réflexion psychanalytique permet à la professionnelle d'avoir quelques repères pour penser la période et ses enjeux.

## Fonction maternelle et fonction paternelle

Si l'enfant n'a pas nécessairement besoin d'une mère maternante et d'un père paternant, il a besoin, pour assurer son développement psychique, de

prendre appui sur deux fonctions : *la fonction maternelle et la fonction paternelle* (Houzel, 2002b; Golse, 2004).

La fonction maternelle apporte une enveloppe sécurisante : contenant, elle rassemble; moelleuse, elle amortit les chocs; prévenante, elle évite les changements brutaux; nourricière, elle anticipe les besoins. Elle est dans la continuité et l'élasticité.

La fonction paternelle offre un appui, un support aux fonctions maternelles pour contenir les angoisses de la mère, confirmer ses compétences, protéger l'espace nourricier. Comme le précise A. Ciccone (2009–2010), « elle est au service du lien avant d'être au service de la séparation ». Elle constitue l'appui, le solide, le consistant, la colonne vertébrale. Elle articule le lien, la structure en séquences, assure le rythme (présence/absence, continuités/discontinuités).

Ces fonctions se déclinent chez chacun des deux parents dans une infinité de tonalités, créant de multiples combinaisons à l'intérieur de chaque économie conjugale. La créativité parentale peut alors s'exprimer librement pour autant qu'elle offre à l'enfant les deux registres de ces fonctions psychiques.

## Les sevrages

*Le concept des sevrages*, sevrages de corps et sevrages psychiques, parle de ce qui peu à peu crée des discontinuités entre la mère et son enfant, rythme des soins et inter-soins, rythme du regard et de l'attention portés sur l'enfant et portés ailleurs. P. Rossi dans *Monoparentalité précaire et femme sujet* (2004) évoque, en se référant à D.W. Winnicott, le rôle crucial de ces phénomènes qui conduisent à l'individuation de l'enfant : « Être sevré pour un enfant, c'est pouvoir se séparer. C'est trouver fond, bord et sol, sur lesquels prendre appui, évoluer, s'élever et grandir, prendre élan, supporter le manque, risquer l'inconnu, l'absence et le langage, sans que son intégrité psychique s'en trouve menacée. »

Ainsi, soutenir la femme en tant que sujet de désir (prendre un peu de temps pour soi-même après les premières semaines de symbiose avec le nouveau-né, puis réinvestir sa vie amoureuse, sociale, professionnelle), c'est soutenir ce qui la fait désirer ailleurs et laisser du champ libre à l'enfant, c'est inscrire l'espace du tiers entre elle et l'enfant.

<sup>88</sup> A. Konicheckis : communication personnelle, 2010.

Face à des idéologies qui s'affrontent (la femme-mère ou la femme semblable à l'homme, l'apologie ou la dénonciation des nouvelles formes de parentalité), la vérité des nécessités psychiques de l'humanisation affirme la nécessité d'un aller-retour entre le maternel et le être femme, entre-deux scandé par une fonction paternelle structurante. Ces nécessités assurées, toutes formes de conjugnalité, de famille sont ainsi possibles.

Néanmoins notre soutien et notre guidance parfois n'amènent aucune évolution, nous constatons que la mère est toujours autant angoissée par les pleurs du bébé, son attention est en permanence mobilisée par une hypervigilance auprès du bébé, les pleurs la paniquent... C'est alors que nous devons évoquer avec elle le besoin d'être aidée par un travail psychique. Nous avons besoin de nouer des liens de confiance professionnels avec des psychologues, pédopsychiatres et des équipes de soins psychiques précoces. Cela facilitera la décision de la mère ou du couple d'aller travailler les questions douloureuses et envahissantes de la période. Là encore, s'ils ne le veulent pas ou n'y sont pas prêts, c'est à nous de nous faire aider par un travail d'élaboration de notre pratique et de garder présent en nous l'autre professionnel. Il fera alors fonction de tiers interne.

## La rééducation périnéale : clôturer le postnatal

La rééducation périnéale est maintenant très popularisée et, le plus souvent, ce qui est véhiculé c'est l'idée qu'il faut que ce soit « comme avant » et y arriver le plus vite possible. Pourtant chaque femme a son rythme propre et la rééducation ne peut parfois se faire que de nombreux mois après la naissance. Il ne s'agit pas non plus de « réparer comme avant » : le nouvel état est souvent perçu avec une notion de perte, de diminution. C'est dommage : ce serait se priver de la fréquente possibilité que ce soit même mieux qu'avant (Interview SF, 2009).

Le périnée au cours de la grossesse a eu une fonction de soutien de la matrice utérine, il a porté, soutenu le bébé. C'est sa qualité de tonicité qui a été sollicitée. Au moment de l'accouchement, c'est à son élasticité qu'il a été fait appel. Il s'est alors

dilaté d'une façon extraordinaire. Il doit donc ensuite bien se reposer : pendant quarante jours. Ce n'est qu'ensuite que le travail dynamique périnéal peut commencer. Cela débute par un temps de bilan périnéal. Au travers de ce bilan, la sage-femme observe l'état du périnée dans sa fonctionnalité, son tonus, sa mobilité, mais elle est aussi attentive à l'état de la mère, sa fatigue, son élan, son plaisir, les interactions avec le bébé, l'évolution de la relation. La « rééducation périnéale » ne peut être un travail mécanique, encore moins passif, où la femme serait soumise à des stimulations électriques dans un box. C'est un temps qui se propose pour accompagner les « retrouvailles » du couple, de la femme avec sa vie de femme. C'est un temps de sollicitude pour la mère, sollicitude pour son corps au travers de massages, de guidance dans des mouvements de récupération. Mais ce peut aussi être un temps nécessaire de parole autour des questions du quotidien avec le bébé, de la reprise du travail, de sa vie de femme et de couple.

L'état du périnée peut témoigner d'un accouchement traumatique (il est effondré ou sidéré) mais aussi d'un épuisement maternel (il reste atone) ou d'un désarroi maternel (elle reste en état d'ouverture complète sans possibilité de se rassembler). Ainsi le travail sur le périnée peut s'envisager comme la clôture du premier acte du postnatal, du temps de la complète disponibilité parentale.

Enfin, ces séances peuvent être plus qu'une rééducation : l'occasion d'un apprentissage, la découverte de la richesse des mouvements du vagin (mouvements de fermeture variés; mouvement d'aspiration, de rassemblement; des mouvements doux, rythmés et puissants). Le second acte s'ouvre sur une nouvelle existence du être femme.

## De la préparation à la naissance à l'accueil du bébé

Ces repères sur la temporalité de la période postnatale permettent de clarifier ce qu'il est prioritaire de transmettre aux parents dans le temps de préparation : la confiance dans leurs compétences et dans celles du bébé; la reconnaissance de la grande valeur de leurs soins et sollicitude auprès du bébé; la prise de conscience de la complexité de

la période avec ses moments de crise et d'équilibre, d'inconnu et de découverte; la prise de conscience des différentes séquences de l'accueil du bébé; le besoin de prendre son temps, de trouver son style propre de maternage; enfin le besoin d'élaborer une matrice de soutien adaptée et de savoir se faire aider.

P. Percival et C. MacCourt exposent dans *Le nouvel art de la sage-femme* (2004) une façon humoristique d'aborder avec les parents les réalités des premiers jours de vie avec le bébé : « Clarifiez par la discussion le fait que la société promeut une image hautement romantique de la parentalité qui est complètement différente de l'expérience concrète. Sur le ton humoristique, discutez des trois "êtres parfaits" : La Mère parfaite, Le Père parfait et le Bébé parfait. Encouragez les membres du groupe à discuter de la manière dont cette image de la parentalité peut affecter les jeunes parents. »

L'agora ménagée au sein des groupes de préparation offre un lieu propice aux échanges. Les séances sur la vie avec le nouveau-né soulèvent de nombreuses questions : *faut-il ou pas laisser pleurer un bébé? Faut-il le mettre tout de suite dans sa chambre ou dormir avec lui? Quel est son rythme de sommeil?*

La visée de la sage-femme doit être alors double : ne pas donner de réponse à la place de celle que les parents vont élaborer et, dans le même temps, leur donner des repères sur lesquels ils puissent s'appuyer. En partant des expériences parentales, celles qu'ils ont eux-mêmes vécues, celles qu'ils ont observées chez leurs proches, de leurs questions, de leurs inquiétudes, les échanges reconstruisent avec simplicité les besoins de la période néonatale.

Au travers des questionnements sur les soins quotidiens sont évoqués les besoins du nouveau-né, la particularité des quarante premiers jours, les rythmes propres du bébé (éveil, sommeil), les pleurs et les « coliques ». La mort subite du nourrisson est souvent un thème abordé par les parents.

Enfin, les échanges doivent permettre les anticipations nécessaires sur les difficultés coutumières de la période : dépression, difficultés du lien, solitude. C'est ainsi qu'en témoigne une sage-femme dans l'encadré ci-dessous.

Laisser les femmes parler... c'est cela aussi la préparation... Dans un groupe, une femme nous fait part de sa peur de reproduire avec son enfant des violences qu'elle a elle-même subies... Toutes les femmes se sont senties concernées par cette problématique... En effet, des désirs de violence envers l'enfant peuvent être ressentis par tout un chacun. Ils peuvent nous envahir d'autant plus que l'on ne prend pas en compte ses propres besoins, besoins de repos, d'aide, de soutien, de parler de ce que l'on ressent à un autre qui peut l'entendre... J'invite aussi à parler de la famille, des proches : la naissance ne peut s'abstraire de tout cet environnement, qui modèle à sa façon l'histoire : grands-parents, fratrie, amis, voisins, tous sont là autour du berceau... (Interview SF, 2009).

Les questions sur la dépression sont l'occasion de rappeler que, pour chacun de nous, de très vieux conflits psychiques peuvent ressurgir lors de la naissance. La sage-femme doit donner des repères sur les signes de dépression.

Les échanges mettent aussi en avant les ressources professionnelles et associatives aptes à apporter de l'aide dans ces situations : rôle des TISF, des puéricultrices et de la PMI, des soutiens psychiques, des maisons vertes...

## Aborder l'allaitement maternel dans la préparation

Dans notre programme de préparation à la naissance, une question se pose : doit-on réserver une séance traitant exclusivement de l'allaitement au sein si l'on tient compte du fait que nombreuses sont les femmes qui choisiront l'allaitement au biberon? Le préalable à cette question est l'affirmation vigoureuse que le choix d'allaitement relève du choix intime de chaque femme et qu'en tant que tel il doit être pleinement respecté et valorisé. Il ne saurait être question, lors de la préparation et du suivi, d'exercer un quelconque prosélytisme pour l'allaitement maternel. La disposition de chaque femme à cet endroit ne dépend ni de la rationalité ni d'arguments scientifiques ainsi que le précise M.A. Hays (2008) : « La tendance actuelle est à la promotion de l'allaitement maternel, si possible exclusif et

jusqu'aux 6 mois du bébé (France, Organisation mondiale de la santé). Les recherches en biologie, physiologie, pédiatrie, étayaient cette position indéniablement scientifique, fondée sur l'adaptation nutritionnelle du lait maternel aux besoins du nouveau-né, et sur l'attachement qui découlerait de la proximité corporelle mère/enfant. Cette recommandation peut néanmoins sonner comme une injonction et négliger alors la complexité du geste d'allaitement, qui chez l'être humain est un geste de culture autant que de nature, impliquant non seulement la biologie et les comportements, mais aussi les émotions, les représentations et les fantasmes.»

Certaines femmes qui choisiront d'utiliser le biberon, évoquent lors des échanges un rejet de ce qui leur semble trop marqué d'érotisation, d'autres ne peuvent soutenir le fait que le bébé ne dépende que d'elles pour sa survie ou sont terrifiées à l'idée de ne savoir reconnaître s'il a faim... La plupart ignorent les raisons de leur choix. Quelles qu'elles soient, elles n'en demeurent pas moins à respecter. Notre soutien de l'allaitement peut consister parfois à aider la mère à stopper un allaitement au sein lorsque trop d'acharnement, de difficultés sont en train de mettre en péril la qualité de la rencontre avec le bébé.

Pour autant, la préparation à l'allaitement au sein s'inscrit pleinement dans la préparation à la naissance. Le fait de parler et d'échanger autour de l'allaitement au sein d'une façon simple, pragmatique et dans le respect de la subjectivité de chacun, est l'occasion pour chaque femme de trouver un espace de réflexivité, de méditation, pour pouvoir décider de ses choix de façon libre et éclairée. La connaissance de l'allaitement au sein aidera les mères qui font le choix d'un allaitement au biberon à apporter à l'enfant tout ce qui dans le domaine sensoriel et relationnel peut être transposé pour répondre aux besoins du nouveau-né. Enfin, il y a une raison très pratique à l'effort d'initiation à l'allaitement au sein lors de la préparation : si la technique du biberon est relativement simple à enseigner, si la conduite de l'allaitement artificiel relève d'un protocole tout à fait consensuel (quantités, intervalles entre les tétées...), celle de l'allaitement au sein suscite les avis les plus contradictoires. Une pluie, un orage de conseils vont s'abattre sur l'accouchée, et ce d'autant plus que la mise en route est difficile. En l'espace de 5 jours, la jeune mère

aura entendu «*tout l'éventail des théories : allaitement à la demande, allaitement espacé, allaitement à la demande mais régulé!*» (propos d'une maman d'un bébé de 15 jours). D.W. Winnicott en 1957, dans une conférence sur la contribution de la psychanalyse au travail des sages-femmes et des puéricultrices, soulignait déjà les erreurs d'interventions des professionnels auprès de la mère lorsque, au lieu de s'appliquer à créer le climat sécurisant et chaleureux dont elle a besoin, ils s'interposent entre elle et le bébé : «*Je vous rappelle que les puéricultrices éprouvent elles-mêmes des sentiments, comme les sages-femmes, et qu'il leur est pénible de rester à regarder un nourrisson perdre son temps au sein. Elles ont envie de mettre le sein de force dans la bouche du bébé ou d'écraser la bouche du bébé contre le sein. Le bébé réagit alors en se retirant.*»

Il expose comment chacune de nous, professionnelle auprès d'une mère qui fait ses débuts avec le bébé, peut être «*poussée par la peur plutôt que par l'amour*» (Winnicott, 1957). À nouveau ici, le difficile travail de passivation est requis. Il est important de préciser cela aux parents : les personnes à inclure dans la matrice de soutien de l'allaitement sont celles qui font preuve d'une observation attentive et chaleureuse.

Nos études universitaires de sage-femme sont trop souvent insuffisantes pour accompagner l'allaitement maternel. Fort heureusement, aujourd'hui, une excellente documentation permet de compléter notre formation : *L'allaitement* (Thirion, 1985), *Pour un allaitement réussi* (Royal College of midwives, 1991), et l'apport novateur pour les sages-femmes de M.A. Hays (2001) qui a popularisé les travaux d'E. Socolva sur l'observation attentive de l'allaitement du nouveau-né et l'application clinique en maternité de l'échelle de Prague. Tous portent l'accent sur l'importance cruciale d'un corps à corps mère/bébé ajusté. Le mérite d'E. Socolva et M.A. Hays est d'extraire cette question d'une approche purement technique pour introduire la dimension psychique et relationnelle dans l'allaitement : les items de l'échelle de Prague sont précisément organisés par l'interaction corporelle, au plus près des conditions biologiques qui rendent l'allaitement tout simplement possible (Hays, 2001).

L'événement *allaitement* devient alors une histoire, dont on observe la narrativité, de la *salutation*

(Hays, 2008) à sa conclusion. L'observateur, par sa présence bienveillante et attentive, à l'écoute de ses propres émotions, offre un soutien à la mère favorisant la rencontre avec le bébé.

Lors de la préparation à l'allaitement, plutôt que de donner des explications techniques, la sage-femme peut jouer des saynètes avec un poupon et inviter les femmes à observer et commenter : ainsi les mères peuvent mieux comprendre les difficultés habituelles de l'allaitement.

Nous venons au fil des pages d'explorer les différents temps de la périnatalité dans la banalité du quotidien mais aussi dans leurs enjeux humains. Familiales de la naissance, nous nous tenons auprès de la femme dans sa traversée. Vigies, nous observons le large et guettons les signes de dangereux écueils susceptibles de faire courir un risque somatique ou psychique à la mère ou l'enfant : s'il le faut, nous réveillerons l'équipage et les officiers. La question de la vigilance sur la dimension psychique est souvent complexe.

Je voudrais illustrer notre accompagnement par la présentation d'une traversée avec Lilia, histoire toute simple et emblématique : malgré les difficultés de la première naissance, j'ai choisi, nous avons choisi avec Lilia, un voyage simple. Les acteurs en ont été : elle, son mari parfois, quelques femmes et la sage-femme.

## **Illustration clinique :** **Lilia, le deuxième voyage**

---

Lilia m'est adressée par sa gynécologue pour l'entretien prénatal, elle en est à son cinquième mois de grossesse. Elle a déjà une fille de 4 ans : Mounia. C'est une jeune femme très discrète, presque timide, à la voix très douce. D'emblée elle se dit très heureuse de pouvoir parler à une sage-femme et elle poursuit posément : « *Je n'ai pas vécu ma première grossesse, j'étais centrée sur mes études. Je n'avais aucune relation avec le bébé dans le ventre..., ma fille, je ne la touchais pas, ne lui parlais pas... J'étudiais, j'étais absorbée par mes études et cette grossesse n'est pas venue au bon moment, de toute façon même plus jeune je ne voulais pas d'enfant, je pensais seulement à ma carrière. J'ai suivi des séances de préparation à l'accouchement, mais c'était très technique,*

*exercices de respiration, informations, je faisais ça parce qu'il fallait le faire, mais sans plus... L'accouchement s'est mal passé, enfin pour moi car mon mari, lui, a trouvé que tout allait bien. J'ai eu très mal malgré la péridurale, ça a duré 36 heures. À la fin, j'ai eu tout ce que je redoutais, spatules, épisiotomie, et quand le bébé est sorti, je n'ai même pas eu le réflexe de la prendre dans mes bras, je restais totalement affolée de l'accouchement en lui-même. »*

Elle est très émue en disant ces derniers mots. Je l'encourage à continuer après lui avoir dit que beaucoup de mères réagissent comme elle, à la naissance, quand le travail a été très éprouvant. Je suis attentive à discerner dans la suite du récit la façon dont les liens se sont établis avec sa fille. Elle poursuit : « *Je ne me sentais pas très attachée à ma fille; pendant deux ou trois mois, je disais "le bébé" et non "ma fille". C'est la première fois que j'en parle... [Elle pleure.] Mon mari, lui, il trouve que tout est normal, que tout va bien. Alors j'ai gardé tout enfoui. À la maternité, j'ai eu la visite de la psychologue, mais je ne voulais rien lui dire... J'avais honte... Pourtant je voulais protéger ma fille : au deuxième jour, les puéricultrices m'ont dit qu'elle était hypothermique, je l'ai prise contre moi, je ne voulais pas la laisser dans le berceau. Mais je ne me sentais pas normale, je la sentais comme une étrangère dont je devais prendre soin, ça m'angoissait beaucoup de sentir cela... Ça a duré deux mois, j'étais épuisée, je ne dormais pas. Ma fille, elle, n'a pas fait ses nuits pendant un an et demi et dans la journée elle dormait très peu. »*

Elle a allaité Mounia 6 mois... J'observe la différence entre l'énoncé « *je n'étais pas très attachée à ma fille* » et l'énonciation de Lilia qui au fond exprime une réelle sollicitude pour son bébé. Je reste attentive à l'émotion qui se dégage de ces souvenirs, à la détresse qu'elle exprime mais aussi à la femme qui me parle aujourd'hui et à notre rencontre. Les clignotants anamnestiques sont présents : accouchement difficile, dépression du post-partum, difficultés du lien précoce. Pourtant, je ne suis pas inquiète : son récit est riche, nuancé, impliqué, les émotions sont fortes mais contenues, l'échange avec elle est agréable, simple et chaleureux.

J'ai néanmoins besoin d'en savoir plus sur ces premiers liens. Je l'invite à préciser la période où elle a commencé à avoir des moments de plaisir avec le

bébé : « *Après quatre mois, cela a été mieux, il y avait de vrais moments de plaisir...* » Je trouve cela de bon augure.

Je l'interroge sur ses relations avec sa mère : « *Ma mère nous a élevés seule, en Algérie, nous les quatre enfants... Ça a dû être très dur pour elle, je pense. Avec nous elle a toujours été très distante, il y a un mur entre nous et elle, jamais de marques de tendresse.* » Ces mots-là sont dits avec des larmes mais aussi beaucoup de dignité.

Je la questionne sur Mounia : comment se développe-t-elle ? « *Elle va très bien, ça se passe bien à l'école, ce qu'il y a c'est qu'elle est très collée à moi, comme si elle n'était jamais rassasiée de sa mère, elle est aussi très timide, comme moi... J'ai très peur de reproduire ce que j'ai vécu avec ma mère sans le faire exprès... Je ne voudrais pas mais j'ai connu que ça... Pour cette grossesse je veux vraiment que ce soit différent, et déjà ça l'est : je pose mes mains sur le ventre, je parle au bébé...* »

Elle se décrit comme très stricte, très sévère avec sa fille « *comme ma mère* ». Mais, quand je lui demande plus de précisions, elle évoque des temps de câlins, des rites doux d'endormissement... De ses propos se dégage beaucoup de tendresse. Je la questionne sur le soutien que lui apporte son mari : il est très pris par son travail et ne comprend pas vraiment ses « états d'âme ». Elle n'est pas sûre qu'il viendra à la séance de préparation des hommes ou à celle pour les couples, mais cela ne la dérange pas. Elle parle de lui avec calme et sans ressentiment, il s'occupe beaucoup de Mounia.

Lors de notre synthèse commune, à l'issue de cette première rencontre, elle exprime l'apaisement d'avoir pu déposer son fardeau : « *Le fait que vous ayez compris ce qui s'est passé va me permettre d'aller vers ce que je veux : cette grossesse je veux la vivre pleinement.* » Je la sens véritablement soulagée. Seul mon Surmoi professionnel est un peu turbulent : est-ce un cas où il est nécessaire de sonner l'alarme du réseau ? Est-ce que je dois transmettre les informations qui m'ont été confiées à quelqu'un et à qui ? Je lui dis qu'il me semble qu'un travail avec un psychologue pourrait lui être utile. Elle me réaffirme que l'essentiel pour elle a été de déposer son histoire ici et que l'on ait établi notre projet d'accompagnement. Je reste intérieurement avec l'idée qu'une élaboration sur son histoire ne serait pas superflue. Néanmoins, je ne perçois aucun signe d'appel psy-

chique, bien au contraire sa réflexivité, sa narrativité et ses anticipations sont tout à fait rassurantes. De plus la rencontre a été de qualité. Malgré cela, je reste prudente : les antécédents de la première grossesse justifient une deuxième rencontre.

Lors d'une deuxième séance individuelle, où elle confirme l'effet apaisant du premier entretien, je guide un travail tout simple de relaxation et de contact sensoriel avec le bébé. Nous observons les différents mouvements du bébé : les mouvements réflexes, les mouvements de déplacement et les mouvements relationnels. Elle est très touchée par ces découvertes. Pour ma part, le sentiment de sécurité dans cette situation se confirme : je peux naviguer seule avec elle, tout en gardant présent en moi « l'autre professionnel » : un éventuel psychothérapeute si le besoin s'en manifestait.

Puis commencent les séances de groupe, où elle trouve auprès des autres femmes le lien et les échanges dont elle avait besoin. Seule multipare parmi les cinq primipares, elle assume aussi peu à peu un rôle apaisant auprès d'elles sans pour autant dissimuler les difficultés de la première naissance. Elle y est d'ailleurs invitée dès la première séance où chacune se présente en disant deux mots de ce qui lui plaît et ce qui lui déplaît dans la grossesse. Les besoins liés à la « mue » sont évoqués et Lilia peut raconter comment, absorbée dans ses études, elle n'avait laissé aucune place à ce besoin de recueillement. Elle explique comment cela a rendu par la suite difficile la rencontre avec le bébé.

La deuxième séance est l'occasion de vivre des expériences de mouvement dans la lenteur et l'attention aux gestes et aux sensations. La proposition est de retrouver la variété des postures et des changements posturaux confortables en revivant les étapes motrices de l'enfant de la naissance à la station debout : sur le dos, enroulement, passage sur le côté, passage à la posture assise, les quatre pattes, les points d'appui, les propulsions. C'est à la fois l'occasion de retrouver une mobilité confortable dans la grossesse et de mettre en évidence les conditions du développement autonome de l'enfant.

La troisième séance est centrée sur le thème de la douleur et du stress. Le premier objectif est de leur permettre d'exprimer les peurs qui sont derrière la peur de la douleur. Sont alors évoquées les peurs de perte de contrôle, de ne plus « gérer, maîtriser », les peurs de mal faire, de faire du mal au bébé, les peurs

d'effrayer le compagnon ou de trop peser sur l'équipe, ou d'être mal jugée, d'être déchirée, abîmée... Lilia identifie alors que son stress résultait non de la douleur mais du sentiment de n'être pas prête pour la naissance : elle avait trop peur de devenir mère. Le deuxième objectif est de leur permettre de partager, expérimenter et éprouver les ressources et outils face au stress. Chacune, à partir de ses expériences présentes et passées, amène son écot, aussi humble soit-il. Enfin, la question de la péridurale est abordée comme outil lorsque le mouvement de la naissance est bloqué et que la souffrance s'installe. Lilia met en évidence combien cette technique médicale ne résout pas, à elle seule, toutes les difficultés si la mère n'est pas prête à « laisser sortir son bébé ».

Les quatrième et cinquième séances nous permettent d'aborder la dramaturgie de l'accouchement en partant, non d'un déroulement objectif (le savoir obstétrical), mais des événements subjectifs, les éprouvés, les émotions au fil des étapes, les difficultés coutumières, la violence des sensations et des perceptions. Le vocabulaire reste au plus près de l'expérience quotidienne de chacun, le récit s'attache à rapprocher chaque étape des expériences connues, rencontrées au fil de la vie d'un humain. Lilia est ravie d'entendre parler d'accordage et de démoulage entre elle et le bébé. Nous continuons à explorer les outils respiratoires, posturaux et moteurs permettant de mieux s'adapter aux besoins de la naissance.

Son mari, contre toute attente, se libère pour assister à la séance des hommes, sixième séance au cours de laquelle nous travaillons la question de l'accompagnement de la naissance. Il découvre le fossé entre sa perception de la première naissance et le vécu de sa femme. Il a une vision très tranchée des rôles masculins et féminins, néanmoins sa sollicitude envers sa femme, son bon sens et sa solidité me rassurent sur le soutien qu'elle peut trouver à ses côtés.

La septième séance aborde l'allaitement dans une narration de la rencontre bébé-mère et de l'accordage des deux corps. Nous créons toutes ensemble avec l'aide de poupons et de coussins qui figurent le bébé, des scénarios de mise au sein. Lilia a beaucoup de plaisir à se remémorer ces instants et à instruire les nouvelles mamans.

Enfin, une huitième séance en soirée permet, en présence des compagnons, d'aborder les premiers mois de vie avec le bébé. Lilia peut témoigner de son désarroi lors de la première naissance mais aussi de son soulagement de constater qu'elle « *n'a pas trop mal fait malgré les difficultés* ». Elle exprime aussi combien, aujourd'hui, elle se sent prête à accueillir ce nouvel enfant.

Nous nous voyons en séance individuelle au début du neuvième mois. Elle se sent confiante. Seul l'inquiète le comportement de Mounia qui est « *scotchée* » à elle ces derniers temps. Après avoir échangé sur ce qui peut aider cette petite fille à vivre ce bouleversement, nous prenons le temps de voir ce qu'elle veut transmettre à la sage-femme pour que celle-ci puisse l'accompagner au plus près de ses besoins. Je lui indique le nom de la psychologue de la maternité qu'elle pourra rencontrer en suites de couches.

L'accouchement a été simple : « *J'ai pu le mettre au monde comme je le désirais, la sage-femme a été formidable.* »

Nous communiquons par téléphone au retour à la maison, tout se passe bien, l'allaitement a bien démarré, Mounia est un peu difficile, toujours agrippée à sa maman. Nous prévoyons de nous revoir pour la rééducation périnéale. Ce sera pour moi l'occasion de voir l'évolution de la famille et de lui représenter l'intérêt d'un travail psychothérapeutique...

J'ai voulu présenter cette situation pour exposer comment le choix des transmissions à faire, de la mise en lien avec un réseau plus large, est un choix à chaque fois singulier dans lequel la professionnelle exerce son discernement : il respecte l'intimité de la femme, il respecte aussi la loi du « ne pas être tout pour la femme ». Cela, non par une introduction systématique d'un réseau ou par des fiches de liaison protocolaires, mais par une liaison interne sage-femme-psychistes : il s'agit de maintenir ouvert dans son espace mental la question des besoins psychiques. Pour autant, il n'est pas question de se défausser de sa responsabilité de sage-femme auprès d'elle. La réponse à apporter se construit dans un débat intérieur à partir de ce qui est observé et de ce qui est éprouvé... Il n'est jamais clos...

# Devenir et rester soignant du périnatal

S. Missonnier

## Singularités du travail en périnatalité

Dans l'après-coup d'un passionnant congrès en Avignon au Palais des Papes intitulé *Émotions du bébé, émotions autour du bébé*,<sup>89</sup> une question s'est imposée à moi sous une forme synthétique et radicale :  *finalement, les soignants du périnatal sont-ils traumatophiles ?*

C'est cette cristallisation mnésique que je me propose ici de déconstruire pour en détailler les pièces constitutives, la logique unificatrice et les enjeux dans la relation soignés-soignants propres au réseau périnatal. En suivant ce chemin, j'espère apporter à cette occasion des éléments pertinents de réponse à la question abyssale :  *comment devenir et rester un soignant « suffisamment bon » du périnatal ?*

## Unité de temps de lieu et d'action

*Premier point* : la *stéréophonie* des émotions<sup>90</sup> du bébé et de celles des adultes qui l'entourent.

Cette métaphore traduit bien la nécessaire liaison des partitions du bébé, des parents et des professionnels pour bénéficier d'un relief acoustique.

<sup>89</sup> Association recherche information périnatalité (ARIP), Avignon, 21, 22 et 23 octobre 2004. Les actes ont été publiés dans Dugnat, 2006.

<sup>90</sup> Pour une mise en perspective clarifiante entre « émotion » et « affect » en psychanalyse, je renvoie le lecteur à l'entrée « émotion » écrite par D. Houzel dans de Mijolla A. *Dictionnaire International de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Levy ; 2002.

Dans la musique après la naissance, le naître humain, le (re)devenir parent et le rester soignant sont en constante et inévitable interaction... pour le meilleur et pour le pire.

D'ailleurs, cette polyphonie n'est pas le monopole du seul cadre spatiotemporel postnatal : elle caractérise bien plus largement le *continuum périnatal* autour de l'embryon/foetus liquidien et du nourrisson aérien. Cet espace-temps est celui du « premier chapitre » de la biographie vraie de la personne humaine au cœur de cet ouvrage.

Aussi, pour accéder à une écoute fine du relief des émotions de cet espace-temps périnatal, nous avons besoin d'envisager une attention qui interroge simultanément les résonances individuelles et les résonances collectives du corps social (Dumouchel, 1995).

Le travail d'écoute dans l'institution maternité et plus largement en clinique périnatale est une illustration emblématique de cette polyphonie. Elle confronte aux voix explicites ou implicites, externes ou internes de nombreux acteurs réunis sur la même scène : l'embryon/foetus/nourrisson, la famille au sens large (parents, fratrie, grands-parents...), les proches, amis ou professionnels (médecin de famille), des représentants de groupe d'appartenance (religieux, associatifs...), les soignants *intra muros* et, au-delà, tous les membres actuels et virtuels du réseau de soin périnatal.

Dans cet écheveau humain, la clinique avant ou après la naissance démontre aisément qu'il est impossible d'entendre et, *a fortiori*, de discourir

sur l'un de ces acteurs, *sans aborder le tissu social des relations complexes qu'il entretient avec les autres*.

L'unité systémique en présence est celle, classique, de la tragédie, une dans sa temporalité, sa géographie et son action. Or, face à la potentialité du tragique « à exciter la terreur ou la pitié » (*Le Petit Robert*, 1988), il semble qu'un de nos mécanismes de défense individuel et collectif les plus spontanés, en tant que membre d'une équipe clinique ou de recherche, soit celui de *l'isolation*. Il consiste en l'occurrence à se centrer sur les seules réactions des récepteurs des annonces sans souci des attitudes et du vécu des émetteurs, c'est-à-dire de nous-mêmes. Le travail de prise de conscience réflexive de cette position protectrice spontanée, source de méprise est primordial car il permet de jeter les bases d'un territoire commun interpersonnel, potentiellement empathique.

Dans ce contexte, pour le spécialiste de la psyché travaillant en réseau périnatal, l'expérience coutumière démontre avec insistance combien il est essentiel de ne pas cliver le fonctionnement comportemental, émotionnel et fantasmatique des professionnels et celui des usagers. À l'inverse, c'est typiquement dans l'interface de cette constante transversalité *intersubjective* qu'il va évoluer *en soutenant une réflexivité de ce cadre collectif à la mesure des conflits de « l'appareil psychique groupal »* (Kaës, 1976) *en présence*.

## Nostalgie

*Deuxième point* : les émotions en périnatalité sont passionnément nostalgiques.

Dans son célèbre essai *L'inquiétante étrangeté*, Freud (1919) met en exergue le sens paradoxal du mot *Heimlich* qui « appartient à deux ensembles de représentations qui, sans être opposés, n'en sont pas moins fortement étrangers, celui du familier, du confortable, et celui du caché, du dissimulé ».

Ce sentiment commémore donc des « phases isolées de l'histoire de l'évolution du sentiment du moi, d'une régression à des époques où le moi ne s'était pas encore nettement délimité par rapport au monde extérieur et à autrui ». Cette maison (*heim*) primitive, cette terre natale (*heimat*) dont

le souvenir s'accompagne du mal du pays (*heimweh*), c'est, écrit Freud, le sexe et le sein de la mère, ultérieurement refoulés.

*De fait, les émotions périnatales sont matriciellement passionnelles car elles portent toujours en elles peu ou prou l'empreinte de cette nostalgie.*

Cette nostalgie est partagée dans le corps social par tous les humains (tous ex- « contenus » utérins puis « contenus » du *handling* et du *holding* des parents et des substituts), mais la trace individuelle est résolument unique. La tension entre cette communauté d'appartenance générique et la singularité de son expression induit la passion dans ses formes constructives les plus créatives mais aussi dans ses avatars affectifs souffrants, tant privés que professionnels.

Qu'il me suffise pour bien me faire comprendre d'évoquer par exemple une réunion de soignants en maternité discutant de l'allaitement en général et des recommandations contradictoires des soignants auprès des mères en particulier. Le débat sur cette question a toutes les chances d'être passionnant et passionnel : c'est la *reviviscence* de la nostalgie à la fois commune et unique qui permet de mettre en sens la teneur archaïque des « angoisses traumatiques (automatiques) » dirait S. Freud (1923), des « émotions » diraient M. Klein (1952) et W.R. Bion (1962). Face à elles, une variable s'impose : le degré de maturation de leur (hypothétique) symbolisation intersubjective primaire formuleraient R. Roussillon (2008b), de l'intégration (hypothétique) de leur violence fondamentale formuleraient J. Bergeret (1984).

Concrètement au fil de la polémique, les positions extrêmes « d'amour » de l'allaitement ou de « haine » de l'allaitement s'exprimeront certainement avec violence et tout sera en place pour qu'entre les tenants de ces positions séparées par le clivage d'une ligne de front, l'agressivité s'instaure.

Cette passion des origines chez les soignants est flagrante dans la vocation et l'exercice de la clinique du bébé aérien (Soulé, 2008a) ; je la crois possiblement plus démesurée encore dans la clinique du fœtus aquatique dont j'ai décrit l'inertie tout au long de la vie via l'empreinte de l'inquiétante étrangeté de la relation d'objet virtuelle (*cf.* chapitre 2 et Missonnier, 2009a).

Cette passion nostalgique habite donc *mutatis mutandis* tous les acteurs de la scène périnatale. Or, cette situation gagne à ne pas être dénoncée, raillée mais bien à être l'objet d'un effort de *connaissance*.

W.R. Bion (1962) distingue justement trois types de liens émotionnels : les relations d'amour, les relations de haine et les relations de connaissance. Les deux premiers sont des liens passionnels, instables et sources de clivages. En contraste, le lien de connaissance est stable et créatif d'autant plus qu'il met en œuvre le défi de supporter et d'appivoiser sa propre incertitude et celle des autres (la « capacité négative » du poète J. Keats<sup>91</sup>). La cure analytique, défend W.R. Bion, vise spécifiquement le déploiement de cette « connaissance », aux antipodes de l'emprise d'une intellectualisation défensive.

Cette connaissance ne serait-elle pas finalement une paradoxale « passion mesurée, contenue ». C'est sans doute sur ce chemin que nous entraîne Spinoza (1677) pour qui l'homme ne peut se soustraire aux passions et s'illusionnera dangereusement en croyant qu'il va les dominer avec la raison. Cette force, la raison humaine ne l'a pas ; d'après lui, seule une autre passion peut contrecarrer la passion. Mais laquelle ? Et bien justement, pour nous soignants du périnatal, celle de *partager nos émotions premières que notre clinique commune des origines vient exacerber et commémorer*.

## L'identité narrative

Dans le meilleur des cas, cette passion prend la forme d'un *récit ouvrant sur un espace de parole et de partage intersubjectif des émotions*.

Avec le recul des années, *cette issue narrative du singulier au collectif s'impose comme l'espace d'élaboration le plus adapté à l'empire de nos passions périnatales nostalgiques et actuelles*. Il correspond à la maturation professionnelle de ce que le philosophe P. Ricœur intitule plus largement « l'identité narrative »<sup>92</sup> individuelle et collective.

91 Pour explorer plus avant cette notion essentielle, lire absolument le joli livre d'A. Phillips. *Trois capacités négatives*. Paris : Éditions de l'Olivier ; 2009.

92 On trouvera une exploration approfondie de cette notion de P. Ricœur et de ses résonances avec la clinique périnatale de la parentalité au chapitre 5 de Missonnier (2009a).

*Cette identité narrative rend compte avant tout de l'appivoisement du temps par l'humain*. Pour P. Ricœur, phénoménologue, le récit est « le gardien du temps, dans la mesure où il ne serait de temps que raconté » (Ricœur, 1983). De fait, seul le récit peut relever le défi d'exprimer et de partager notre vécu intersubjectif du temps qui résiste comme une aporie à toute tentative de maîtrise philosophique.

À partir d'une étude critique des philosophies du temps, des théoriciens narrativistes, de romans célèbres, de récits oraux et en faisant sienne la vision freudienne d'un moi divisé, P. Ricœur décrit comment la fonction organisatrice du récit historique et de fiction opère, *via la mise en intrigue*, une synthèse de l'hétérogène. Sur un étroit chemin de crête, le récit des événements instaure, selon lui, une « concordance discordante ». Le récit « est source de discordance en tant qu'il surgit, et source de concordance, en ce qu'il fait avancer l'histoire » (Ricœur, 1990). Soumise à ce fragile équilibre, la pratique de l'action narrative est la fondation d'une identité dynamique qui concilie l'identité et la diversité (Ricœur, 1990) grâce à une mise en intrigue de soi en tant que personnage. *La personne, pour P. Ricœur, n'existe qu'en tant que personnage du récit qu'il construit intérieurement et partage avec autrui par sa narrativité. Cette identité plastique que nous construisons tous au fil du temps est notre identité narrative. Elle est notre plus intime inscription dans la continuité de notre soi et, simultanément, dans la communauté que nous partageons avec autrui*.

Sur cette base, P. Ricœur n'est pas de ces philosophes qui laissent les cliniciens de marbre tant ils sont éloignés des avatars grinçants de la vie. À de nombreuses reprises dans son œuvre, P. Ricœur évoque des « cas déroutants » (Ricœur, 1990 et 1994) qui constituent, finalement, une bonne introduction à la sémiologie des figures psychopathologiques du narratif. Il décrit notamment trois modalités du « souffrir » qui nous intéressent particulièrement dans la rencontre entre les parents et les soignants en périnatalité : l'impuissance à dire, les désastres du raconter et l'impuissance à s'estimer soi-même.

## L'impuissance à dire

Elle renvoie à « la déchirure qui s'ouvre entre le vouloir dire et l'impuissance à dire » (Ricœur, 1994). Elle s'exprime électivement dans l'espace

du corps et plus spécifiquement du visage à travers les mimiques, les cris et les larmes.

## Les désastres du raconter

« Les désastres du raconter s'étalent sur l'axe soi-autrui. La souffrance y apparaît, comme une *rupture* du fil narratif. » (Ricœur, 1994.) Cette rupture condamne à l'empire de l'*instant*. Le présent y est déconnecté de la féconde dialectique entre le présent du passé mémorisé et le présent du futur anticipé. L'instant est là, synonyme d'interruption du temps, rupture de la durée. Or, c'est justement par là que « toutes les connexions narratives se trouvent altérées » (Ricœur, 1994). Cette immersion dans la prison de l'instant attaque tout autant le soi que le rapport à autrui dans la mesure où l'histoire de chacun est « enchevêtrée dans les histoires des autres » (Ricœur, 1990). Ce « tissu inter-narratif », dit Ricœur, est donc véritablement déchiré par la rupture du fil narratif. La souffrance est perceptible chez le porteur de cette plainte mais aussi chez le récepteur qui veut bien l'entendre. En ce sens, on pourrait, nous dit Ricœur, « risquer le mot d'*inéarrable* pour exprimer cette impuissance à raconter ».

Ricœur, l'exégète affûté des textes freudiens, rappelle à ce propos que l'hystérique chez S. Freud « souffre de réminiscences ». Il considère que « cette impuissance à passer de la répétition à la remémoration souligne la gravité de ce qui [nous] est apparu comme désastre du narratif qui affecte également le plan personnel et le plan interpersonnel » (Ricœur, 1994).

## L'impuissance à s'estimer soi-même

Elle renvoie à la souffrance infligée à « soi-même comme à un autre ». Ici, la perte de l'estime de soi peut être ressentie comme un vol ou un viol exercé par l'autre. La plainte circulaire de la victime contre les méchants frise « le délire et témoigne de la nature profonde de la récrimination, oscillant sur le seuil invisible entre la dénonciation du mal et le délire de persécution » (Ricœur, 1994). Entre soi coupable et autrui persécuteur « se profile le visage terrifiant d'une souffrance que quelqu'un s'inflige à soi-même » (Ricœur, 1994).

Si « une vie, c'est l'histoire de cette vie, en quête de narration » et si « se comprendre soi-même, c'est être capable de raconter sur soi-même des histoires à la fois intelligibles et acceptables, surtout acceptables » (Ricœur, 1994), alors la traduction narrative relève de l'essentiel de la fondation de l'identité individuelle et collective de l'humain.

Cela est profondément vrai pour tous les humains en général et pour les devenant parents en particulier. *Mon propos ici est de suggérer au lecteur que cette « identité narrative » est une variable individuelle et collective princeps pour devenir et rester un soignant suffisamment bon.*

Nous avons l'habitude de nous intéresser à l'impuissance à dire, à s'estimer soi-même et aux désastres du raconter des parents en souffrance et notre action thérapeutique en périnatal peut se formuler ainsi : nous sommes bien souvent dans cette position d'initiateur ou de restaurateur de ce contrat social mort-né ou brisé en étayant l'identité narrative non advenue ou en crise de nos interlocuteurs patients. Cela est spécifiquement vrai des psychiatres et des psychologues mais, bien au-delà, cela est, d'abord et surtout, l'apanage de l'ensemble des soignants, interlocuteurs des parents.

*Or, mon intention est d'affirmer ici sans ambages combien notre efficience individuelle et collective dans ce rôle sera surdéterminée par l'économie de notre identité narrative singulière et partagée.*

Cette identité narrative professionnelle collective s'élabore essentiellement dans les groupes formels, informels de parole en institution et lors de formations, plus rarement, à l'occasion de recherches cliniques qui mobilisent pour des réunions récurrentes puis des communications locales, débouchant sur des participations à des congrès et à des publications.

Toutefois, il faut bien en convenir, ces espaces de partage n'existent pas systématiquement, loin s'en faut. Plus encore, *ils sont très rarement considérés comme une condition pérenne sine qua non de la possibilité même de la fonction soignante dans de bonnes conditions.* D'ailleurs, les récentes stratégies évaluatives et gestionnaires du soin institutionnel, au mieux, tolèrent, au pire, éradiquent ces activités réflexives dans les « *plannings* ».

*Face à la sévérité de ce constat, mon propos est de défendre le paradoxe suivant : notre meilleur allié énergétique pour conquérir et tenter de*

*maintenir vivante notre passion narrative, c'est la composante traumatophile passionnelle de notre vocation de soignant en périnatalité!*

Pour bénéficier enfin de sa féconde dynamique, nous, soignants de périnatalité, avons, je crois, grand intérêt à envisager enfin cette possible composante de notre vocation de soignant en périnatalité...

Si nous ne nous cachons pas derrière une idéalisation de la parentalité, de ses institutions et de notre « fonction apostolique » (Balint, 1986) de soignants mais, qu'*a contrario*, nous accueillons l'intrication d'Éros et Thanatos qui les habitent dans notre ambivalence, alors le magnétisme qu'exerce sur nous cette clinique périnatale aboutira inévitablement à cette stimulante question : *cette attraction relève-t-elle d'une compulsion de répétition nostalgique, véritable signature traumatique de notre vocation?*

Bien sûr, cette interrogation débouche sur une apologie de l'engagement personnel dans un dispositif psychanalytique et, au-delà du journalisme émotionnel, de l'exploration en profondeur de l'émotion partagée.

Mais dans le cadre par nature interdisciplinaire de la clinique périnatale, *c'est à un éloge des groupes de reprises cliniques et des aménagements pour les insérer dans les réseaux modernes en périnatalité que je souhaiterais aboutir.*

Suivant une logique épistémologique, je vais commencer par l'évocation des groupes dits « Balint ». Je poursuivrai avec une discussion sur les conditions favorables à la réinvention de ce modèle pour le réseau périnatal en y intégrant des apports contemporains et, notamment, le modèle de reprise clinique mis en œuvre par l'équipe de Montpellier pour la mise en place et l'animation de formations « au travail en réseau personnalisé de soins » (Molénat *et al.*, 2009).

## **Le groupe Balint : « un changement limité quoique considérable » (Balint, 1986)**

### **Une instance intermédiaire**

Dans la réflexion psychanalytique du rapport entre le médecin et son patient, l'apport du hongrois M. Balint est crucial. Sa mise en œuvre dans les

années d'après-guerre (1947–1950) à la *Tavistock Clinic* d'un cadre groupal original a joué un rôle majeur dans la reformulation psychanalytique du spectre thérapeutique de la fonction de médecin consultant.

« Si des sentiments ou des émotions quels qu'ils soient se trouvent suscités chez le médecin pendant le traitement du malade, ils doivent être également évalués comme un symptôme important de la maladie du patient » écrit Balint (1986).

C'est à partir de la mise en exergue de cette résonance interpersonnelle soigné/soignant que M. Balint envisage, d'abord chez les travailleurs sociaux (avec la pionnière E. Eichholtz) puis chez les médecins généralistes, un cadre groupal élaboratif pour des professionnels *qui ne souhaitent pas par ailleurs s'engager dans une cure psychanalytique.*

Réunissant hebdomadairement pendant deux ans autour de M. Balint huit à douze praticiens, chaque séance du groupe était dédiée au récit – sans note – par un collègue (un pair) d'une histoire clinique issue de la pratique quotidienne.

Le référentiel théorique correspond globalement au paradigme du rêve freudien : l'histoire du cas rapporté, c'est le récit explicite du rêve; les prises de paroles des participants, ce sont des équivalents des associations libres de l'analysant au sujet de son rêve; enfin, la conquête du sens implicite « latent » du rêve, c'est l'aboutissement du travail élaboratif du « laboratoire de recherche » groupal soutenu par le « leader analyste » et ses interprétations.

Ces groupes visent une finalité explicite : « la décontraction » de la personnalité du médecin. M. Balint situe ce changement chez le soignant dans « la zone de son moi professionnel » et le décrit comme « un changement limité quoique considérable ».

Dans son précieux éclairage historique, M. Moreau-Ricaud (2000) écrit : « Le groupe Balint ne se verra *pas directement thérapeutique* mais fonctionnera comme une instance intermédiaire entre les patients et le médecin. » Dans cet espace, du point de vue de l'animateur analyste, le contre-transfert du médecin et les émotions inhérentes constituent le matériel essentiel.

Pour que ce groupe fonctionne, M. Balint insiste sur le fait qu'il ne doit pas y avoir de hiérarchie qualitative entre médecins et psychanalyste mais, tout au contraire, un état d'esprit où ils « se tendent

la main d'égal à égal pour entreprendre l'étude de nombreux problèmes» (Balint, 1982).

La proposition de ce dispositif de reprise clinique en tant que tel a pu confirmer sa pertinence en périnatalité par exemple avec un groupe type Balint d'échographistes (Missonnier, 2003b) ou encore avec des sages-femmes.<sup>93</sup> En l'état, ses potentialités sont fortes pour accueillir la passion narrative des professionnels du périnatal. Mais il y a plus, ce cadre est une formidable source d'inspiration pour envisager la reprise élaborative de la complexité de la clinique périnatale désormais indissociable de l'entité «réseau».

## Le groupe Balint à l'épreuve de la clinique en réseau

Aujourd'hui, on assiste à la généralisation de la clinique en réseau périnatal. De nombreux textes officiels<sup>94</sup> ont plaidé en faveur d'une mise en réseau des différents professionnels concernés par le *continuum* périnatal. Ils mettent unanimement l'accent sur la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire entre les différents partenaires hospitaliers, institutionnels et libéraux. En effet, aujourd'hui, la promotion de la prévention médico-psychosociale primaire et secondaire s'impose comme inséparable de cet accordage transversal.

*Sur le terrain, cette pétition de principe est facile à décréter... mais extrêmement difficile à réaliser concrètement!*

En effet, cette invitation à fonctionner en réseaux périnatals regroupant les institutionnels et les professionnels libéraux permet sur le papier d'espérer atteindre des objectifs préventifs ambitieux, mais pose aussi dans le même temps de nombreuses questions. En voici un florilège qui ne prétend à aucune exhaustivité mais revendique son optique orientée «d'avocat du diable».

93 On lira à ce propos les communications de B. Cherrer et de S. Sevin-Scapin dans Dugnat, 2006.

94 Plan *Périnatalité 2005-2007*, commissions régionales de la naissance, états généraux de la naissance, rapports de La Haute Autorité de santé (HAS) (*Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé et Préparation à la naissance et à la parentalité*), circulaire du 4 juillet 2005 *relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité*, plans *Santé mentale et Violence et santé...*

*Du côté des parents*, qui se présente à eux comme représentant référent du réseau informant (avec bienveillance et clarté) sur son fonctionnement? Un consentement véritablement éclairé à cette insertion dans un réseau est-il authentiquement négocié? En quoi cette évocation (trop rapide, trop systématique, trop naïvement militante...) d'un réseau (potentiellement perçu comme omniprésent) de soignants peut-elle, *a minima*, parasiter l'intimité d'une relation duelle de confiance et de secret professionnel en comité très restreint et, au pire, faire flamber des angoisses paranoïdes face à un *big brother* digne du roman *1984* de G. Orwell (1948)<sup>95</sup>? Quelle place les usagers du réseau occupent-ils dans cette formalisation concrète puis son évaluation qualitative?

*Du côté des professionnels*, quels sont dans cette direction les obstacles et les tremplins administratifs, financiers, corporatistes, cliniques et éthiques? Quelles sont les modalités pratiques de cette mise en lien potentiellement fédératrice et qui fait quoi? Dans cet espace de rencontres, quels sont les risques de clivage entre les approches somatiques et psychiques au détriment d'une vision globale respectant la cohérence médico-psychosociale locale des actions engagées? Quelle est la nuisance potentielle d'une médecine *high tech* bardée de nouvelles technologies de l'information et de la communication mais déshumanisée et psychologiquement iatrogène au quotidien de la rencontre soigné-soignant?

Car il est vrai qu'il y a un trois fois rien entre une prévention étayante, bientraitante, éthiquement correcte et une prévention suspicieuse, délétère qui favorisera justement ce qu'elle prétend combattre. Déjà, les textes fondateurs sur la prévention (cf. p. 15 et Soulé, Noël, 1985) soulignaient vivement cette réversibilité. Dans ces conditions, est-ce que la mise en réseau, c'est-à-dire la multiplication des intervenants inter- et intracorporation(s), intra- et interinstitutionnel(s), favorise une telle dérive? Si c'est le cas, comment concevoir des formations ponctuelles et continues qui permettent d'engager et/ou d'améliorer ces pratiques de soins en réseau?

95 L'entretien prénatal précoce, première séance de la préparation à la naissance et à la parentalité, trouve sa pertinence et sa légitimité dans la réflexion clinique et éthique de ces questions et de biens d'autres. On lira à ce sujet le chapitre 10 de Missonnier (2009a), p. 300-7.

L'hypothèse que je souhaite défendre ici est que le groupe Balint de membres du réseau est une des réponses cliniquement et éthiquement fiables parmi d'autres dans la mesure où ce dispositif est suffisamment plastique pour *s'adapter à la clinique périnatale interdisciplinaire en réseau*. Cette souplesse doit pouvoir alors se conjuguer en termes techniques et théoriques en préservant l'essentiel : ouvrir une instance intermédiaire entre les usagers et les professionnels du réseau qui favorise la maturation individuelle et collective des représentations cliniques et éthiques (conscientes, préconscientes et inconscientes) des professionnels dans un contexte interdisciplinaire (« l'identité narrative » personnelle et groupale).

Sur le plan technique, il s'agit d'envisager regrouper une filière de soins en réseau périnatal interdisciplinaire et interinstitutionnel autour d'histoires cliniques passées. Elles ne sont pas centrées sur un seul sujet mais sur le récit co-construit *après coup* du suivi longitudinal d'une famille (parents-embryon/fœtus/bébé) et de son environnement social par l'ensemble des professionnels concernés.

Sur le plan théorique, il s'agit d'envisager la synergie épistémologique de :

- la tradition du groupe Balint (fruit chez M. Balint de l'expérience de l'école hongroise de supervision des analystes en formation, puis de l'expérience anglaise de groupe à la *Tavistock Clinic* où W.R. Bion avait inauguré ce chemin) ;
- la riche filière française de psychanalyse de groupe dont D. Anzieu (1984) et R. Kaës (1976) sont les principaux pionniers en France, ayant ouvert la voie à des héritiers créatifs ;
- les « outils de réflexion collective » tels qu'ils ont été élaborés avec originalité par F. Molénat et l'équipe de formation de l'Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (AFREE<sup>96</sup>), puis préconisés dans les recommandations des textes officiels<sup>97</sup> récents. En effet, ce cheminement véritablement novateur a trouvé un point d'aboutissement dans le « référentiel pour la mise en place et l'animation de formations au travail en réseau personnalisé de soins ».

96 [www.afree.asso.fr](http://www.afree.asso.fr)

97 On lira à ce propos l'interview de Françoise Molénat dans le n° 107 d'avril 2006 de la revue *Le Carnet/PSY* ([www.carnetpsy.com](http://www.carnetpsy.com)).

Ce référentiel a été réalisé à la demande de la Direction générale de la santé dans la mouvance de la circulaire DHOS de juillet 2005 et des plans *Santé mentale* et *Violence et santé*. J. Roy en témoigne dans le chapitre 14 d'un ouvrage dédié à la prévention précoce (Molénat, 2009). Ses préconisations sur les conditions de mise en place, le montage et la méthode pédagogique d'une formation interdisciplinaire sur site (formation en réseau) sont remarquables tant par sa prise en compte réaliste de la confrontation interdisciplinaire que par l'acuité de son pragmatisme fruit d'une expérience approfondie. Le cœur d'un cycle de formation repose sur le choix, l'élaboration et l'animation de la présentation interdisciplinaire d'un cas clinique « absolument centré sur l'axe du suivi médical (médecin, sage-femme). Il ne sera exposé que par des professionnels engagés dans cette situation (médicaux, sociaux, psychologiques/psychiatriques) ».

Cette proposition est bien ajustée à l'état des lieux actuel des réseaux émergents en périnatalité. On ne peut que souhaiter la diffusion d'une telle proposition qui permet aux soignants d'engager un travail capital de réflexivité à l'égard de la iatrogénie des « facteurs de discontinuité interprofessionnelle ».

En l'état, j'y apporte toutefois *deux bémols qui sont au fond des arguments à mettre au profit de la méthode et de sa maturation au fil du temps face à des réseaux en pleine croissance*.

*Premier bémol* : à la page 207 de cet ouvrage, il est précisé dans un encadré que « la situation présentée sert de support à la discussion du groupe sur le travail de partenariat. Elle ne peut être l'occasion d'une supervision, ni d'une analyse de pratique ». À l'évidence, cette prudence se justifie pleinement : ce serait confondre les dispositifs que d'envisager de telles propositions avec un (plus ou moins) néogroupe, contractuellement engagé pour une formation à la pratique en réseau et nullement dans un groupe de supervision ou d'analyse de pratique. Pour autant, cette remarque peut favoriser une ambiguïté dommageable. Ce malentendu pourrait se formuler schématiquement ainsi : il y a d'un côté la formalisation préconisée (la bonne) et de l'autre, totalement distincte, l'analyse de la pratique et la supervision (la moins bonne, voire mauvaise).

*Ce serait une erreur bien néfaste que d'opposer ces deux propositions car elles représentent à mon sens deux moments distincts d'un même processus de*

*progression et de complexification de l'identité narrative individuelle et collective des soignants d'un réseau.*

Le dispositif décrit par J. Roy est finement adapté aux premiers cycles de la formation et, à ce titre seulement, contraste avec celui d'une analyse de pratique bien tempérée ou d'une « *interview* » selon l'heureuse expression d'A. Carel qui vient tordre le coup à l'inertie de la relation maître-élève paternaliste et mandarinale que véhicule le terme de « *supervision* ».

Si les cycles se pérennisent et que le groupe réseau co-construit une culture commune,<sup>98</sup> les objectifs d'analyse de la pratique et d'interview seront *ultérieurement* envisageables dans la mesure où les animateurs veilleront à une modification progressive, explicite et consentie des règles du dispositif dictées par la maturation groupale. Ce tact technique s'acquiert et les animateurs véritablement formés à la psychanalyse groupale sont bien positionnés pour engager ce chantier de l'accueil des obstacles et des vertus de cette mutation au fil des ans de l'identité narrative des soignants en réseau périnatal.

*Second bémol* : il a pour but de nouveau de lever une possible méprise dans l'interprétation de l'implicite du texte. La précision du schéma descriptif du référentiel, son insertion dans une demande gouvernementale légitimante peuvent laisser croire à une protocolisation sur le modèle des protocoles cliniques, des *guidelines* de *evidence-based medicine*. Or, pour l'affirmer sans détour, je crois qu'en matière de sciences humaines en général et de prévention/formation en particulier, il y a *toujours* plusieurs chemins qui mènent à Rome ! Cet éloge d'une diversité de haute tenue dans les processus de formations a été pour moi illustré de façon convaincante par un groupe de travail ces dernières années. Il s'agit du collectif *Interface Formation en périnatalité* (IFP<sup>99</sup>) qui réunit depuis 2008 des formateurs en clinique médico-psychosociale de la périnatalité dans le cadre de réseaux mais aussi d'enseignements privés (centres de formation), et d'enseignements universitaires (cursus académiques et DU, DIU).

98 Pour aller plus loin sur les résistances et les potentialités du dialogue entre somaticiens et psychistes, se référer à Missonnier (2009a).

99 Les travaux de cette commission sont consultables sur le site de la Waimh : [www.psynem.org](http://www.psynem.org)

À partir d'une présentation des différents scénarios de formation, une réflexion collégiale s'est engagée tant sur les procédures didactiques précises, les contenus que sur leurs référentiels théoriques. Cette mise à l'épreuve collégiale d'expériences contrastées représente à l'évidence une voie privilégiée pour mettre en exergue les bénéfiques, à la fois, d'une vision inter-critique et de la réelle et souhaitable *diversité* des chemins de qualité.

## **La formation en réseau : entre schéma initial et groupe Balint réinventé**

---

Finalement, un tel groupe Balint sera simultanément fidèle à sa tradition psychanalytique et réinventé grâce aux apports contemporains de son immersion dans le réseau périnatal. Ouvert aux aspects actuels du soin périnatal, ses animateurs restent fermement dans *la croyance qu'il existe dans le groupe réseau des affects et des représentations préconscientes et inconscientes influentes enchâssées dans les représentations interprofessionnelles conscientes*. Au quotidien du soin périnatal, ces affects et ces représentations des soignants sont en constante dialectique avec les embryon/foetus/bébé-parents. Pour autant, il est crucial que cette influence individuelle et groupale ne soit pas interprétée « sauvagement ». *La qualité première des animateurs de tels groupes (d'où la nécessité d'une formation approfondie) consiste justement à pouvoir accueillir en soi-même une « interprétation virtuelle »* (Aisenstein, 2008) *qui ne sera surtout pas révélée mais soutiendra avec doigté le travail du groupe vers une attitude « d'auteur-compositeur » de ses propres auto-interprétations collectives*.

Redisons-le, cette écoute n'est nullement contradictoire avec le schéma proposé par l'équipe de Montpellier. Au contraire, il lui donne une aire supplémentaire de potentialité élaborative *si, et seulement si, le cycle initial de formation se pérennise et que les participants aspirent librement à une telle lecture*.

Ce dispositif « post-Balint » dédié au réseau ne s'étaye plus comme dans le schéma initial sur une entité professionnelle unique. Il ne s'agit pas d'une communauté de pairs *a priori* solidaires,

partageant peu ou prou une formation, un référentiel théorique analogue et une clinique comparable au sens corporatiste du terme. Non, il s'agit d'une néo-communauté de membres d'un réseau, partageant un processus de formation et aspirant à co-construire un référentiel théorico-clinique commun d'un espace-temps clinique *partagé* à des places *différentes*.

La ressource potentielle de cette nouvelle donne du groupe Balint du réseau tient au fait de *réunir des professionnels dont la formation initiale et, partant, le référentiel théorique, sont différents mais la clinique à l'égard d'une famille potentiellement ou actuellement commune*. Le groupe dans sa diversité reflète fidèlement la créativité affiliative et les résistances à la clinique partagée par de multiples intervenants exposés, notamment, aux dangers des lignes de clivages corporatistes opiniâtres : « somaticiens »/ « psychistes », obstétriciens/sages-femmes, puéricultrices/sages-femmes, psychiatres/psychologues, libéraux de ville/personnels hospitaliers, etc.

C'est ce chantier que nous avons autrefois esquissé dans le cadre de la formation continue au sein de la communauté de l'agglomération versaillaise et que nous mettons actuellement en place dans Paris à partir de la maternité de Necker-Enfants malades (Pr. Y. Ville) et du service de psychiatrie infantile (Pr. B. Golse).

## La place de la recherche à l'aune de l'évaluation

Je voudrais terminer ce chapitre en décrivant brièvement un autre fil crucial du « tissu internarratif » (P. Ricœur, 1994) d'une institution et d'un réseau périnatal : la recherche clinique interdisciplinaire.

Dans une conception élitiste, on la concevra comme caractéristique des seuls hôpitaux universitaires étant « intouchable » par les institutions plus modestes qui restent faute de moyens financiers et théoriques cantonnées aux « basses œuvres ». C'est une vision radicalement inverse que je souhaite défendre ici, considérant que la recherche clinique partagée est un élément actif de l'identité narrative du sujet et des institutions soignantes aussi nécessaire que l'oxygène à la respiration humaine.

Je ne souhaite pas ici décrire en détail la multiplicité des formes de recherches cliniques existantes. Je me borne à distinguer celles qui sont entreprises avec les forces vives d'une équipe et celles qui sont issues de la mise en perspective de chercheurs universitaires et de cliniciens du terrain.

Cette distinction basique permet de mettre l'accent sur une condition *sine qua non* des fonctions réflexives et narratives de la recherche clinique. Si un service, une institution décident collégialement de s'engager dans une thématique de recherche secrétée par l'activité même du collectif, le risque que l'étude soit perçue comme un « corps étranger » imposé est faible. Bien sûr, on peut s'attendre à ce que certains membres de l'équipe soient leaders et activistes et d'autres plus frileux face à un horizon surtout source de travail supplémentaire avec le recueil des données. Mais globalement, la qualité humaine de la mobilisation d'une équipe est un des facteurs clés de sa réussite.

Si des chercheurs universitaires débutants ou confirmés contactent une institution, la probabilité de ce risque augmente. Actuellement, bon nombre de recherches cliniques relèvent de cette logique « colonialiste » où la thématique, la méthodologie et le référentiel théorique sont exportés par les chercheurs. Dans le chapitre 16, je décrirai une expérience de mise en convergence mutuelle du terrain clinique et de l'université de psychologie.

Dans l'immédiat, je souhaite mettre l'accent sur les promesses de nombreux débats ces dernières décennies au sujet de la *recherche-action*. Je l'ai expérimentée avec une première recherche mobilisant conjointement un service de maternité et un service de pédiatrie d'un même hôpital municipal (Missonnier, 2003b), puis lors d'une seconde recherche avec des échographistes hexagonaux (Soulé *et al.*, 2011). Une des qualités de ce paradigme, et pas des moindres, est de prendre très au sérieux cette efficacité des cliniciens eux-mêmes à être (réflexivement) auteur d'une recherche auto-centrée, ce qui ne signifie nullement être coupé de l'extérieur et privé de collaborations tierces.

« La recherche-action (R-A) désigne une recherche théorique qui reste empirique et menée sur le terrain à des fins pratico-pratiques. (...) Elle a comme intention de modeler, d'infléchir ou de transformer la réalité économique, éducative, sociale, politique, psychologique ou religieuse. (...) La R-A naît de la

rencontre d'une expérience théorique qui est celle de la théorie de la pratique (réflexion des acteurs sociaux sur les actions qui sont des recherches, des questionnements, des reformulations avec des temps d'évaluation, de critique, de bilan, d'analyse) et d'une expérience pratique (réflexion des acteurs sociaux sur leurs actions prochaines). La R-A est une action de recherche et une recherche d'action.» (Fernandez, Pedinielli, 2006.)

Dans cette perspective, la recherche-action répond bien au vœu de maturation et de complexification de l'identité narrative individuelle et collective défendue ici : l'objet de la recherche est l'élaboration de la dialectique de l'action dans un processus personnel et unique de reconstruction rationnelle par l'acteur social. Ce processus est émancipateur dans la mesure où les praticiens se responsabilisent en s'auto-organisant en vue de leur propre émancipation par rapport aux habitudes, coutumes irrationnelles et à la systématisation bureaucratique (Fernandez et Pedinielli, 2006).

Aujourd'hui, à l'aire de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé, les tutelles imposent aux institutions une *évaluation* de leur activité car ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières (les résultats) qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse (les moyens). Dans ce contexte socio-économique de « nouvelle gouvernance hospitalière », l'engagement des services et des pôles dans des recherches-actions me paraît être une condition essentielle de réflexivité clinique et éthique offrant une alternative transitionnelle créative et humaniste à la seule logique comptable de l'économie néo-libérale.

## Une passion partagée

---

La rencontre de la passion partagée des émotions en périnatalité et les menaces de « confusion des

langues » (Ferenczi, 1933) en réseau périnatal justifiaient cette interrogation sur la traumatophilie de notre vocation de soignant en périnatalité.

À l'issue de sa déconstruction, cette traumatophilie nostalgique – *in fine* si caractéristique des soignants du périnatal – s'impose comme le Nord et le Sud de nos méridiennes cliniques périnatales.

Déniée, refoulée, fétichisée, maltraitée, mise à distance ou « collée serrée », cette traumatophilie sera source compulsive de destructivité, de malentendus persistants, d'essoufflement thérapeutique, de passage à l'acte et de risque individuel, collectif de « transe traumatique » (Ferenczi, 1933). C'est la passion de l'addiction privée de réflexivité. Les identités narratives du « je » et du « nous » grincent.

Accueillie, explorée, valorisée à travers une élaboration commune pérenne, dont la première qualité est de pas être naïve sur la force des résistances en présence, cette empreinte traumatophile de nos vocations professionnelles se révélera être la meilleure source d'énergie. Les groupes Balint réinventés et la recherche-action s'imposent dans cette direction comme des pistes à creuser plus avant.

Oscillants entre l'attractivité des pôles défensifs et de réflexivité de leur vocation et de leurs pratiques, les soignants du périnatal doivent inventer dans l'attention mutuelle et la tension interdisciplinaires de nouveaux dispositifs pour rester « suffisamment bons ». Cette co-création vivante et sans répit d'une identité narrative individuelle et collective constitue un des axes majeurs d'une psychologie clinique périnatale dédiée au soutien de la processualité associative verbale et non verbale (*cf.* p. 9). Son investissement peut jouer avec modestie mais opiniâtreté un rôle transitionnel prépondérant dans l'espace de rencontres entre les parents-foetus/bébé, leur famille et les soignants.

# Soutien et formation des professionnel(le)s de première ligne

CHAPITRE 13

O. Tagawa

## Prendre soin du professionnel

Au sortir de mes études, je me sentais parfaitement bien équipée pour assumer mon rôle de surveillance médicale. Bien sûr fallait-il encore acquérir «de la bouteille», mais le chemin de ce côté-là était bien tracé : la pratique hospitalière apportera ce qu'il faut d'expérience. Par contre, le rôle d'accompagnement restait un réel mystère tant l'enseignement initial n'avait survolé cet aspect du métier que de façon superficielle. Vingt ans après, ma pratique de formatrice m'a prouvé que je n'étais pas un cas isolé.

Puéricultrices, sages-femmes et TISF sont convoquées auprès des familles dans le quotidien de la vie de parent. Au cours de formations que j'ai pu dispenser auprès d'elles, les échanges ont mis régulièrement en évidence l'excellence de leur savoir théorique et technique mais aussi leurs difficultés dans la pratique de la relation d'aide. Difficultés qui à terme et faute d'un réel soutien conduisent à l'épuisement et au désengagement professionnel. C'est d'abord la perte de sens : la pratique se dilue ; de l'idée d'un soutien de la parentalité, on en arrive à quelques vagues conseils sur le bain ou sur l'allaitement sans être dans le souci d'évaluer comment ces conseils sont reçus et ce qu'il en est fait. Les convictions s'affadissent. C'est ensuite l'incohérence *entre le but visé et la pratique réelle* : la pratique est idéalisée dans un discours incantatoire («*on soutient la parentalité*» ; «*on fait de la prévention*»), un discours d'exclusion («*elle*

[la mère] *ne peut pas comprendre ce que je lui explique*» ; «*elle s'en fiche de son bébé, elle préfère regarder la télé*»). La mission de prévention est réduite à un dépistage formel sur une liste de facteurs de risque. Enfin, c'est le *repli identitaire* : la professionnelle travaille en cercle fermé, n'identifie pas son besoin d'être aidée, l'autre professionnel est absent de l'horizon mental, les institutions partenaires sont dénigrées ou vécues comme persécutrices.

Ces difficultés peuvent mieux être comprises si l'on repère les quelques pièges que mettent en lumière les temps de réflexion collective sur les pratiques. Nous pouvons alors mieux prendre soin des professionnelles en proposant des stratégies de «contre-feu» au cours de formations et de dispositifs de soutien.

## Le piège de l'angélisme : faire taire les angoisses

Il est fréquent de répondre à l'inquiétude de l'autre par un «*mais oui, tout ira bien!*». Notre rôle, lors d'expression de peurs émotionnellement chargées, n'est pas de clore le discours du sujet par une benoîte réassurance («*ne pensez plus à cela, ça sert à rien de s'angoisser*») mais bien de percevoir, derrière la peur, l'anxiété, un conflit psychique qui met le sujet en souffrance. La relation d'aide, dans ces situations, consiste plutôt en un travail de repérage et d'orientation. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 3 avec le cas de Léa et son bébé «trop petit» (cf. p. 36), la notion de signes d'appel

psychiques est à prendre en compte dès que nos actes et paroles ne suffisent pas à apaiser questions et doutes des parents.

### **Le piège de la parcellisation des tâches : discontinuité des prises en charge**

L'hypermotivation des tâches et des services constitue aujourd'hui un risque réel de déperdition des savoirs mais aussi d'appauvrissement des pratiques. La continuité des soins est assurée par la continuité du soutien du pré- au postnatal. Pour la sage-femme, l'apprentissage de l'accompagnement prénatal ne peut s'accomplir que grâce à une pratique qui lui permet d'observer l'après-coup de ses interventions et cela non seulement dans les suites de couches immédiates mais dans le postnatal plus lointain. La professionnelle qui anime des séances de préparation ne peut réajuster leur pédagogie et leur contenu que si, à l'écoute des familles, elle peut apprendre d'elles ce qui a été utile et ce qui a inutilement surchargé ses séances. Ainsi, elle apprend peu à peu à alléger les thématiques sur l'accouchement pour disposer de plus de temps d'échange sur la vie avec le nouveau-né. La plupart d'entre nous finissons nos études avec une connaissance limitée aux 3 à 5 jours qui suivent la naissance. Les visites au domicile des familles, les consultations postnatales et le temps de rééducation périnéale fournissent un matériel clinique propice à nous rendre familier le temps d'instauration des premiers liens.

La continuité de la prise en charge peut aussi être maintenue par le partage inter- et intradisciplinaire ainsi que le permet un travail de synthèse ou de reprise autour d'une situation. Si certaines prises en charge nous montrent l'impressionnante efficacité sur la relation parentale d'un accompagnement par une équipe soudée, cohérente, dans une durée d'intervention qui maintient continuité et contenance, inversement nous observons maints cas qui font état de difficultés majeures : absence de lien entre les professionnels ; absence de reconnaissance des compétences de l'autre professionnel et de sa place auprès de la famille ; absence de concertation, de réflexion sur l'éthique et la pratique des transmissions.

### **Le piège du consumérisme : satisfaire le client**

Dans la relation consumériste, le professionnel entend une demande explicite et cherche à y répondre. La question du sens de la demande et de l'offre ne se pose pas. L'important est la satisfaction immédiate du client. La relation est instrumentale. Dans la relation d'aide, il s'agit de « prendre en compte l'acte professionnel dans l'ensemble de la vie de la personne et du vivre ensemble social » (Legault, 2003). C'est donc une relation qui nous engage vis-à-vis de l'autre, sujet humain et non seulement consommateur.

*Agnès, TISF, nous raconte lors d'un séminaire, qu'elle va depuis plusieurs semaines chez une mère qui ne lui demande rien en dehors de quelques petites tâches ménagères. Elle nous exprime son désarroi après chacune de ses interventions : « J'ai l'impression de ne servir à rien... Pourtant elle ne me demande rien de plus..., mais je la vois si triste avec son bébé... » Les échanges qui suivent mettent en évidence deux sortes de lecture de la situation. Les premières réactions sont : « Mais ne t'en fais pas, puisqu'elle ne te demande rien de plus... » Puis, le temps de réflexion permet de dégager dans cette histoire ce qui peut faire signe d'appel psychique évoquant une dépression maternelle et d'envisager un dispositif de soutien adapté.*

### **Confusion entre objectifs et contenu**

Tout travail doit être mené en fonction d'un objectif pensé et choisi. Dans la relation d'aide l'objectif doit être au service du développement de la personne et du lien social. Structurer son travail en fonction d'objectifs précis, c'est lui donner un cadre, c'est reconnaître l'autre dans ses besoins.

L'évaluation de la qualité de son travail passe donc par l'évaluation des besoins de l'autre auxquels on peut répondre de sa place de professionnel et dans ses compétences propres.

Nous retrouvons fréquemment une confusion entre la définition d'objectifs et l'énoncé d'un contenu (cf. encadré ci-après).

*Illustration I.* « Parler de la respiration » est souvent un des objectifs affichés des séances de préparation à la naissance. Or nous n'avons là que la désignation d'un thème : ce n'est en aucune sorte un objectif pédagogique. Si l'on en reste à cette formulation « parler de la respiration » n'importe quel exposé théorique ou un quelconque exercice formel feront l'affaire. Personne n'est trompé puisque la promesse n'engageait personne. Quelle question est travaillée ? À quel besoin répond-on ici ? Quelles ressources vont être développées ? Comment à l'issue de la séance les femmes et la sage-femme peuvent-elles évaluer l'intérêt et la pertinence de la séance ? C'est en s'interrogeant ainsi que l'on peut imaginer, à partir de ce thème de la respiration, des objectifs pédagogiques aptes à structurer une séance. Ce peut être : « Je vous propose aujourd'hui de partager ensemble et d'expérimenter les différentes ressources respiratoires que nous avons découvertes dans notre vie pour mieux réguler le stress. »

*Illustration II.* Nous étudions avec un groupe de TISF la rédaction de leur fiche de synthèse. On peut lire sur l'une d'entre elles, en guise d'objectif d'intervention auprès d'une famille : « lien au bébé ». Notre travail d'analyse permet de mettre en évidence l'inconsistance d'un tel libellé : qu'est-ce qui est à travailler avec la mère ? Selon la situation évoquée nous pouvons alors émettre comme objectif « aider la maman à améliorer la qualité des soins premiers, à prendre plus de temps avec le bébé ».

## Perte du jugement propre

Je renvoie le lecteur au chapitre 11 de cet ouvrage *Rétablir la faculté de juger* (p. 264) ainsi qu'au chapitre 7, *Paradoxes et difficultés de la prévention* (p. 165).

La capacité de penser par soi-même, dans une société où trop souvent la pensée est instrumentalisée au service de règles techniques, bureaucratiques ou conventionnelles, peut être réanimée par le partage collectif au sein de groupes d'analyse de la pratique ainsi qu'au cours de formations, à condition que celles-ci donnent suffisamment de place à des outils propices à une mise en exercice de la créativité de la pensée.

À cet effet, les *jeux de rôle* peuvent avoir une place tout à fait précieuse. Il s'agit de se prêter au jeu

dans une improvisation semblable à celle des enfants qui jouent pour le plaisir et avec beaucoup de sérieux à *la maîtresse ou à la marchande*. Il est essentiel de préciser au groupe que le but n'est pas de juger la compétence de chacun, puisque le cadre du jeu est artificiel et ne peut ainsi absolument pas correspondre à la réalité d'une intervention auprès d'une famille. L'objet de l'exercice est de favoriser un échange à partir de ce que l'on ressent après avoir joué ou assisté à cette saynète depuis son rôle de parent, de bébé, de professionnel ou d'observateur. Chacun est remercié par avance de bien vouloir se prêter au jeu et de susciter par là les associations de chaque membre du groupe. Les jugements émis concernent la situation et non le professionnel. Tous les signes qui peuvent mettre en évidence la dimension de jeu sont bienvenus : petit déguisement comme une écharpe, ficelle qui délimite l'espace du jeu, prénoms modifiés... Ils permettent de signifier la dimension symbolique de la proposition.

Les situations jouées sont celles soulevées par le groupe au fil des échanges. La règle est que celle qui évoque un cas à mettre en jeu ne prend pas le rôle de la professionnelle. Cela lui permet de se mettre à distance des faits tout en mobilisant ses observations.

Un rôle d'« observateur privilégié » est attribué. Bien sûr, l'échange permet à l'ensemble du groupe de commenter la scène, mais « l'observateur » a pour mission de rapporter au groupe ses impressions. Il est mandaté pour cela, donc autorisé à cela : ce n'est pas une mince affaire d'exposer à un collectif son point de vue et l'exercice est en soi une pédagogie pratique de l'attitude d'observateur attentif et bienveillant. La bienveillance ne signifiant pas indifférence ou inconsistance...

Les écueils de cette pratique doivent rester présents à l'esprit de l'animateur car c'est un exercice à haut risque. Il doit être court, l'animateur devant l'interrompre dès que la problématique qu'il veut mettre en évidence est apparue. Si le jeu se prolonge alors que les impasses de l'attitude professionnelle sont manifestes, cela mettra douloureusement à mal l'acteur en le surexposant. Il doit être commenté par chaque protagoniste et l'animateur doit favoriser l'expression des éprouvés, des sensations, des émotions. Si cette attention n'est pas maintenue, le risque est grand que chacun, lors de son compte rendu, se range dans une neutralité confortable en

paraphrasant la scène, en la décrivant dans son scénario afin d'éviter d'affirmer sa subjectivité, les nuances, les ambivalences et les conflits sous-jacents. Il est très fréquent que la première réaction soit de ne pas oser critiquer ce que l'autre a fait et plus encore de ne pas accorder de crédit à ses propres éprouvés. C'est pourquoi il me semble indispensable que le formateur assiste au jeu et tienne pleinement sa place d'animateur. Tout le potentiel de la « mise en scène » doit être exploré à partir de chacune des places occupées.

### Jeu de rôle I

*Jeu de rôle* : un bébé de 21 jours qui pleure beaucoup. *Personnages* : la mère épuisée, primipare, la TISF.

*Premier jeu* : la TISF a essayé de trouver des solutions au « problème », elle a prodigué maints conseils à la mère.

*Observation des éprouvés* : la « mère » témoigne comment elle est vite déconnectée de la TISF, trop de paroles l'ont « saoulée », trop de conseils ont augmenté son désarroi.

*Deuxième jeu* : la TISF prend le temps de s'asseoir auprès de la mère, l'écouter, observer, elle s'éloigne parfois pour des tâches ménagères, puis revient, son rythme est lent, apaisant, elle parle peu, juste quelques paroles rassurantes, elle parle au bébé.

*Observation des éprouvés* : la « mère » est apaisée, elle se sent comprise, « moins bancale »...

Le rôle du bébé peut être attribué. L'acteur peut tout à fait le jouer sur une chaise, il n'a comme contrainte que celle inhérente à sa position de bébé : il ne peut parler, ni avoir de motricité autonome. Ses éprouvés seront infiniment précieux pour la compréhension des phénomènes psychiques.

### Jeu de rôle II

*Jeu de rôle* : nous reprenons la situation décrite dans le chapitre 7 (cf. p. 165), cas de Marie.

*Personnages* : la TISF qui a présenté la situation joue la mère, deux autres la professionnelle et le bébé.

Entendre les éprouvés de celle qui jouait le nourrisson a été, pour nous toutes, impressionnant : se manifestaient, *in vitro*, les effets des « émotions autour du bébé ». L'actrice, enfant manipulé par

cette mère affolée, exprime ses sensations de désarroi, d'impuissance, de nécessité de se retirer « loin, ailleurs... sans le pouvoir... ». Puis, elle énonce combien cela lui a fait du bien de sentir à ses côtés la travailleuse familiale (qui intervient dans un second temps, auprès de la dyade) « calme, posée dans sa voix et dans ses gestes, et surtout qui se préoccupait de moi, de mon bien-être, de ce que je pouvais ressentir... Je pouvais oser sortir de ma coquille... ».

Cette simple « mise en scène » nous permet d'introduire la notion de « l'humain d'à côté » et l'efficacité psychique de sa fonction.

La réflexion groupale qui suit la représentation permet à l'animateur de qualifier (nommer et confirmer) les outils théoriques qui sous-tendent notre pratique d'accompagnement. La faculté de juger demande que des mots soient mis sur l'expérience vécue : ainsi la professionnelle sent la validité de son geste envers l'autre ou comprend en quoi certaines attitudes sont contre-productives.

L'autre outil de réanimation de la capacité de penser par soi-même est *l'analyse collective des pratiques*, en formation, en intervision, en réunion de synthèse. Ces lieux proposent un espace d'élaboration psychique. Pouvoir assumer l'accompagnement périnatal suppose que la professionnelle puisse disposer d'un espace de réflexivité sur sa pratique qui lui permette de mieux penser et mieux gérer les mouvements psychiques complexes en jeu.

De même que la mère a à se débattre avec son idéal de mère, nous avons, en tant que sages-femmes, puéricultrices et TISF, à faire avec un idéal parfois persécuteur qui nous imprègne plus ou moins fortement en fonction de notre histoire et est parfois renforcé par nos études : être la bonne professionnelle qui est capable de : répondre à « toutes » les questions de la femme, faire s'évanouir « toutes » les peurs, accompagner le couple jusqu'à l'accueil en « toute » sérénité d'un enfant serein dans un cadre serein. C'est dire qu'un lieu où pouvoir interroger sa pratique s'avère indispensable. Par ailleurs, certaines situations suscitent des éprouvés violents, qui nous mettent nous-mêmes hors d'état de penser, hors d'état de soutenir : il nous faut alors d'autant moins rester dans la solitude. C'est ce travail de reprise ou d'analyse de situation avec l'aide d'un professionnel du psychisme que

l'on peut nommer travail en indirect. Pour bien des familles, qui ne sont pas prêtes à un travail en direct, c'est cette forme indirecte, médiatisée, qui soutient notre intervention et introduit un tiers salubre dans la relation.

## **Conclusion**

---

Face aux mutations sociétales, aux nouveaux enjeux professionnels dans le soutien périnatal et

la prévention psychique précoce, la bienveillance des professionnel(le)s et la professionnalisation de leur métier passe tout au long de leur carrière par une attention permanente à prendre soin d'eux-mêmes au travers d'espaces collectifs de soutien de leur pratique. À la notion, souvent trop théorique, de formation nous pourrions substituer la notion de *groupe de soutien à la pratique*. Notion qui devrait être appelée à devenir une nécessité aussi évidente que l'est notre formation initiale.

# L'obstétricien : une trajectoire

M. Blazy

## Une trajectoire

J'exerce en obstétrique depuis 25 ans, une génération. Il me semble en toute subjectivité que c'est la spécialité médicale qui s'est le plus transformée, qui a connu le plus d'avancées technologiques. En plus des changements de mode, comme on en rencontre partout, on utilise tel médicament comme la panacée universelle pendant près de 10 ans pour éviter les accouchements prématurés et puis, tout à coup, l'employer devient presque une faute médicale, en tout cas la signature d'une impardonnable méconnaissance de l'actualité.

De même, il y a 25 ans, le cerclage du col (toujours pour éviter que le fœtus ne naisse prématuré, c'est-à-dire avant 37 semaines d'aménorrhée) se pratiquait couramment et, dans certaines indications, systématiquement comme lors de grossesses gémellaires ou d'antécédents de fausses couches tardives. En quelques années, il ne s'est plus du tout pratiqué, étant devenu inutile voire dangereux. Or, il y a une dizaine d'années, on l'a vu réapparaître à titre préventif, ou « à chaud » comme un sauvetage de la grossesse.

Quant à l'épisiotomie (agrandissement d'une vulve distendue en phase d'expulsion, par un coup de ciseau franc à 7 h, afin d'éviter les déchirures parfois très graves et difficiles à réparer), elle était systématique au moins pour le premier accouchement par voie basse. Nous étions sûrs, alors, de prévenir ainsi les risques de prolapsus (descente d'organes) à l'âge mûr. Depuis, nous avons constaté que des prolapsus survenaient

aussi chez des femmes qui n'avaient jamais accouché par les voies naturelles. L'épisiotomie n'est donc plus pratiquée que dans des indications sélectives. L'image de cette pratique de l'épisiotomie dans un film sur l'accouchement projeté à l'école et en cours de préparation à l'accouchement a traumatisé une génération, respectivement, de collégiennes et de jeunes femmes. La pratique de l'obstétrique est parfois violente, souvent sanglante, et il n'est pas bon d'en partager les images avec tous les publics. Sous prétexte de transparence, on dégoûte les filles de la maternité, on les remplit d'effroi parce qu'on leur montre la vision d'autres acteurs de la naissance, et non pas celle qu'elles en auront, elles. Les films actuels positionnent la caméra à la hauteur de la tête de la mère ou du père, ce qui correspond bien mieux à la réalité qu'ils vivront.

Le comptage du terme de la grossesse marque pour moi un avant et un après : avant, on comptait la grossesse en mois. Elle durait 9 mois ; les futurs parents, les sages-femmes, les obstétriciens comptaient de la même manière à partir du début de la grossesse ; on comptait même sur ses doigts, c'était bon enfant. Pour être plus précis – il le fallait souvent –, on ajoutait au mois une fraction du suivant ou un nombre de jours : « Vous êtes enceinte de 7 mois  $\frac{1}{4}$ , cela correspond à vos calculs ? » ou « Là, nous sommes à 8 mois moins 2 jours, le fœtus n'est presque plus prématuré. »

Pour une raison que je n'ai jamais sue, finalement, probablement dictée par des intentions louables et intelligentes des échographistes dont

la spécialité était en plein essor, tout le monde en obstétrique est passé au décompte du terme de la grossesse en semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire à partir du premier jour des dernières règles normales *présumées*. Ceci a conduit à plusieurs difficultés pour les futures mères : le début de grossesse étant fixé très précisément par l'échographie, le début de leurs règles en est déduit comme étant survenu 15 jours avant; même si ce n'est pas le cas, même si elles ont un autre souvenir, nous n'avons plus besoin de leur parole sur leur corps pour *savoir* quand elles auraient dû avoir des règles théoriques pour débiter réellement leur grossesse à la date trouvée par l'échographe. Autrement dit, l'interrogatoire de début de grossesse plein de flou, d'émotion, et d'affect est balayé par les dires de l'échographe au bras armé d'une sonde endovaginale qui, après consultation de son logiciel à mesures et abaques vous dit de quand datent vos dernières règles. C'est surprenant quand on y pense avec du recul! C'est pour moi le signe le plus visible que les femmes se sont fait déposséder de leur grossesse. Comme en plus, les mois font plus que 4 semaines, même en enlevant les deux premières semaines entre les règles et l'ovulation, diviser par 4 le nombre de semaines ne donne pas le terme en mois. D'où un casse-tête pour les femmes enceintes sauf à compter comme nous en semaines d'aménorrhée!

Mais ces phénomènes ne sont que des modifications de forme, de mode. L'obstétrique a, selon moi, été révolutionnée en profondeur par :

- la péridurale;
- l'échographie;
- la PMA;
- le diagnostic anténatal et le consentement éclairé.

Je ne traiterai pas de la PMA, qui bien qu'une pré-histoire à la conception aurait sa place et son intérêt dans ce chapitre des bouleversements techniques, mais nous avons décidé collégialement et délibérément au début de ce manuel de ne pas être exhaustifs pour se centrer sur la période où l'embryon/fœtus /bébé existe déjà, et pas seulement comme désir dans la tête de ses parents.

Le diagnostic anténatal et le consentement éclairé ont été traités plus haut (*cf.* chapitres 2 et 5.4).

## La péridurale

Il y a 30 ans, la péridurale ne se pratiquait encore que dans des endroits et pour des indications bien particuliers; une femme accouchait donc dans la douleur, comme il l'est écrit dans la *Bible*. Si elle en avait peur, elle suivait une préparation à la naissance dite « sans douleur », pendant laquelle elle apprenait à respirer comme un « petit chien » ou des rudiments de sophrologie. Elle accouchait quand même dans la douleur. Une analgésie locale du périnée au niveau des nerfs honteux (*sic!*), voire une injection de Dolosal® qui la « shootait » pour l'expulsion, complétaient ses efforts de respiration. En cas de trop grande agitation, ou de cas particuliers comme un accouchement sous X, ou encore l'expulsion d'un enfant malformé, l'anesthésiste était appelé pour une anesthésie générale en fin de travail. La femme ne participant plus à son accouchement, l'obstétricien sortait l'enfant au forceps au prix d'une épisiotomie généreuse.

La césarienne se faisait également sous anesthésie générale; les anesthésistes rivalisaient de créativité pour trouver les cocktails de produits les moins nocifs pour le fœtus, et les obstétriciens pour extraire le nouveau-né le plus rapidement possible après l'incision cutanée dont le départ était signifié par l'anesthésiste. Il y avait en salle d'opération un silence pendant que l'anesthésiste s'affairait, l'obstétricien se tenant prêt à intervenir (bistouri en main, désinfection cutanée effectuée, champs opératoires posés) et lapanseuse attendant de recueillir l'enfant. Dix minutes après, l'ambiance se relâchait, il suffisait de refermer, on se racontait nos histoires. Le bébé, parti avec lapanseuse ou la sage-femme pour être lavé, présenté à son père, ne serait vu, touché, humé par sa mère qu'en salle de réveil, beaucoup plus tard; ce n'était pas notre travail, nous finissions le nôtre en nous appliquant sur la cicatrice...

La péridurale a été révolutionnaire. La preuve en est qu'elle a été largement controversée et jugée dangereuse par ses détracteurs : les femmes risquaient de finir leur vie paralysées sous prétexte qu'elles ne voulaient pas avoir mal comme leurs ancêtres avaient eu mal, depuis des milliers d'années en accouchant, phénomène naturel par excellence! Il fallait presque du courage pour oser braver ces interdits quasiment moraux, trahir sa lignée de génitrices, risquer la paraplégie, passer

pour une lâche, une « chochette », peut-être même une mauvaise mère qui ne serait pas prête à tout pour donner la vie. Dans mon souvenir, ce sont surtout les femmes, bien plus que les hommes, qui ont été les opposantes les plus farouches à la péridurale. Les hommes étaient sans doute bien contents d'avoir enfin un moyen d'éviter la culpabilisation par leur femme de n'en être pas une et de ne pas souffrir, eux, à la naissance de leur enfant...

Je n'ai jamais vu de femme paraplégique dans les suites de l'accouchement. La péridurale a eu le succès qu'elle méritait. Des progrès ont été faits dans les dosages afin d'éviter les femmes coupées en deux, ne pouvant plus pousser au moment de l'expulsion parce que ne sentant rien et devant être aidée par des forceps, ou tellement insensibilisées, qu'en attendant que le travail se fasse tout seul, elles lisaient le journal.

Mais entre sentir ce qui se passe dans son corps et avoir mal, il y a une différence qui permet, ou pas, de participer à son accouchement, d'aider son enfant à progresser vers la sortie, d'avoir une complicité avec le papa, d'accueillir son bébé avec le sourire et non pas dans un cri déchirant. Il est fort probable que l'entrée du nouveau-né dans le monde aérien sera archivée dans ses souvenirs de manière bien différente selon l'ambiance sensorielle et affective en salle de naissance.

Cela dit, j'ai rencontré récemment une femme qui ne voulait pas de péridurale; elle voulait crier pour la naissance de son enfant, sinon, ce n'était pas un véritable accouchement à ses yeux; la douleur de l'enfantement était en quelque sorte initiatique. Il est donc bon de donner le choix aux femmes quand il n'est pas imposé pour des raisons médicales, en s'éloignant de toute position dogmatique.

Cela pose les questions *qu'est-ce qu'un accouchement réussi? et pour qui doit-il être réussi : pour la mère, les parents, le bébé, les soignants?* Mon point de vue sur la péridurale en salle de naissance est induit par ma fonction d'obstétricienne : appelée en cas de « pépin », de problème obstétrical où la tension dans la salle monte d'un coup en attendant la sanction du geste, forceps ou césarienne. Notre sage-femme, co-auteure de ce manuel, par exemple, a un autre point de vue.

Pour les acteurs de salle de naissance, la possibilité de l'analgésie apporte une relative décontraction. Relative parce que ces professionnels sont

toujours sur le qui-vive; on sait que tout peut arriver, ce qui rend cette profession à la fois stressante et très passionnante. Mais l'absence de panique due à la douleur qui submerge, rend l'ambiance plus paisible : le papa n'est plus affolé par son impuissance devant sa femme ravagée et débordée; les soignants ne hurlent plus « respirez! », « poussez! », « allez, poussez! », « ne poussez plus, surtout ne poussez plus! ». Ce qui n'empêche pas l'émotion d'être au rendez-vous, au contraire, et les sages-femmes, les obstétriciens ont un rôle à jouer dans cette émotion aussi, en commentant cette naissance singulière comme si c'était le premier accouchement qu'ils accompagnent, en gardant sous silence leurs commentaires ou leurs inquiétudes de professionnels.

Bien sûr, les césariennes ont aussi profité de la péridurale. Au début, c'était très impressionnant d'ouvrir le ventre d'une femme qui ne dormait pas! Il n'était plus question non plus de se raconter son week-end! Nous devenions plus présents à la mère, à l'accueil de son bébé qui lui était présenté dès sa sortie, par-dessus le champ opératoire, dont elle entendait en même temps que nous le premier cri. Certains militent désormais pour que les pères soient présents en salle d'opération pour les césariennes, comme ils le sont depuis une trentaine d'années en salle de naissance.

À propos de la présence des pères en salle de travail, j'ai toujours été gênée de la manière dont on les déguise. Alors que la parturiente entre comme elle est, porteuse du bébé, le père, lui, porteur de microbes, met une blouse en papier, des sur-chaussures, une charlotte de bloc, bref un attirail qui le rend ridicule et méconnaissable et dont je n'ai jamais compris l'intérêt véritable, à une époque où les infirmières hygiénistes ne faisaient pas encore la loi dans les établissements sanitaires. Pour dire le fond de ma pensée, j'ai toujours soupçonné une lutte de pouvoir, perdue d'avance pour ce pauvre père ému, avec l'obstétricien ou la sage-femme.

## **L'échographie obstétricale, le diagnostic anténatal et le consentement éclairé**

On a du mal, tant elle est passée dans les mœurs médicales dans tous les domaines, à se souvenir

de ce qu'était l'obstétrique et, pour les parents, le vécu d'une grossesse, avant l'échographie.

Cette spécialité, pratiquée soit par des radiologues, soit par des sages-femmes ou des obstétriciens, en plus de leur travail habituel a fini par s'imposer comme une discipline à part entière, nécessitant une formation très aboutie et hyper-spécialisée; en effet, sa très large contribution au dépistage anténatal a fragilisé ses acteurs sur le plan judiciaire (arrêt Perruche) et les assurances professionnelles ont augmenté de façon exorbitante en proportion du risque encouru.

On possédait déjà un capteur des bruits du cœur par le même procédé à ultrasons. Il a remplacé la « trompette », stéthoscope obstétrical de Pinard, ce qui constitue un progrès notable : la « trompette » – cône en bois puis en métal, appliqué sur la peau du ventre maternel, en regard du tronc fœtal d'un côté, l'oreille de la sage-femme/obstétricien collée sur une plate-forme à l'autre bout – réservait les battements cardiaques au seul praticien, à partir de 6 mois de grossesse environ. Avec la sonde à ultrasons, appliquée sur la même zone, la conduction étant aidée par le même gel que pour une échographie, non seulement on perçoit les bruits du cœur fœtal beaucoup plus tôt, vers 10 semaines d'aménorrhée, mais surtout, la mère, les parents, les entendent en même temps que le soignant. C'est un moment magnifique : les mouvements actifs du bébé ne sont pas encore perceptibles par la mère, elle ne se sent pas enceinte, cette grossesse lui paraît virtuelle, sauf si elle a les désagréments habituels (nausées, hypersomnie, parfois vomissements). Et là, elle l'entend, il est vraiment là... Les yeux s'embuent facilement; parfois, un mouvement actif est entendu pendant ce temps d'écoute, ce qui permet à la mère de faire l'association avec ce qu'elle ressent de façon proprioceptive au fond d'elle : un petit déplacement, frémissement très subtil qu'elle saura reconnaître toute seule par la suite.

Les parents sont souvent intrigués et vaguement inquiets de la rapidité de la fréquence cardiaque fœtale, « comme un cheval au galop ». De faire entendre les bruits d'une artère maternelle voisine de l'utérus, battant à 75/mn, puis les bruits de cœur fœtal, deux fois plus rapides, entre 140 et 160/mn, permet de rassurer tout à fait et déjà d'individualiser le petit.

La première échographie provoque en général le même émerveillement, la même incrédulité presque. Le son existe aussi, mais il passe au deuxième plan, après la vision de l'écran. Certains « psy », comme M. Soulé, ont d'abord trouvé ce procédé intrusif, voyeur, empêchant la femme d'imaginer son bébé, de le rêver puisqu'elle le voyait. Le terme « intrusif » n'est pas adapté sur le plan médical. Est intrusif un examen complémentaire douloureux et/ou pénétrant; or, l'échographie obstétricale est totalement indolore, et longtemps, elle s'est pratiquée par voie abdominale. De plus en plus, la voie vaginale est utilisée pour visualiser certains détails, ce qui constitue une intrusion. On peut dire que cet examen, permettant de voir à l'intérieur de la femme, et même à l'intérieur du fœtus, est intrusif au sens habituel, français du terme. Cependant, il me semble que le mystère existe toujours, il ne fait que reculer.

La répercussion de cette première échographie est importante sur le vécu des femmes : « il » existe dans « mon ventre ». Les conséquences de ce constat peuvent être paradoxales. Certaines vont ne plus avoir de nausées à partir de la minute où elles voient le cœur battre (très tôt, 5 SA), d'autres, au contraire, qui allaient très bien jusque-là, vont cumuler les signes sympathiques de grossesse ou autre symptôme.

Je fais remonter le malentendu entre les futurs parents et les professionnels de la naissance à l'essor de l'échographie obstétricale et au progrès médical incontestable qu'elle nous a apporté.

Les avancées techniques ont permis de :

- déterminer très précisément la date de début de grossesse, du moins dès lors que le diagnostic de grossesse était fait tôt, ce qui a induit les dates de dernières règles « théoriques », et le décompte en semaines d'aménorrhée, avec les conséquences pour les futures mères évoquées plus haut;
- suivre sur des courbes la croissance du fœtus, permettant ainsi le dépistage de l'hypotrophie ou de la macrosomie;
- connaître le sexe du bébé, maintenant souvent dès la première échographie vers 13 SA, ce qui peut avoir une importance médicale dans certaines pathologies liées au sexe;
- identifier par la mesure des différents flux ou dopplers les troubles de la perfusion fœtale à différents stades de gravité, jusqu'à celui évoquant une mauvaise perfusion cérébrale du fœtus;

- connaître avec certitude la position du bébé avant l'accouchement (siège ou tête en bas) et celle du placenta (trop près du col, ou le recouvrant, rendant parfois la césarienne indispensable);
- mesurer la quantité de liquide amniotique qui ne doit être ni trop peu, ni trop abondant et la qualité du placenta, les annexes fœtales;
- dépister des anomalies du bébé lors de chaque trimestre, mais essentiellement lors de l'échographie dite morphologique, entre 22 et 24 SA.

Dans ces circonstances, on comprend l'immense décalage d'espoir, d'attente, et d'exigence vis-à-vis de cet examen entre les parents et les échographistes. Ces derniers sont hyperconcentrés sur leur écran, leurs abaques, leurs mesures, leur compte rendu. Ils ne se sentent pas le droit à l'erreur, toute anomalie échappée à leur vigilance pouvant leur être reprochée par la suite.

Les parents de leur côté viennent à la fête, « voir leur bébé », mettre la photo dans l'album de famille, voire la vidéo avec les DVD, et puis savoir le sexe... Le père est le plus souvent présent à cet examen, alors que sa présence lors des consultations cliniques est loin d'être habituelle; parfois la fratrie est également invitée.

Les professionnels sont agacés de cette légèreté qui peut se transformer en très peu de temps en agressivité de la part des parents pour peu qu'une malformation soit suspectée, ou pire avérée, ou encore non diagnostiquée et découverte à la naissance : quoi, ce bébé si beau, si parfait, déjà dans l'album de famille, est défaillant, et avec tous ces appareils, personne ne s'en est aperçu ?

Ainsi, au début de cette spécialité, les échographistes, fiers de leur savoir, heureux de le partager avec des parents à la fois intimidés et émerveillés, commentent tout ce qu'ils voient sur leur écran, disent quel est le sexe du bébé même quand on ne leur demande rien; le fœtus, qualifié de « gros » ou « petit » devient, selon les parents, « trop gros » ou juste potelé, bien nourri ou, dans le cas inverse, « trop petit » ou juste mignon; le qualificatif est comme capté par les parents, retenu pour être examiné plus tard, à deux ou avec des familiers, retourné dans tous les sens, soupesé, générant du doute ou de l'anxiété selon l'ambiance générale du couple, des individus qui le constituent, du déroulement de la grossesse.

Bref, en très peu de temps, les parents reçoivent plein d'informations, pas toujours bien comprises donc inquiétantes, souvent violentes car devançant leur maturation psychique, leur questionnement. Le contexte de l'examen – femme couchée, dans une pièce sombre, gros appareil avec grand nombre de boutons, écran sur lequel on ne voit rien sans explications, échographiste très savant – ne leur permet souvent pas de poser les questions qui viennent d'ailleurs souvent dans l'après-coup les laissant désemparés. La communication *en direct* autour de l'écran d'échographie a été remise en question, pour aboutir à une certaine « asepsie verbale ».

Quoi qu'il en soit, comme tout examen de dépistage d'anomalies, nous permettant de découvrir des choses que notre savoir n'est pas encore en mesure d'identifier comme grave ou banal, l'échographie est potentiellement génératrice de stress pour les parents. Ce stress a des conséquences sur le déroulement de la grossesse et sur l'investissement du bébé (cf. p. 76 et 241); il est un produit du progrès technique qui, s'il améliore indubitablement la santé publique, n'améliore pas le bonheur des individus.

Depuis l'arrêt Perruche en 2000, un texte suivant ou précédant le compte rendu de l'échographie prévient que tout ne peut pas être dépisté sur l'écran. Certaines maternités organisent des séances de préparation à l'échographie, groupe de paroles qui permet aux futurs parents de comprendre les différents enjeux de cet examen, et de continuer à anticiper une anomalie possible de leur enfant.

L'imagerie en 3D, plus récente, connaît ses adeptes et ses détracteurs parmi les échographistes. Chez les parents, les réactions sont également mitigées. Si certains sont enthousiastes devant tant de ressemblance avec un « vrai bébé », retrouvent des traits du visage de la mère ou du père; d'autres, actuellement plus nombreux, sont apeurés par ces images « de petit monstre ». Lors des débuts de l'échographie en noir et blanc, les parents étaient souvent déçus de ne deviner qu'un fémur au milieu de ce qui ressemblait fort à une tempête de neige... Nous devons nous habituer petit à petit à toutes ces progressions technologiques, les professionnels par leur formation continue, les futurs parents avec l'air du temps en essayant de ne pas

perdre leur poésie, leur vision pleine d'affects ; les uns et les autres en n'oubliant pas que cet examen de dépistage n'est en rien obligatoire, qu'il doit être proposé et non imposé.

Vous conviendrez avec moi que l'obstétrique a, le temps d'une génération, révolutionné des pratiques qui n'avaient quasiment pas évolué depuis que l'Homme existe. C'est la raison pour laquelle la formation est longue et exigeante, que les spécialistes s'«hyperspécialisent» souvent pour une technicité toujours plus pointue. Les risques sont une déshumanisation sournoise des professions de la naissance, des actes de plus en plus audacieux et une médecine probabiliste sous couvert d'un consentement éclairé, une relation médecin-patient dans laquelle plane l'ombre du risque procédurier. La T2A hospitalière, tarification à l'activité (pour ne pas dire à l'acte), a contribué à retirer de l'âme au phénomène de la naissance : pour que le séjour en maternité – comme dans tout service hospitalier – soit rentable en termes financiers, il se doit d'être le plus court possible et, dans le même temps, aussi chargé d'actes techniques que possible. D'où ces sorties très précoces de la maternité une fois l'acte accouchement ou césarienne réalisé. Le dépistage des troubles psychopathologiques en est entravé, ce qui a certainement également un coût mais dont on ne tient pas compte à l'heure où j'écris ces lignes.

Pour ma part, je me suis également spécialisée, en quelque sorte. Pour des raisons familiales, je n'ai pas poursuivi ma carrière dans le CHU de province où j'ai été interne et formée en médecine interne et en obstétrique. Devant choisir entre les deux spécialités, j'ai retenu l'obstétrique en me disant qu'une obstétricienne peut toujours faire de la médecine interne alors que l'inverse n'est pas vrai. C'est en revenant en région parisienne que, à la recherche d'un emploi dans mes cordes, je suis «tombée» sur ce service de soins en périnatalité dont j'ai fait rapidement, et jusqu'à ce jour, le centre de ma vie professionnelle au point d'en être le chef de service pendant 20 ans. Je dis aux autres membres de l'équipe ce que j'ai pu constater pour moi : «on peut arriver par hasard dans ce service si particulier, on n'y reste pas par hasard». Je vous le décris brièvement : 20 lits de prénatal ; 21 lits de postnatal et 23 berceaux ; les accouchements ne se font pas sur place mais dans la maternité qui nous a adressé la patiente. Les situations qui nous sont

confiées sont lourdes (intrications de problèmes somatiques, psychiques, souvent dans un contexte de précarité) :

- problèmes obstétricaux : surtout MAP, hypotrophie fœtale, diabète gestationnel, HTA gravidique ;
- problèmes médicaux divers et variés : VIH, sclérose en plaques, insuffisance cardiaque, chorée, drépanocytose... ;
- problèmes psychiatriques : psychose, psychose infantile, troubles bipolaires, mélancolie, dépression...

À cette activité d'hospitalisation, s'ajoutent une consultation hospitalière de gynécologie-obstétrique ouverte sur la ville et un centre de planification familiale.

## Interdisciplinarité, recherche et tricot

---

J'ai donc exercé dans ce service où les femmes n'accouchent pas : j'étais obstétricienne, chirurgien des hôpitaux, et je ne pratiquais plus l'obstétrique «vive». Cela a été un renoncement pour moi à l'époque. Mais le fonctionnement du service, la clinique très variée que j'y rencontrais, l'existence d'une équipe interdisciplinaire à faire vivre m'ont retenue et enrichie au cours de toutes ces années au point d'avoir envie, aujourd'hui, au travers de quelques chapitres de ce manuel, de transmettre mon expérience de terrain et cette passion que j'éprouve pour ce métier en périnatalité.

Jamais je n'aurais pu faire ce métier, en marge de l'obstétrique classique, sans avoir été analysée ; cela change un peu les perspectives, en ce qui concerne la relation mère-bébé, d'avoir été analysée comme fille de ma mère et comme mère de mes enfants. Il en va de même dans la dynamique de groupe de l'équipe, surtout quand elle comprend des disciplines différentes : avoir été analysée permet, il me semble, de prendre assez de distance pour ne pas avoir le nez dans les conflits de pouvoir, les enjeux de rivalité stériles, pour ne pas s'engluer dans des ornières sans intérêt des contraintes administratives chronophages. Mais cela aussi a ses limites.

Je suis fière de beaucoup de choses du travail accompli dans ce service : notre participation au travail de recherche des UMB (unités mère-bébé), l'introduction de la vidéo, nos publications sur les mères toxicomanes, les accouchements sous X, les mères malades mentales, les placements précoces, la mise en place des référents (chaque dyade a un psychologue, un médecin et une assistante sociale référents, chaque mère une infirmière et chaque bébé une auxiliaire référentes). Mais ce dont je suis le plus fière, c'est d'avoir :

- permis la *supervision* mensuelle de l'équipe des soignantes : celles-ci ne sont pas analysées; or, ce sont justement elles qui sont au plus près des mères et des bébés, dans des situations très lourdes de détresse, de vie et de mort, de maladie, de séparations et de ruptures. La supervision dans ce service est encore plus indispensable qu'elle ne l'est dans les maternités;
- fait vivre l'*interdisciplinarité* du service, le symbole en étant les *réunions de synthèse*. Elles sont, en effet, le cœur de la vie professionnelle de l'équipe, là où « ça pulse ».

De mon point de vue, il n'est pas concevable, à l'heure actuelle, d'exercer en périnatalité seul dans son coin. La périnatalité implique l'interdisciplinarité – que celle-ci s'organise en réseau comme prévu dans la circulaire Molénat ou dans les services hospitaliers –, avec ses bonheurs... et ce que j'ai appelé ses « petits drames entre amis ».

La notion de *pluridisciplinarité* implique celle d'équipe. Beaucoup de monde travaille en équipe, on en connaît les avantages : se mettre à plusieurs pour obtenir de meilleurs résultats; nécessité d'un leader, d'un chef pour coordonner les actions, les potentialiser (ex. : équipe de foot, orchestre). Dans le monde hospitalier, la notion d'équipe est incontournable, quel que soit le service : réunir les efforts de chacun pour soulager, prendre soin, parfois guérir les patients. Je me suis posé la question de la spécificité de l'équipe interdisciplinaire par rapport à une équipe comme j'en ai connu en réanimation ou en chirurgie. Là, se côtoient deux types de soignants, médecins/chirurgiens et infirmières ou sages-femmes, avec des conflits de pouvoir plus ou moins visibles ou larvés, comme dans toute équipe; mais au final, il existe une seule discipline : celle qui s'occupe du corps.

Donc, au travail habituel et déjà compliqué d'une équipe « monodisciplinaire », la pluridisciplinarité ajoute des richesses, des ouvertures sur d'autres horizons, mais aussi des difficultés spécifiques que j'ai essayé de cerner le plus honnêtement possible. Je me suis aidée des interviews de cadres, de médecins, d'anciens et de nouveaux arrivants dans le service, que j'ai comparés à mes propres souvenirs et ressentis.

L'équipe est donc pluridisciplinaire : il s'agit d'une pluridisciplinarité au sens large, pas seulement le choc tellurique entre somaticiens et « psy », mais aussi les particularismes des travailleurs sociaux et des professionnels paramédicaux.

Dans un service comme celui-là, la pluridisciplinarité, c'est bien; c'est même tout à fait indispensable pour traiter des situations aussi complexes, et à chaque fois que je le peux, j'en vante les mérites : c'est la définition du mini-réseau en interne avant même la mode des réseaux : tout sur place! Comme pour le théâtre classique : unité de lieu (le service), unité de temps (la périnatalité, temps très court dans une vie de mère et une vie de bébé quand on y pense), unité d'action (action thérapeutique de l'équipe pluridisciplinaire).

Je compare volontiers notre travail à un tricot – ce qui va bien avec l'idée de la création du lien, lien parents-enfant, mais aussi lien entre nous –, un tricot à trois fils : un fil pour le soma, un fil pour la psyché, un fil pour l'environnement familial et social. Ces trois fils, travaillés ensemble jour après jour, deviennent indissociables, formant un tissu solide sur lequel les patients, mères, parfois pères, nouveau-nés peuvent se reposer ainsi que les membres de l'équipe; une sorte de hamac; certains d'entre nous en effet, sont, en fonction des moments de leur vie ou des situations traitées, plus vulnérables; l'équipe permet de leur servir de support presque au sens physique du terme. Il arrive ainsi à chacun d'entre nous, quelle que soit sa fonction, de se laisser porter un temps et reconforter par les collègues; ce qui suppose une certaine humilité : on ne peut pas tout faire tout seul pour les patients, et même si on est très expérimenté, quand on a été bouleversé par une histoire, bousculé dans ses bases, remis en question brutalement par la parole d'une patiente, de sa famille, par l'état d'un bébé qui s'aggrave, par la disqualification d'un partenaire de l'extérieur..., on a

souvent besoin de l'équipe, de son soutien affectif, de la sécurité qu'elle apporte pour pouvoir continuer à travailler... C'est pourquoi je parlais d'amis; pas dans le sens on passe les vacances ensemble, mais dans le sens éprouver du respect, de la confiance, de la bienveillance réciproque.

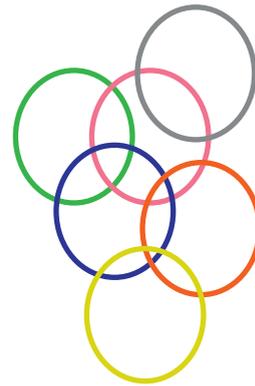
L'équipe, ça tient chaud, ça reconforte; on fête nos réussites, les départs, les arrivées; on ne s'ennuie pas, on rit beaucoup, *mais* ça se mérite aussi! Comme une vie de couple, ça se choisit et ça se travaille au quotidien; il faut toujours préserver un équilibre subtil et précaire (car toujours remis en question) entre deux écueils : la fusion et l'excès d'individualisme.

*La fusion* de l'équipe pourrait se décrire comme la vie d'une bande d'amis inséparables : on fait tout ensemble, on se déplace en troupeau aux réunions de synthèse, on voit les patients à deux, on passe son temps en réunions de toutes sortes tellement on est bien ensemble et les collègues extérieurs sont des gêneurs qui plus est des ânes. La fusion rend fort et unique, mais elle isole. Un équilibre est donc à trouver entre la fusion et son contraire, qui serait un *travail individualiste* à outrance, ignorant la part de l'autre et son apport singulier (figures 14.1 et 14.2).

N'importe qui ne peut ou ne veut travailler en équipe interdisciplinaire : il faut beaucoup de confiance en l'autre, en ses compétences propres, en ses capacités de partager l'information, de métaboliser l'émotion, en sa faculté de nous reconnaître pour nos compétences à nous, notre part de travail; il faut aussi être capable de renoncer au tout pouvoir (figure 14.3).

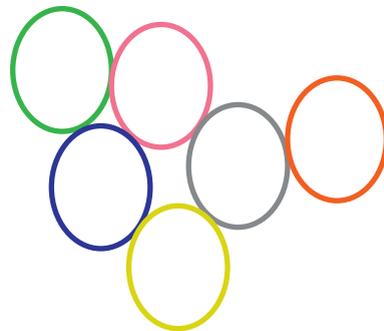
Il faut renoncer au tout pouvoir, donc ne pas être tout pour cette mère, accepter qu'elle fasse « des confidences » à d'autres, que le bébé fasse des sourires enjôleurs à celle qui n'est même pas sa référente, accepter de se remettre en question, accepter de se limiter dans son action, même quand on se croit capable de tout faire, peut-être même mieux. C'est aussi accepter d'être instrumentalisé quand l'équipe juge qu'on est le mieux placé pour intervenir. C'est donc un choix qui demande une certaine maturité pour accepter la frustration et préférer les petits bonheurs collégiaux aux satisfactions individuelles plus éclatantes...

Aux dires des « nouveaux », l'interdisciplinarité est à l'œuvre de façon la plus visible pendant la synthèse (appelée staff dans d'autres endroits) du

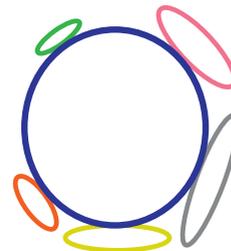


**Figure 14.1. Ma vision du bon travail d'équipe pluridisciplinaire.**

Le maillage est correct, il existe des zones de chevauchement, sans excès, permettant l'absence de failles dans la prise en charge, un bon support pour l'équipe, donc pour les patientes.



**Figure 14.2. Le travail chacun pour soi laisse au contraire trop de trous, les patientes le sentent, s'y infiltrent...**



**Figure 14.3. Image de l'ego ampoulé, les autres sont écrasés, ils peuvent s'en sentir frustrés ou en être plutôt soulagés...**

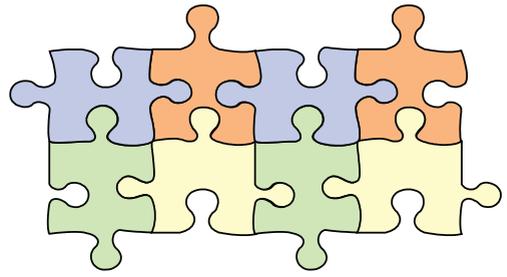
postnatal; clou de la semaine, elle réunit l'ensemble de l'équipe sur la moitié des dossiers de l'étage. Durant 2 à 3 h, le jeudi, nous nous asseyons autour d'une grande table ovale pour étudier dix situations mère-bébé. Je siége à un bout de la table, ce

qui me permet de voir tout le monde. Sont présents les trois psychologues et le psychiatre, les deux assistantes sociales, la cadre infirmière, une ou deux infirmières, deux à trois auxiliaires de puériculture, la pédiatre, l'animateur, les deux médecins généralistes, les stagiaires de tous ordres (« psy » et infirmières le plus souvent) : du monde donc et pour la plupart, des femmes. On est vraiment plongé dans l'archaïque féminin : des patientes femmes, des mères et des bébés, et une immense majorité de femmes dans l'équipe ! D'ailleurs les quatre hommes du service se tiennent toujours les coudes !

Le travail commence. L'assistant, médecin généraliste, présente le cas quand il s'agit d'une entrée récente. Le problème médical est exposé ainsi que la raison de l'hospitalisation. Les soignantes de l'étage nous disent comment va la femme, si elle reçoit de la visite, comment elle s'est intégrée avec les autres patientes, avec l'équipe, comment elle s'occupe de son bébé, quelles sont ses difficultés particulières et comment, déjà, elles ont tenté d'y remédier. La pédiatre nous dit ce qu'elle pense de ce bébé, et des interactions mère-enfant. Je me tourne vers le référent psychologue pour recueillir son avis de la situation, ses observations, vers le psychiatre quand il s'agit d'une de ses patientes malade mentale. Là, on sent bien que la parole est réticente, qu'il en est dit le moins possible ; les somaticiens sont toujours étonnés et agacés qu'il n'y ait pas de diagnostic psychiatrique clairement énoncé, comme c'est le cas pour une séropositivité au VIH ou une drépanocytose par exemple ; ce peut même être ressenti avec une certaine violence (*« on n'est pas digne de partager leur savoir ? Ils refusent de nous donner les outils pour comprendre et traiter les situations »*). Il y a également un problème de vocabulaire différent entre les corps de métier qu'il faut arriver à surpasser. Ensuite, l'assistante sociale complète la description de l'environnement familial et social (figure 14.4).

On termine par le projet de sortie de la dyade, les moyens à mettre en œuvre pendant et après le séjour, la répartition des tâches, la stratégie en fonction de la date de sortie. Dans la majorité des cas, tout le monde est à peu près d'accord, on ferme le dossier et on passe au suivant.

Dans un tiers des cas cependant, en général ceux suivis par le psychiatre, la discussion est plus animée. D'ailleurs un consensus rapide me



**Figure 14.4. Chacun apporte sa contribution, sa pièce au puzzle pour qu'on ait une vision d'ensemble.**

paraîtrait extrêmement louche... et me ferait craindre une décision trop vite prise, sans que tous les avis ne se soient exprimés. Ce qui tend à dire qu'il n'y aurait pas de bon travail sans franche empoignade ?

Je distingue plusieurs situations « à empoignade » :

- les débats de société. Par exemple, en prénatal, un débat de société souvent médiatisé est le projet de confier son bébé à l'adoption, en accouchant sous X ou non. Une soignante m'annonce un jour avec un air ravi, presque victorieux : « ça y est ! Elle a changé d'avis ! Elle le garde ! » alors même qu'à l'étage du dessus, en postnatal, une patiente qui s'était rétractée quelques semaines plus tôt après avoir accouché sous X, maltraitait son bébé... Les débats de société trouvent ainsi lieu et place au sein de notre microsociété à partir d'un cas clinique bien réel et, comme dans la vraie société, les opinions divergent et s'expriment parfois avec force ;
- les décisions à prendre rapidement : sortie disciplinaire, signalement en urgence si évaluation de danger pour l'enfant. Là, il est important de recueillir l'avis de chacun des présents, de prendre le temps de peser le pour et le contre, même si au final la décision et la responsabilité incombent au médecin chef. Cela permet d'éviter l'abus de pouvoir, le passage à l'acte... et trop de controverses par la suite ! Là, on aimerait bien que les « psy » (et je fais exprès de mettre psychologues et psychiatre dans le même pot) « se mouillent » un peu, sortent de leur état contemplatif pour se retrousser les manches et mettre les mains dans le cambouis comme nous autres, les soignants de la réalité concrète ;

- le retour en postnatal. Même discussion que le point suivant, sauf qu'elle a lieu en fin de grossesse de la femme;
- la nécessité d'une séparation mère-nouveau-né ou non, le mode de placement, le moment du placement.

Ce dernier point constitue peut-être les discussions les plus houleuses : quand il y a inadéquation dans la relation mère-nouveau-né, quand le bébé n'a pas son compte avec les soins maternels se pose alors la question d'une séparation et du moment le plus propice à cette séparation : *maintenant* parce que l'enfant souffre trop et que son temps requis pour son développement n'est pas le même que celui dont sa mère aurait besoin pour s'améliorer *ou plus tard*, après la sortie, avec un étayage ? *Maintenant* en préservant le lien, mais dans la distance *ou le plus tard possible* pour préserver coûte que coûte le lien biologique le plus longtemps possible toujours préférable à un placement ? Selon sa fonction, qui le rend plus proche de la mère ou du bébé en principe (ce n'est pas non plus systématique), selon sa propre histoire, la manière dont il l'a métabolisée, selon la manière aussi dont cette histoire clinique-ci résonne avec la sienne propre, chacun va réagir. Certaines vont s'identifier au bébé, être son porte-parole en quelque sorte ; d'autres s'identifient à la mère ou aux parents, comprenant leur difficulté, leur souffrance. Ainsi, une des psychologues est presque toujours « du côté » du bébé, l'autre « du côté » de la mère, telle soignante supporte mal d'accompagner les parents dans la séparation, d'autres s'identifient alternativement aux parents ou au nouveau-né. C'est au cours de la réunion, en entendant les mouvements contre-transférentiels de l'autre, différents des siens que l'on peut toucher son propre contre-transfert. C'est un moment décrit par certains comme de flottement, d'ébranlement. Où est la vérité de cette relation mère-enfant ? Ce moment est d'autant plus troublant pour les nouveaux arrivants que la valeur des différentes observations ne tient pas compte de l'ordre hiérarchique habituel : les sentiments éprouvés par l'auxiliaire de puériculture lors de l'accompagnement des soins sont écoutés par l'assemblée avec autant d'attention que l'observation de la pédiatre pendant son examen clinique ; et cette gêne est ressentie dans cet exemple aussi bien par la pédiatre que par l'auxi-

liaire quand elles n'ont pas l'habitude de notre fonctionnement.

Le choc culturel entre les « psy » et les somaticiens tient probablement au fait que les premiers travaillent dans la réalité psychique, les somaticiens, eux qui touchent le corps, sont dans la réalité concrète et les assistantes sociales peut-être encore plus. Mais tous induisent des mouvements transférentiels et contre-transférentiels dont il va bien falloir se dépêtrer pendant la synthèse. Les psychologues et le psychiatre, plus encore que les autres corps de métier représentés, sont aux prises avec leur secret professionnel, oscillant sans cesse entre ce qui appartient à l'équipe pour faire avancer la situation et ce qu'ils se doivent de taire.

C'est au prix de ces différents mouvements, parfois violents, restés inconscients, que peut se dessiner doucement un fil ténu sur lequel le consensus peut se faire ; le croisement des regards des différents professionnels, comme autant de projecteurs différents, permet de passer du 2D au 3D, du puzzle plan au relief (figures 14.5 et 14.6) et à l'imbrication (figures 14.7).

Quant aux mouvements contre-transférentiels, ils se relativisent mutuellement, permettant de

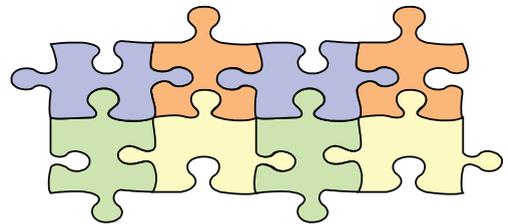


Figure 14.5.

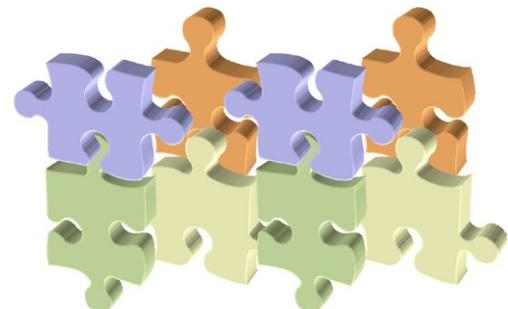


Figure 14.6.

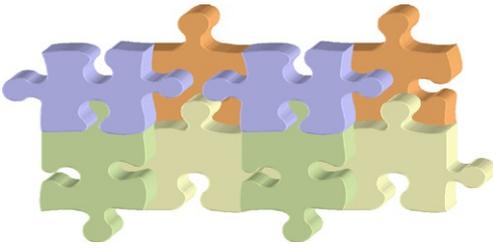


Figure 14.7.

prendre une décision sans passage à l'acte... On sort de réunion rouges, échauffés, épuisés, « essorés ». Là, mieux vaut être « amis », au sens indiqué plus haut, afin de ne pas être carrément fâchés quand on se retrouve dans le couloir ! Ce sont ces heurts, ces secousses, que j'ai appelés « empoignades » ou « petits drames ». J'aurais pu aller jusqu'à parler de « petits meurtres entre amis » car il s'agit bien en effet de petits meurtres, symboliques bien sûr, inconscients, mais douloureux, que nous accomplissons lors de ces réunions et qui induisent ces impressions de flottement décrites par les intervenants, d'intense fatigue ressentie après la réunion. Curieusement, on s'est aperçu qu'après ces réunions houleuses, la relation mère-bébé allait mieux, la prise en charge en était simplifiée. La décision est prise ou reportée de façon plus sereine. C'est donc vrai que pour ces situations très compliquées, il n'y a pas de bon travail sans bonne conflictualité.

*Éliane* est une grande jeune femme blonde, très jolie, vivant seule, travaillant dans une banque. À l'entendre, elle a eu cet enfant toute seule tant elle a réussi à écarter le père jusqu'à son idée même. Elle est d'ailleurs isolée de tous d'une façon inquiétante : pas de famille, pas de collègues de travail venant la voir pendant les 3 mois du séjour. Son bébé, un très mignon garçon, va bien, elle s'en occupe de façon autonome ; mais elle ne laisse à personne le droit de s'en occuper à sa place, elle lui apprend les chiffres depuis sa naissance, le sur-stimule avec des jouets en permanence, lui parle en le regardant à l'envers pour qu'il soit capable de la reconnaître dans n'importe quelle position ; elle a l'intention de prendre un an de disponibilité parentale, et

trouve nos suggestions de crèche ou de halte-garderie hors de propos. Pour cette situation l'empoignade a opposé deux camps : ceux qui profitant d'un minimum d'adhésion de la mère pour un suivi « psy », et d'une information solide des travailleurs sociaux de secteur, préféreraient ne pas risquer le lien fragile de confiance établi avec cette patiente et ceux qui, inquiets de ce que cette mère toute-puissante et vampirisante faisait vivre à ce bébé, étaient partisans d'une action éducative en milieu ouvert judiciaire de façon à ce qu'un juge fasse symboliquement tiers et qu'un éducateur veille au bien-être de l'enfant.

*Carine* est une petite fille de 3 mois. Son histoire est particulière : sa mère, Janine, psychotique hospitalisée à maintes reprises dans le passé, mais en rupture de suivi depuis le début de la grossesse, a accouché seule dans sa chambre d'hôtel ; la mère a allaité son bébé, les deux ont ainsi survécu pendant 15 jours totalement isolées du monde, avec le placenta, jusqu'à ce que l'hôtelier ouvre la porte... Janine explique qu'elle avait peur que son bébé soit placé. La mère et la fille sont hospitalisées dans le service. Dès les premiers jours, Janine nous alerte sur des signes de décompensation qu'elle sent venir ; malgré le traitement, elle est rapidement inadéquate puis carrément maltraitante avec sa fille ; elle accueille avec soulagement la proposition que nous lui faisons d'être transférée dans le service psychiatrique qui la connaît bien ; son état ne s'améliore pas suffisamment pour qu'elle revienne chez nous ; une visite à sa fille les a complètement désorganisées toutes les deux pendant plusieurs jours. Le placement a donc été préparé avec le service de « psy » adulte. Là, deux voix divergentes se font entendre : celle « pour » la mère : chercher une pouponnière facile d'accès pour Janine, le temps qu'elle soit capable de s'occuper de son enfant ; celle « du » bébé : chercher un lieu d'accueil à long terme pour ce bébé que sa mère ne sera jamais capable de reprendre et espérer pour lui qu'il puisse être adopté...

Le travail de notre mini-réseau institutionnel, si performant et difficile soit-il, serait réduit à néant si nous nous contentions d'évoluer en circuit fermé. Pour être réellement utiles à nos patients, nous devons nous intégrer à un réseau bien plus large et lui aussi interdisciplinaire : les maternités en amont de notre prise en charge ; la PMI, les services judiciaires de l'enfance, les médecins spécialistes, les CMP, CMPP, les centres maternels, les travailleurs sociaux de secteur, l'ASE, en aval. Là aussi, la pluridisciplinarité est à l'œuvre, et le choc culturel entre somaticiens et « psy » n'a rien à

envier à celui qui existe entre notre service hospitalier et celui du juge pour enfants par exemple ; le vocabulaire, la façon de penser le risque pour un bébé, la notion de maltraitance psychique pour des gens débordés de situations de maltraitance physique avérée représentent un monde qui nous sépare si on ne fait pas l'effort de parler le même langage, de dépasser les clivages habituels, ce d'autant qu'on ne se connaît pas. C'est peut-être comme cela d'ailleurs qu'il faudrait concevoir la construction d'un réseau : faire connaissance, se faire « amis » avec les différents intervenants.

# Le pédiatre... psychosomaticien

N. Boige

CHAPITRE 15

## Pourquoi la présence d'un pédiatre dans un manuel de psychologie clinique périnatale? Quels sont sa place, ses registres d'intervention?

Le pédiatre est censé assurer la santé du bébé; c'est le « spécialiste des maladies infantiles » indique *Le petit Robert*, définition laconique dans laquelle rien n'est dit sur la santé psychique du bébé. Le pédiatre est aussi le spécialiste du développement physiologique, ontogénétique de l'enfant, avec le généticien, l'obstétricien et la sage-femme, de l'embryon au fœtus, bébé prématuré et enfant à terme jusqu'à l'adolescent... Il s'occupe donc également de l'enfant sain dans son développement, et pas seulement de la maladie, a un rôle de prévention, de conseil, assure les « examens systématiques ». Qu'en est-il du développement psychique, et du développement psychosomatique du bébé?

### La pédiatrie à l'université

Oubliant les anciens et la tradition humaniste de la médecine, particulièrement de la pédiatrie française, la pédiatrie a tendance, comme d'autres spécialités, à glisser depuis quelques décennies vers une médecine d'organe, de sur-spécialité, exclusivement biologique, confinant parfois au scientisme, en laissant aux psychologues et pédopsychiatres l'exclusivité de la réflexion psychosomatique. La formation à la psycho(patho)logie est peu représentée dans les études et les manuels de pédiatrie. L'internat ou exa-

men classant n'a pas de questions se référant à la psychopathologie périnatale, en dehors de la dépression du post-partum. Les livres de pédiatrie ne consacrent que quelques lignes à l'aspect psychologique des troubles, tout au plus comme conséquence du trouble somatique. On sait qu'actuellement en France les carrières hospitalo-universitaires et l'enseignement reposent plus sur des travaux de recherche fondamentale et pharmacologique que sur la réflexion humaniste et les sciences humaines, psychologie, psychanalyse, sociologie, anthropologie.

### Les insuffisances et le credo

Les insuffisances et les risques d'une médecine exclusivement somatique et instrumentale ne peuvent qu'être l'objet d'une prise de conscience et d'une réflexion chez l'apprenti pédiatre – ou pédiatre confirmé – s'il n'est pas dans le déni ou le refoulement de ses émotions, de son ressenti et de son humanité. La question éthique se complique en pédiatrie du fait que l'information et le consentement éclairé, dans les textes, ne s'adressent qu'aux parents et pas au patient mineur. Ceci est naturel chez le bébé *infans* qui ne peut parler (Séguret, 2004). Il revient donc au pédiatre dans ses propositions aux parents et à l'enfant de veiller à la « bienveillance » de son patient, dans sa dimension physique et psychique, tout en lui assurant les meilleurs soins possibles. Il n'est pas rare dans ma consultation de constater que les parents souhaitent que je fasse des examens même intrusifs pour être rassurés sur l'état de santé de leur bébé... qui se plaint de troubles fonctionnels plus

ou moins sévères : « faites-lui une fibroscopie ou ne pouvez-vous pas lui faire un scanner pour vérifier qu'il n'a pas une malformation, qu'on ne passe pas à côté de quelque chose ? »

Notre credo est que l'enfant, *a fortiori* le bébé, ne peut être soigné et compris par un abord qui cliverait psyché et soma dans un dualisme étanche et ne s'intéresserait qu'à un des deux versants. Psyché et soma sont totalement liés, intriqués (« intégrés » dit D.W. Winnicott) et souffrance physique et souffrance psychique sont indissociables chez le bébé. Une maladie du corps s'accompagne d'une souffrance psychique même si elle est muette, et une souffrance psychique et relationnelle a une expression ou des répercussions somatiques (ex. : anorexie dépressive, insomnie). Nous adhérons totalement à la dénomination de « psyché-soma » chez D.W. Winnicott, de « psycho-corps foetal » chez J. McDougall. De plus, le bébé ne peut être soigné seul mais dans son environnement tant est grande sa dépendance « systémique » et interactive.

## La collaboration pédiatre–psychanalyste

Nous souhaitons témoigner dans ce manuel de la richesse de la collaboration pédiatre–psychanalyste auprès du bébé qui n'a pas encore le langage et de sa famille, dans la clinique des origines et du développement. La présence dans ce manuel d'une pédiatre vient concrétiser le fait que, si la réflexion du psychanalyste est une aide très enrichissante pour le pédiatre dans son travail pour la compréhension des situations, à l'inverse l'apport des données du corps, qui aident à déchiffrer, traduire les expressions somatiques et comprendre les inscriptions corporelles et leurs effets sur le développement de l'enfant, est non moins utile pour le psychanalyste.

Notre boussole est résolument psychanalytique. Comprendre ou approcher les mouvements psychiques naissants du bébé, qui n'a pas de langage verbal mais le langage du corps, nécessite de lui prêter notre appareil à ressentir, penser et métaphoriser les sensations. À ce titre, les outils sont l'observation du bébé, l'émotion, l'association libre, l'empathie métaphorisante, l'énaction (décrites par S. Lebovici), la réflexion contre-transférentielle et la narrativité. L'objectif est de comprendre le jeu

des projections, identifications, fantasmes, conflits inconscients parentaux sans verser dans l'affirmation d'une interprétation sauvage, mais en tentant des hypothèses interprétatives. Cette clinique des origines se situe souvent en deçà de la parole pour les parents aussi, et sollicite chez le soignant le travail de la rêverie (sa « capacité de rêverie », cf. *infra*).

Pour les pédiatres, et les somaticiens plus généralement, il y a plusieurs degrés d'intérêt pour la psyché du bébé (patient) et de son environnement. Le degré zéro ou négatif est le déni total, voire l'évitement méprisant du versant psychique. À un premier degré, le pédiatre « délègue » au spécialiste la gestion de l'aspect psychique du problème. Il reste dans le clivage, mais il connaît ses limites et se préoccupe de la dimension psychique du trouble qu'il soigne. Il s'octroie l'aide d'un « psy » qu'il fait embaucher dans son service hospitalier. À un deuxième degré, il s'intéresse au contenu psychique de la situation, souhaite la comprendre, mais ne fait pas de recherche personnelle sur les articulations psyché–soma ; il reste très impressionniste, dans la sensation et la surface, comprend sans s'investir en profondeur sur ce que le « psychiste » apporte. Enfin, troisième degré, le pédiatre s'investit lui-même dans un travail analytique qui lui permet dans l'exercice de son « art » de réfléchir à la fois aux troubles qu'il soigne sur un mode global, historique, relationnel, et de se servir de son contre-transfert vis-à-vis du bébé et des parents pour comprendre les processus en cause dans la maladie, le soin et la guérison, les interactions parents–bébés. Ceci nécessite qu'il garde une conscience précise des limites de ses compétences et du cadre de sa consultation, respecte le cadre de travail du psychiste, et reste pré-occupé et vigilant concernant les indications et modalités d'envoi et de collaboration. À ces conditions, l'approche analytique de la pédiatrie apporte une précieuse compréhension des phénomènes et des effets thérapeutiques indéniables sur toute la famille.

On remarque que les psychanalystes en pédiatrie ont été introduits, ou admis, d'abord dans les services hospitaliers où la mort est présente : hématologie et cancérologie infantiles, réanimation néonatale et réanimation pédiatrique, puis dans les maternités où coexistent le don de la vie et le risque vital. Ils ont souvent découvert dans

ces services qu'ils avaient à aider les soignants dans leur travail autant que les patients et leur famille.

## Fondamentaux

Ce troisième degré d'investissement psychanalytique a été mon choix et explique mon parcours qui s'écarte du sillon bien tracé des études de pédiatrie actuelles en France et que j'appellerai une formation de pédiatre psychosomaticien. Une telle formation n'existant pas officiellement, je témoigne d'un trajet personnel. La base de sécurité est constituée par des études de pédiatrie et une expérience clinique riche obtenue durant l'internat et le clinicat. À cela se sont ajoutés un travail de physiologie et de recherche biochimique sur les neuropeptides digestifs et une spécialisation clinique en gastro-entérologie pédiatrique. J'insiste sur le fait que l'ouverture vers le psychique ne peut se construire que sur une base, un préalable de compétences médicales très solides et de compréhension physiopathologique des symptômes et maladies. En effet, parler psychique ou psychosomatique de la part du pédiatre avant d'avoir évalué et expliqué le versant biologique et vital du symptôme est une grave négligence, une non-réponse à la demande parentale qui est vouée à l'échec thérapeutique, avec de surcroît un risque de méconnaissance de la défaillance somatique et de son aggravation possible *per se*.

Pour sortir du scientisme ambiant, et du clivage psyché-soma, il est nécessaire d'acquérir des connaissances en psychologie périnatale et psychanalytique par des formations complémentaires optionnelles : diplômes inter-universitaires, colloques, sociétés, lectures, séminaires, échanges et ponts avec les sociétés de psychanalyse, travail analytique personnel, groupes Balint, supervision et intervision.

Selon les pays, la psychanalyse peut être intégrée dans les études de pédiatrie (ex. : Argentine). L'histoire de la collaboration psychanalystes-pédiatres est riche en France avec G. Raimbault, F. Dolto, A. Doumic. Hors de l'Hexagone, je citerai certains des illustres médecins, pédiatres et/ou psychanalystes ayant œuvré dans une réflexion globale et ouvert des voies de compréhension du psychisme aux somaticiens, sans volonté d'exhaustivité : D.W. Winnicott, T.H. Brazelton,

L. Kreisler, M. Balint, parmi lesquels L. Kreisler, fondateur de la psychosomatique en France, et le célèbre pédiatre-psychanalyste D.W. Winnicott sont les auteurs auxquels je me réfère le plus dans ma réflexion psychosomatique chez le bébé.

## La mission

Cette orientation vers la vie et la souffrance psychiques du bébé devient une véritable mission : il s'agit dans mon travail de pédiatre de donner la parole et le droit à l'existence psychique au bébé, et de comprendre les rapports entre expression psychique et expression somatique. Cette démarche s'inscrit contre le scientisme et l'opératoire, la médecine désaffectivée et déshumanisée d'examens systématiques et de pharmacologie. Elle se propose de comprendre le bébé et ses symptômes de façon globale, avec leur dimension interactive et relationnelle, de sentir la part de la pulsion de vie parentale, du soignant, ainsi que celle du bébé dans la santé et la maladie. Ce travail permet de réintroduire du lien, de l'affect et de la parole dans des situations traumatiques originaires, d'appréhender le traumatisme dans ses dimensions physique et psychique, sa composante transgénérationnelle, d'approcher les « fantômes dans la chambre d'enfants » qui ont remplacé les mauvaises fées. Cet abord de la souffrance biopsychique du bébé nous confronte aux possibles résistances parentales, aux effets de la dépression périnatale maternelle ou parentale. L'enjeu est de favoriser l'intégration psychosomatique du bébé, de dénouer les souffrances infantile et parentale, en explorant et en utilisant le potentiel thérapeutique de l'échange infraverbal et verbal avec les parents et le bébé dans la consultation pédiatrique.

## Modalités d'intervention dans les différents cadres durant la période périnatale

Le versant psychothérapique du travail pédiatrique peut s'exercer au sein de la consultation pédiatrique (*cf. infra*) ou dans un travail interdisciplinaire avec les « psychistes » : collaboration directe ou indirecte, supervision ou intervision,

consultations conjointes (cothérapies développées actuellement avec S. Missonnier pour des thérapies familiales, motivées par le symptôme d'un enfant).

## Durant la grossesse

Durant la grossesse, *a fortiori* s'il s'agit d'une grossesse à risque somatique ou psychique, le pédiatre a un travail de prévention, d'information. Il aide à l'anticipation et à la représentation, en particulier en cas de pathologie fœtale détectée *in utero* à l'échographie. Il participe aux staffs anténatals, et peut expliquer en consultation avant la naissance les propositions thérapeutiques et les soins qui seront apportés au nouveau-né, par exemple en cas de déclenchement prématuré de la naissance, en raison d'un arrêt de croissance fœtale, ou en cas d'intervention chirurgicale néonatale à prévoir pour une malformation. Ce travail d'explication nécessite de la part du pédiatre une empathie particulière pour les parents enceints et le bébé virtuel. Il aide les parents à se le représenter psychologiquement et physiquement. Il peut faire un lien entre psyché, soma et affects, entre le bébé d'avant la naissance, imaginaire, fantasmatique, virtuel, l'accouchement et le bébé nouveau-né, réel.

On peut imaginer que le pédiatre ait un rôle de *prévention anté- ou périnatale qui vise à éviter l'escalade psychosomatique*. Dans les séances de préparation à la naissance organisées dans les maternités, des expériences se développent d'entretiens pédiatriques pour la préparation aux soins et aux troubles ou difficultés du bébé nouveau-né « bien portant » : pleurs excessifs, troubles digestifs, allaitement et alimentation au biberon.

## En maternité<sup>100</sup>

Le pédiatre intervient en salle de naissance si la situation le requiert, avec la sage-femme, qui assure seule l'accueil et les soins au bébé en dehors des situations à risque pédiatriques. Il a un rôle d'accompagnement et de prévention psychique qui prend toute sa signification au regard des travaux sur la douleur chez le nouveau-né et de ses connaissances en matière de traumatisme psy-

chique et physique parental et infantile. Le pédiatre de maternité sait qu'il travaille dans une période de grande vulnérabilité psychique parentale et en particulier maternelle, et que les premiers moments de vie aérienne et de mise en présence du bébé et de ses parents, et les mots prononcés resteront gravés et seront des souvenirs d'une importance majeure pouvant avoir un impact développemental pour le bébé et relationnel. Ainsi le pédiatre peut favoriser la douceur et la précaution dans les gestes nécessaires, les entourer de paroles au bébé et aux parents, en expliquant bien à ceux-ci la situation et en les prenant comme interlocuteurs à part entière, tout en respectant leur état émotionnel.

L'examen pédiatrique avant la sortie de la maternité a une place fondatrice de « présentation » et ne doit pas être bâclé ou banalisé sous prétexte que tout le monde se porte bien.

L'examen physique va « estampiller » le bébé comme normal ou être le moment où le pédiatre doit annoncer les anomalies qu'il découvre, les expliquer avec le programme de soins proposé.

Cette présentation n'est pas que physique mais aussi descriptive et interactive, pour aider les parents à découvrir leur enfant comme sujet dans sa singularité, doué de compétences, de capacités et de besoins de communication, et de manifestations d'émotions. Cet entretien prolongé peut participer à l'harmonisation des interactions, à l'accordage, en donnant leur place aux deux parents (dans certains cas, le soignant peut être un support identificatoire). Le pédiatre peut sentir les difficultés, la déception, l'angoisse, un conflit d'ambivalence, le traumatisme de la naissance. Il peut parler du traumatisme chez les parents et le bébé, et ce travail peut avoir des vertus préventives sur les troubles de l'interaction. Mentionnons ici *l'échelle de Brazelton*, méthode d'observation du nouveau-né et de ses capacités en interaction avec le clinicien et les parents, qui est un outil de prévention et de rencontre très riche pour le pédiatre de maternité qui en acquiert la formation (voir l'ouvrage qui lui est consacré par D. Candilis-Huisman, 2011).

## Le soin néonatal

Le développement d'unités kangourou a permis que le bébé soit hospitalisé dans le service de

100 Nous conseillons l'ouvrage collectif de Francoual *et al.*, 2008.

maternité près de sa mère et que le lien mère-bébé soit maintenu même lorsque le bébé, prématuré ou à terme mais malade, a besoin de soins hospitaliers pédiatriques, en dehors de la réanimation.

Les soins du développement (ou NIDCAP : *new-born individualized developmental care and assessment program*), issus outre-Atlantique des travaux du pédiatre H. Als, il y a deux décennies, apparaissent dans certains services de néonatalogie en France, dont celui de Brest a été le pionnier. Cette technique de prise en charge pédiatrique demande beaucoup de travail et d'adaptation de la part des équipes pédiatrique et infirmière, mais constitue une révolution dans le soin néonatal. Le principe repose sur l'observation du bébé prématuré ou à terme malade dans sa singularité, et l'adaptation des soins de façon individualisée. L'observation est systématisée, on évalue :

- le comportement du bébé (niveau de développement sensoriel, de réactivité, son tempérament, son appétit pour l'échange), celui-ci devenant collaborateur actif des soins et du programme qui est proposé ;
- les possibilités de lien et de participation réparatrice des parents.

Des interactions appropriées et individualisées sont prodiguées. Le but (Als, Gilkerson, 1997) est de diminuer le stress le plus possible, ce qui se traduit par une diminution des besoins en sédatifs et antalgiques, de favoriser le développement neurophysiologique et interactif du bébé et les liens parents-bébé-soignants sur mesure, afin de diminuer les séquelles neuro-affectives de la prématurité et de l'hospitalisation précoce (pour une synthèse, lire Martel et Millette, 2006).

## **Intervention dans les différents cadres durant les premiers mois**

L'aspect psychothérapique ou psychosomatique du pédiatre autour de la naissance ne se cantonne pas aux maternités et services de médecine néonatale, mais trouve à s'exercer également dans le service hospitalier de pédiatrie, le CAMSP, la PMI et le cabinet de pédiatrie libérale.

## **Un exemple emblématique : la consultation de gastro-pédiatrie psychosomatique précoce ou comment tricoter pédiatrie et psychanalyse dans le soin périnatal**

---

Je développerai, issue de mon expérience quotidienne, la façon dont je tente de comprendre et d'aider le bébé en souffrance dans une consultation pédiatrique psychosomatique précoce.

Si l'on revient à la description des troubles fonctionnels du bébé et aux hypothèses concernant son développement psychosomatique, il n'est nul doute qu'une simple et rapide consultation pédiatrique sera insuffisante. Sur les bases de compréhension du symptôme et de la situation que j'ai proposées, se construit une consultation qui n'est ni une consultation thérapeutique « selon D.W. Winnicott », ni une consultation de L. Kreisler, mais une alchimie personnelle, une affaire de traduction et de mise en lien dont les leviers psychothérapiques ne passent pas forcément par le langage mais par l'association au travail médical de l'empathie, la contenance et la réflexion transféro-contre-transférentielle. C'est une pratique issue d'une triple référence à la clinique pédiatrique, à la physiologie digestive et aux troubles psychosomatiques selon L. Kreisler et D.W. Winnicott dont nous avons vu les préconceptions dans le chapitre 4 sur le développement psychosomatique du fœtus/bébé.

Nous allons laisser se dérouler une consultation, puis en décrire les étapes et les temps, et analyserons parmi ses leviers thérapeutiques plus particulièrement ceux qui sont directement issus de la collaboration et des références psychanalytiques. Certains leviers ne sont pas illustrés par ce cas clinique qui est forcément réducteur.

### **Situation clinique**

Arthur, âgé de 2 mois et 10 jours, vient me voir pour un RGO important et des pleurs.

Arrive un bébé qui hurle avec ses deux parents, une maman d'un certain âge, épuisée, tendue, au bord de l'effondrement, agitée, ne regardant pas

son bébé qu'elle porte comme un paquet. Le papa est un peu plus jeune, initialement placide, compréhensif envers sa femme (pas envers le bébé qui semble en grande souffrance). Ils me racontent l'histoire. Depuis sa naissance, Arthur hurle jour et nuit, ne dort pas plus de 20 minutes d'affilée. Il régurgite un liquide transparent, a une rhinite (attribuée à l'acide). Il grossit bien. Il a eu depuis la naissance un lait HA (hypoallergénique), puis du Modilac<sup>®</sup> confort, a été traité par Inexium<sup>®</sup> (antisécrotoire acide), lait AR (antirégurgitations) puis *digest*, Débridat<sup>®</sup> (antispasmodique), Pelargon<sup>®</sup> (lait acidifié), Gaviscon<sup>®</sup> (pansement gastrique antireflux). Puis dans un deuxième temps, avant que je ne le voie, il a été mis sous Néocate<sup>®</sup> (préparation de protéines hydrolysées non allergéniques), Inexium<sup>®</sup>, Gaviscon<sup>®</sup>, Biogaïa<sup>®</sup> (probiotiques), Magic-mix<sup>®</sup> (épaississant à base d'amidon). Rien n'y fait... Il a six repas, parfois il s'arrête à 40 mL et a des gaz, parfois il finit le biberon de 120 mL. Il a zéro à trois selles par jour «horribles» sous Néocate<sup>®</sup>, la maman me donne beaucoup de descriptions de la consistance, la couleur, l'odeur. «*C'est une infection!*» précise-t-elle. «*C'est un gueulard, tu pues, je t'aime quand même*» dit la mère. «*Moi, je n'en peux plus, il faut que ça s'arrête*» dit le père.

Pour la mère c'est son quatrième enfant, donc «elle sait y faire», aucun n'a eu ce type de pleurs; pour le père, c'est son premier enfant. La grossesse s'est déroulée sans problème, en dehors d'un diabète à la fin. Arthur est né au terme de 37 semaines et 6 jours par césarienne en urgence pour souffrance fœtale, pesant 2 800 g, avec une taille de 49,5 cm, et un périmètre crânien de 34 cm.

J'observe le bébé qui hurle par accès dans les bras de sa mère. Elle est exaspérée, m'explique que ce RGO est très sévère et douloureux, qu'ils n'en peuvent plus : il faut trouver une solution rapidement. Ils sont plus que pressants, agressifs. J'examine le bébé : à 2 mois 10 jours, il mesure 56 cm, pèse 4860 g et a un périmètre crânien de 39 cm, l'examen somatique est normal. La maman me dit «il a toujours les poings fermés», et il est effectivement très tendu, se met à pleurer à brûle-pourpoint. Pour son âge, il a un très mauvais contact oculaire, est dans sa souffrance, hyper-réactif, mais il peut parfois s'arrêter et sourire presque un peu trop. Je suis mal à l'aise, d'autant que je les ai ajoutés en urgence entre deux consul-

tations et que je sens que je dois leur consacrer du temps... Lorsque j'observe ce bébé, je pense aux bébés qui naissent «étonnés» après une SFA, et aussi qu'il pourrait avoir mal à la tête; il a un cri presque «neurologique» et s'il n'avait pas 2 mois et demi et ne se calmait pas par moments je lui ferais faire une échographie transfontanellaire (pour rechercher une lésion anoxique intracrânienne). Je demande quelques précisions sur la naissance. Le carnet de santé ne précise pas l'Apgar à 1 mn, il est coté 8 à 5 mn. Les parents me disent que leur pédiatre leur a parlé de «né mort» (en fait, de naissance en état de mort apparente).

J'explique que les pleurs d'Arthur ne me semblent pas être que des pleurs de reflux douloureux mais aussi des pleurs de tension, d'agitation comme quelque chose de post-traumatique où il se perd, se désorganise, avec une grande détresse. La mère est de plus en plus en colère : «*On ne cesse de nous parler de RGO et de coliques et vous allez nous trouver une troisième chose, maintenant c'est le traumatisme!*» À un moment, pendant que j'examine le bébé, je me tourne légèrement vers elle et lui dis : «*Vous avez eu très peur?* – *Oui, dit-elle. – Vous avez cru qu'il allait mourir?* – *C'était l'horreur, il avait le cordon autour du cou, on ne me l'a pas donné avant un bon moment.*» Elle s'apaise un peu, avec des larmes dans les yeux. Le père indique : «*Moi je n'ai pas eu peur, j'ai vu qu'on s'affairait et c'est après coup que j'ai réalisé qu'il avait été en danger.*» On ne leur a rien expliqué, ils sont sortis à J3, avec la mention sur le carnet de santé «examen neurologique normal», et un dosage d'acide lactique (recherche de signes d'anoxie). J'explique aux parents ce qu'est un traumatisme. Par exemple, lorsque l'on manque passer sous une voiture on est traumatisé, pourquoi pas les bébés? Le père est incrédule, la mère en colère : «*oui, elle a été traumatisée*» me dit-elle, «*moi, pas du tout*» me dit-il. «*Je vous sens très en colère, Monsieur, il faut accepter l'idée que les bébés ce n'est pas simple et pas cartésien. – La médecine non plus me rétorque-t-il.*» Il est déjà en train de sortir sa carte Vitale pour payer et partir.

J'explique la complexité de la situation : «*Alors ce n'est pas le RGO? demande la mère. – Je n'ai jamais dit qu'il n'avait pas de RGO douloureux.*» J'hésite et propose une fibroscopie dans 5 jours pour faire le point car je me méfie d'une surprise comme une candidose ou autre lésion douloureuse. La

mère rediscute : « *Mais le Dr X nous a dit que c'était intrusif. – Oui, mais si je lui explique bien, si je lui donne un gel anesthésiant, cela peut bien se passer.* »

Je change son traitement antisécrétoire, laisse le même lait. Pendant la fin de la consultation, la mère arrive à calmer un peu Arthur et plaisante avec lui en le chatouillant avec une compétence certaine mais discontinue, un peu décalée, un rire un peu forcé.

Cinq jours après, les deux parents viennent avec Arthur pour la fibroscopie, et sont plus détendus et touchants : « *Vous allez nous le rendre, ne pas lui faire de mal?* » Pour la fibroscopie, je prends le bébé quelques minutes des bras de ses parents pour l'emmener au bloc, je fais l'examen avec les infirmières puis viens le rendre à ses parents. La durée totale est de 5 minutes. Le bébé observe, rit dans les bras des infirmières, pleure très peu lors de l'examen et s'apaise dans mes bras; l'examen montre un cardia un peu béant et un bas œsophage congestif. Je le revois avec ses parents, après le biberon. Je dis que l'examen s'est bien passé, parle de sa convivialité avec les infirmières (« *Il aime les femmes comme son père!* » me dit la mère), et j'explique, schéma à l'appui, qu'il n'y a pas de surprise mais des signes indirects de RGO. Je promets des modifications diététiques (compotes tout de suite et plus tard laitages). Les parents ont évolué, conviennent que le RGO va mieux et décrivent maintenant plutôt des coliques, avec des selles horribles nauséabondes sur lesquelles plaisante la mère. Ils ne comprennent pas pourquoi il a été très mal, hurlant 24 h après ma dernière consultation, puis deux jours de calme et de bonheur complets...

Je redis à la mère qu'un bébé qui pleure tout le temps, c'est terrible pour la maman lorsqu'elle est seule durant la journée, c'est épuisant, ça met en colère et c'est déprimant. Le père répond : « *Oui, elle est déprimée, mais elle va déjà un peu mieux. – Il vous faudrait un long congé de paternité, lui dis-je. – J'aurais bien aimé être père au foyer mais il faut gagner des sous.* » Je propose à la maman de la revoir avec son bébé en consultation une semaine plus tard sans son mari qui doit travailler, rendez-vous qu'elle accepte très volontiers. Elle me dit de façon « anecdotique » que son médecin lui a prescrit un antidépresseur, et qu'elle a débuté une psychothérapie.

Lors de la troisième entrevue, ils reviennent en fait tous les deux avec le bébé qui est plus rose, souriant dans la salle d'attente. La maman est comme le bébé, labile, au début sourit en me regardant puis prend un faciès très souffrant, froncé, mais globalement les parents sont beaucoup plus calmes. Le bébé va mieux, a dormi 8 h la nuit dernière, la mère s'en inquiète. Il a maintenant des selles très liquides à chaque repas qui débordent des couches (« *Vas-y, montre-lui ce que tu sais faire!* » propose-t-elle au bébé pendant que je l'examine) et elle s'inquiète de son poids et de son état nutritionnel. L'examen est parfait, la prise de poids très satisfaisante. Le bébé a encore des accès de pleurs très brefs plus faciles à consoler. J'arrive à entrer en contact avec lui, je le masse, il se détend et sourit quelques instants, avant que sa mère ne reprenne sa sollicitation anxieuse et tendue... en me racontant qu'elle est « *cassée* », elle ne pensait pas que cela pouvait être si dur, son médecin lui a prescrit un anxiolytique. Elle reconnaît qu'elle est déprimée et qu'elle ne supporte pas une seconde de pleurs d'Arthur, cela lui rappelle les premiers mois et elle a peur que « *ça reparte pareil* ». Il a encore vomis hier après-midi. Elle ne peut rester seule avec lui, parle de crises d'angoisse et d'accès de panique. Elle me parle de ses trois enfants et de leurs problèmes de santé survenus secondairement (pathologies chroniques préoccupantes). Le père paraît rassurant, il essaie de travailler un peu à domicile. Ils ont revu l'obstétricien, n'ont pas pu éclaircir ce qu'il s'est réellement passé à la naissance. À ses dires « *Oui c'était une SFA, mais qu'est-ce que c'est que cette histoire de mort apparente, il serait allé en réanimation... Il n'y a rien eu de particulier, sinon une circulaire du cordon et une anoxie, regardez mon ordinateur, je ne vous mens pas.* » Je leur dis « *on ne saura jamais* », puis leur suggère en souriant de se raconter un peu : « *Comment étiez-vous bébé? – J'étais un bébé très emmerdant qui pleure beaucoup, un caractère difficile, dit le père. – Et vous, madame? – Moi, je ne voulais pas manger et je gueulais tout le temps.* » Elle traite son bébé de gueulard, de « *chialot* » et de sale caractère, puis rit un peu trop fort. Je parle de la régulation émotionnelle du bébé (qui ressemble à celle de sa mère), car ce jour il n'y a eu durant la consultation aucune douleur digestive. La maman me parle de l'absence d'écoute de la pédiatre qui a dit « *il pleure, ça passera à 3 mois, et le RGO à 1 an* », et de l'obstétricien...

Ils partent avec une prescription de compotes et petits-suisses, et reviennent 15 jours plus tard.

La colère du père est palpable envers son bébé, son regard furieux, mais il la nie. *« C'est mon fils, je l'adore, c'est la prunelle de mes yeux, mais c'est atroce de ne pas dormir 4 mois de suite, il faut que ça cesse. »* Ils prennent un autre avis pédiatrique. *« C'est un ponté »* me dit le père ironiquement, mais ils n'appliquent pas ses prescriptions, sentant qu'elles sont un peu excessives et dogmatiques sur le plan somatique, et ne satisfont pas leur ambivalence. *« Il a quand même dit qu'on avait un bébé compliqué »* ajoute-t-il.

Il s'ensuit un enchaînement de symptômes de la part du bébé, somme toute assez banals, et d'appels désespérés et angoissés de la mère demandant une consultation rapide, ou se présentant aux urgences tard le soir, toutes les deux semaines environ ; une fois il a vomi, une fois il a pleuré. Ils arrivent à être vus rapidement, repartent avec quelques conseils thérapeutiques et d'apaisement, ne donnent pas de nouvelles et disparaissent jusqu'à l'épisode suivant. Puis Arthur développe une symptomatologie de colite avec douleurs postprandiales, selles glaireuses liquides, qui m'obligent à faire un examen local pour éliminer une inflammation (coloscopie partielle normale macroscopiquement et histologiquement). Après cet examen, le père déclare : *« Bon, mais maintenant, on a fait le tour, vous ne pouvez plus rien pour nous. Il n'a rien, et ce n'est plus la peine qu'on revienne. »* Je lui parle de front de sa colère, et la mère est contente que ma prise en charge ne s'arrête pas à l'aspect strictement organique. J'aborde à nouveau avec les parents le versant psychologique des pleurs d'Arthur, et leur parle d'aide psychothérapeutique. Le père me répond : *« Un psy, n'importe quoi, je n'y suis jamais allé pour moi, alors je ne vais pas commencer pour ça maintenant. »* Plus tard, pendant les vacances d'été, ils m'appellent de leur lieu de vacances sur mon téléphone portable : les pleurs sont incessants, toute la famille trouve la situation très anormale. Les parents demandent une mise en observation dans un hôpital proche, ce que nous avions déjà évoqué ensemble. Ce qui inquiète la mère concernant l'hospitalisation, c'est qu'on risque de les séparer quelque temps, ou toute la nuit, elle et son bébé : *« Il sera perdu sans moi ! – Il a presque 6 mois et peut commencer à apprendre la séparation, lui*

*réponds-je. Et vous, vous avez le droit de vous reposer un peu ? – Ça c'est une autre affaire me dit-elle. »*, comme si elle était toujours au-dessus de toute ressource thérapeutique. Elle continue sa prise en charge psychothérapeutique, doit reprendre le travail prochainement. Arthur a 6 mois, mais *« la nounou n'en voudra jamais d'un bébé qui pleure tant, avec tous ses problèmes... »* Et puis, quelques jours plus tard, elle me dit qu'il va bien et qu'il ne reste plus que *« quelques mauvaises habitudes à perdre »*, me remercie chaleureusement de ma patience... L'histoire et le suivi continuent encore longtemps...

Dans la situation d'Arthur, la présentation clinique est indiscutablement une histoire de RGO et coliques, et d'angoisses archaïques. Elle montre l'importance de l'observation des pleurs et des symptômes du bébé, et de la tonalité des interactions. Il y a eu pour moi un moment de compréhension et de partage émotionnel autour du traumatisme de la naissance avec le bébé et la maman, une ouverture pour le père laissant surgir sa colère et son exaspération, alors qu'il montre en consultation une tendresse apparente pour sa femme, une adoration « suspecte » de son bébé qui cache en fait un conflit d'ambivalence ; il est soucieux de ses douleurs, mais reconnaît peu son existence sinon dans son caractère exaspérant. Il essaie de contrôler la situation, le tient alternativement comme un bébé qui a mal, et comme un objet étrange incompréhensible, qui le mine d'insomnie. Du côté de la mère, la souffrance dépressive est manifeste avec une grande labilité, une fusion des émotions avec son bébé et des projections très intrusives ; la séparation est inenvisageable. J'ai pu faire exprimer et canaliser la colère des parents contre le monde médical, parler du tempérament et du psychisme du bébé, le libérer un peu de la dépression maternelle, pas encore de la colère paternelle ? Ils sont discontinus, ambivalents quant à ma prise en charge, avec un refus de la confiance et probablement de la dépendance, une honte de la situation ? Je suis restée discrète sur le reste de la situation familiale, sur la souffrance de la mère vis-à-vis de ses autres enfants, sur les conditions de construction de ce couple, ce qui ne m'a pas empêchée d'imaginer de possibles scénarios. Des examens ont été nécessaires sur le plan somatique pour essayer de débrouiller les phénomènes douloureux, avec par moment une

hésitation médicale : ils arrivent à me faire douter dans les deux sens de la composante somatique, de la sévérité du trouble de l'humeur et du lien chez le bébé. J'ai fait là un travail de contenance, de présence, de disponibilité. J'ai servi de réceptacle des projections négatives, pas encore des difficultés du couple ? Peut-être pourrai-je plus tard les amener vers une prise en charge mère ou parents-bébé, et l'accepteront-ils ?

## **Les étapes et les leviers de la consultation psychosomatique, les outils du clinicien, la collaboration**

Globalement, cette consultation se déroule en trois temps, même s'ils se chevauchent :

- recueil des informations et de la situation ;
- réflexion interne du clinicien et travail de compréhension et de synthèse ;
- mise en récit avec les parents, explications somatiques, propositions thérapeutiques, suivi et orientation complémentaire si nécessaire.

## **La consultation de psychosomatique médicale**

Les deux versants somatique et psychique du symptôme sont gérés dans la même tête par la même personne et par là même indissociés et néanmoins dissociables à des fins de compréhension et de traitement. En effet, si l'on est moniste dans l'accueil, la démarche de compréhension est dualiste, en revenant à une vision globale dans la synthèse et les propositions thérapeutiques. Ceci a un effet de lien chez le bébé et les parents. Le clinicien propose un abord global de l'enfant, avec son symptôme dans son environnement familial et en interaction avec le(s) parent(s) présent(s), ce qui permet l'évaluation plurifactorielle interactive du développement du bébé et de ses avatars, et montre l'unité psychosomatique. Ce travail s'inscrit contre le clivage psyché/soma, le scientisme, le dogmatisme, les protocoles, les causalités monofactorielles. Les explorations invasives sont discutées soigneusement en fonction de leur utilité dans le contexte et de leurs incidences thérapeutiques.

La préoccupation première pour le somatique et le vital est le socle de sécurité de la consultation

pédiatrique auquel je reviens en fin de consultation. Cette priorité somatique est à respecter pour qu'une alliance se noue avec les parents. Insistons sur la précision des connaissances physiologiques et thérapeutiques, médicamenteuses ou diététiques, et des explications. La psychosomatique médicale ne doit pas être un méli-mélo ou un flou artistique qui laisse les parents dans la frustration et l'ignorance, et le bébé incompris, trahi. Même s'il n'est pas sévère sur le plan somatique, un trouble fonctionnel ne doit pas être ignoré en raison du risque d'aggravation et de répercussions interactives et développementales. En aucun cas je ne perds le contact avec le bébé et son expression somatique, et la dimension psychogène n'est jamais oubliée, comme deux mèches d'une tresse.

D.W. Winnicott dans *Appétit et troubles émotionnels* (1936) précise l'importance de la préoccupation somatique dans son travail : « Je n'ai pas besoin de rappeler que la valeur de mes observations dépend de ma capacité à connaître les effets et limites des maladies physiques (infection, malnutrition, etc.). Ma capacité à reconnaître une maladie physique me donne le droit de m'impliquer du côté psychologique. Dans cet ordre d'idées, il me semble que l'étude de la psychologie a été obscurcie par notre manque de contrôle sur les maladies physiques, et par notre ignorance en matière de régime alimentaire, si bien qu'il était autrefois bien plus difficile d'observer les facteurs psychologiques que cela ne l'est aujourd'hui. La théorie et la pratique médicales ont révélé de nouvelles maladies, et nous savons désormais que seule une petite moitié des cas se rendant à la consultation pour enfants présente une quelconque maladie physique. Ainsi, on peut dès lors difficilement omettre d'observer les troubles émotionnels et les anomalies du développement de la personnalité. La psychanalyse est également apparue sur le devant de la scène, avec sa volonté d'explorer et d'évaluer l'inconscient. Alors progressivement nous en sommes venus à l'étude de la psychologie du bébé et de l'enfant en développement. »

## **Évaluation de la situation : le symptôme et le corps de l'enfant**

On part du corps du bébé qui est le creuset de la consultation. Le symptôme du bébé est

polysémique, et exige l'utilisation parallèle et superposée de plusieurs grilles de lecture :

- une grille de lecture médicale, sémiologique;
- une grille de lecture psychodynamique de ce qui s'exprime chez l'enfant;
- une grille de lecture parentale (structurale, interactive et générationnelle);
- une grille de lecture de l'économie psychosomatique familiale.

Le symptôme peut être considéré comme un objet transitionnel « malléable » que l'enfant et les parents apportent. Le pédiatre utilise également le symptôme pour percevoir à travers sa présentation et sa description le halo affectif et relationnel, la souffrance psychique individuelle des parents et du bébé et les aléas des interactions précoces. La compréhension du symptôme inclut psyché et soma à des degrés variables; le symptôme a un sens et une fonction chez le bébé et dans la constellation familiale.

Le cadre de la consultation pédiatrique est un cadre ouvert et modulable. Solidement enraciné sur une base *secure* constituée par la préoccupation somatique et la contenance, il s'ouvre et s'élargit vers d'autres cadres avec une gerbe de sens possibles. C'est un cadre modulable, avec la possibilité d'échanges et de transvasements entre les cadres, d'emboîtements.

## Le rythme à trois temps de la consultation

Nous avons décrit ci-dessus en quoi les troubles fonctionnels du bébé sont des troubles de l'acquisition des rythmes biologiques par le bébé, de l'accordage, et de leur maturation.

Ces consultations précoces débutent souvent sur un tempo rapide, saccadé, dicté par l'angoisse et la tension interactive. Or, on sait que le nouveau-né a besoin d'un rythme lent et souple (Vamos, Schmidt, 2007). Chaque consultation se développe selon son rythme propre. On ne sait jamais au début de la consultation ni où l'on va, ni à quel rythme, à quelle profondeur il sera possible de cheminer dans les interactions, le fonctionnement familial et individuel du bébé et des parents. On ne sait pas si les parents vont imposer un rythme ou profiter de ce temps de la consultation pour laisser l'enfant libre et s'adapter à son tempo. Si,

contenus par un tiers, ils vont donner une certaine continuité ou rester dans la brusquerie et les rythmes saccadés.

Le rythme de l'accueil par le clinicien a une vertu fondamentale d'enveloppement et d'accordage progressif vers un rythme plus lent et plus souple. Cet accueil contenant, par une « mère environnement », un cadre, à un rythme un peu plus lent que celui du bébé et des parents, a déjà un effet d'apaisement et d'ouverture. On prend son temps et le rythme au plus près du corps-psyché du bébé, on dialogue avec le bébé et son corps dans différents registres en situation d'interaction.

La rencontre se déroule dans des mouvements souples d'aller et retour du somatique au psychique, du bébé aux parents et à leur histoire. On se tourne successivement vers le bébé, les parents et vers son propre ressenti, on s'imprègne de l'atmosphère relationnelle, ce qui permet la rêverie et les associations en même temps que le décryptage physiologique.

## L'anamnèse est double, psychosomatique

On propose une anamnèse psychosomatique qui n'est pas une anamnèse médicale pure, et qui est un entretien plus directif qu'un entretien psychothérapeutique.

*L'anamnèse médicale* est centrée sur le symptôme et le biologique, qui est la demande des parents, et la priorité de la consultation pédiatrique. On fait décrire le symptôme : sémiologie, histoire du symptôme, début, accalmies, aggravation, les traitements essayés, ce qui calme.

Puis *l'anamnèse psychosomatique* initie une mise en perspective, en liens et en mots. Je m'adresse successivement au bébé, aux parents, au passé, au présent, au soma, aux affects. Je fais décrire les repas, les nuits (*qui garde qui?*) et les journées (*la traversée du désert qu'est la journée entière d'une mère seule avec son bébé qui pleure sans arrêt, pendant que le père est au travail, est réellement quelque chose de dépressogène*). Je fais raconter la grossesse, la naissance qui peut avoir été traumatisante pour le bébé et/ou la mère alors même qu'elle s'est déroulée normalement d'un point de vue strictement médical (*avez-vous eu peur? avez-vous eu mal, et le bébé? avez-vous été traumatisée, et le bébé? et le père?*). Je m'intéresse à la fratrie,

aux données transgénérationnelles : histoire des parents, leur période infantile, l'existence de maladies dans la famille, de deuils. Je demande aux parents ce qui les inquiète, leur fait nommer leurs angoisses (ex. : angoisse de suffocation dans le RGO, angoisse de douleur intolérable dans les coliques), ce qui sous-tend leur réponse au symptôme. Cette anamnèse a une importance dans la mise en association et en perspective. De même qu'il y a des interprétations mutatives, il y a des questions mutatives.

## L'observation du bébé et des interactions

On apprend en faculté de médecine l'observation clinique, la sémiologie qui permettent de contribuer au diagnostic d'une maladie à partir des signes physiques (inspection, percussion, palpation, auscultation) et des examens complémentaires. Il s'agit ici d'un mixte entre l'observation médicale nécessaire, et de larges emprunts dans son processus de décryptage à l'observation psychanalytique, même s'il s'agit d'une forme dégradée, rapide et fruste.

Il est nécessaire de détailler un peu la position du clinicien. Son regard vers le bébé et les parents est contenant et enveloppant, dans plusieurs directions à la fois : si le bébé est la cible de ma vision centrale, j'observe en périphérie les parents et les interactions, les regards des protagonistes, avec un regard à la fois médical et réceptif émotionnellement. Ce qui relie ce travail à une observation d'orientation psychanalytique, c'est l'attention accordée à ce que les données éveillent en moi comme émotions, associations et hypothèses, à mon ressenti physique et psychique. Ce qui la différencie, c'est que les expressions émotives et somatiques du bébé sont à lire médicalement, et en tant qu'expression psychomotrice. Le pédiatre ne fait pas table rase médicale mais psychologique. C'est une forme de capacité négative d'accueillir la situation psychologique comme neuve et originale, en gardant sa possibilité d'être surpris, même si des événements surdéterminants sont précisés dans l'annonce. Ceci, comme dans l'observation psychanalytique, nécessite un travail en plusieurs temps et parfois un travail indirect. J'observe les symptômes, le bébé et les parents ainsi que les interactions, je note mes impressions à partir de ce que je vois et ressens, et dans un

deuxième temps, parfois lors d'un travail indirect d'intervision, ces données sont élaborées et métaphorisées, afin d'essayer de comprendre l'expression somatique et sa gravité, de percevoir l'infiltration fantasmatique des interactions ainsi que le vécu émotionnel du bébé et des parents, l'existence psychique du bébé, et le jeu des identifications.

## Le double ressenti du pédiatre

Durant cette observation, j'offre au bébé une empathie que je nommerai « *biopsychique* » : je me rends perméable aux projections du bébé, me donne « à ressentir » au bébé, me laisse imprégner par la situation en acceptant mon ressenti double corporel et psychique. J'observe d'abord son symptôme : s'agit-il de RGO ou de coliques ? A-t-il des remontées acides, ou des efforts de poussées, puis son « tempérament », hyper-réactif aux mobilisations, dans le contact ou non, apathique, trop souriant, son accès à la communication avec ses parents, ses réactions au discours parental. Je module l'entretien en fonction de ce que je ressens et des intuitions qui émergent associativement. J'insiste sur l'attention apportée au regard du bébé, au regard des parents sur le bébé et aux échanges de regards entre le bébé et la mère (ou parents) propres à un partage d'émotions et à une rêverie, à des hypothèses sur les sentiments sous-jacents (A. Carel, 2001).

La particularité de cette empathie « biopsychique » réside pour moi dans le fait qu'il s'agit d'une triple empathie du pédiatre. Pour créer ce néologisme, je me réfère à l'ouvrage de S. Bolognini (2002) sur l'empathie psychanalytique et à S. Missonnier (2004a) sur l'empathie dans les consultations thérapeutiques parents-bébé. Dans l'empathie psychanalytique, il y a les notions de se mettre dans la position d'un autre consciemment ou inconsciemment (S. Freud), dans la peau d'un autre (S. Ferenczi). L'empathie n'est pas passive mais active, a des aspects cognitifs et créatifs : ressentir puis penser, intégrer, comprendre, faire connaître à l'autre l'étranger en lui. S. Bolognini parle d'empathie transformationnelle. Il y a pour l'attitude empathique la nécessité que la séparation soit acquise, pour permettre des aller et retour dans la peau de l'autre par des mouvements de régression puis de séparation. L'auteur diffère clairement l'empathie du contre-transfert dans la mesure où

l'autre est sujet dans le contre-transfert, alors que le monde interne de l'autre est objet dans l'empathie. Ici, on se met dans la peau du bébé, des parents et aussi au cœur de la situation interactive.

S. Missonnier différencie une empathie primaire infraverbale dans le corps à corps, *enactment* de S. Lebovici ou éraction métaphorisante avec le bébé, et une empathie secondaire avec les parents, échange verbal et co-pensée, ce qui n'empêche pas la possibilité d'une empathie primaire avec eux (mimique, gestuelle, faciès « froncé » ou détendu).

J'oserai donc proposer une troisième empathie biopsychique vers le corps-psyché du bébé, avec une troisième grille médicale de senti et de lecture « diagnostique » de sa situation, du symptôme, de la douleur physique et de la tension psychique, en se mettant dans la peau du bébé. (Il est important de voir si le bébé refuse le biberon que lui tend sa mère avec colère, ou s'il boit un peu et semble avoir mal avec des larmes dans les yeux; la réponse de la mère est aussi importante.)

## L'observation des interactions

Je note l'étonnement de beaucoup de parents lorsque je leur demande de sortir le bébé du landau dès le début de la consultation, quand je le regarde en leur parlant ou quand je m'adresse à lui directement. La qualité du *holding* et du *handling* saute littéralement aux yeux (une mère très opératoire et angoissée me demande des précisions sur le régime alimentaire de son bébé au millilitre près, et sur la façon de cuire les légumes, en tenant pendant tout ce temps son bébé raide, les pieds en l'air, la tête à l'horizontale...).

On peut observer une dysrythmie dans l'interaction comportementale, telle que nous l'avons décrite plus haut. Les interactions ont un rythme saccadé, irrégulier, trop rapide (ex. : post-traumatique), sans intervalle permettant au bébé l'expression de sa vie psychique (les parents inquiets enfournent la tétine « bouchon » avant de chercher à comprendre ce qu'exprime et attend le bébé avec ses pleurs), ou un rythme trop lent, obsessionnel d'une dépression maternelle ou d'angoisse, d'une phobie de mal faire. Il n'y a pas de phases d'accordage, de synchronisation de dialogue rythmique.

La mère peut être absente de l'interaction (la mère de Tristan est insatisfaite de son bébé, on dirait

*qu'elle est en colère et ne l'aime pas. Elle lui donne à manger de façon précise et adaptée, change ses couches, sans le regarder ou avec un regard distant, inexpressif, et en lui parlant très peu d'une voix blanche).*

Il est possible, derrière les interactions comportementales, de percevoir, d'imaginer des fantasmes inconscients négatifs et conflictuels de la part des parents et du bébé... : conflit de parentalité, rejet, ambivalence non atteinte, déception, colère parentale, bébé insatisfaisant, absence de plaisir interactif. On observe la réponse du bébé aux projections parentales : colère contre la dépression maternelle ou rage, ou démonstrations excessives pour réanimer la mère (parfois, le « faux self » existe déjà chez le bébé comme chez Eva qui fait « le clown » : à l'âge de 2 mois elle a une avance relationnelle et presque une excitation qui la font sourire et remuer la tête, émettre des sons, en permanence pour réanimer sa mère déprimée, ou pour l'imiter dans ses sautes d'humeur et ses accès d'excitation ?).

La situation met en scène les angoisses archaïques de l'enfant et des parents que l'on sent liées au traumatisme, à l'histoire récente et passée, et aux difficultés périnatales.

L'examen médical est un moment privilégié d'interactions physiques et verbales avec le bébé sous le regard des parents, durant lequel on observe son tempérament, sa consolabilité, sa labilité, moment où il peut mettre en scène la variabilité du symptôme physique. Je le tiens je le regarde, je lui parle, je le masse. J'observe les réactions parentales, les projections (identifications projectives), la façon dont ils le voient exister et interagir avec un autre, dont ils peuvent ou non le « lâcher » quelques instants.

On remarque que le pédiatre, à partir du symptôme somatique, est en première ligne pour repérer les signes de souffrance psychique du bébé (retrait, hypervigilance, avidité relationnelle, retard de développement) et les réactions paradoxales de la mère (dépression périnatale, phobies d'impulsion).

## Comment comprendre le symptôme ?

Le noyau de cette consultation est le travail du clinicien sur son ressenti physique et psychique, ce qui

évoque une réflexion contre-transférentielle, en utilisant ce que cela mobilise de son infantile. Le clinicien offre de l'*attention*, des *identifications croisées* bébé/parents. Où en est le bébé de la souffrance physique ou psychique? A-t-il une existence psychique?

Je propose l'idée que la souffrance psychique du bébé se perçoit au sein de la relation thérapeutique qui s'établit entre le bébé, les parents et le soignant : *ce qui psychise le symptôme, c'est la souffrance psychique que le bébé ou la situation éveillent en nous, si l'on veut accorder de l'importance à cette résonance intérieure.*

Le consultant est perméable et réceptif aux projections du bébé et des parents, sert de tiers, de lien externe et, *in fine*, dans le meilleur des cas, de *traducteur contenant et détoxifiant* proposant une «*fonction alpha*» des identifications projectives pathologiques croisées du bébé et des parents (W.R. Bion). Il y a pour le bébé un travail de traduction vers les parents et lui-même : mise en sensations, émotions, hypothèses, de ce qu'il exprime avec son corps. Cela permet, mis en lien avec ce qu'apportent les parents, la liberté d'une rêverie et d'une construction interprétative internes qui vont être fondamentales dans mon effort thérapeutique, sans que cela soit forcément formulé. Ce travail interne de *réflexion contre-transférentielle du pédiatre* implique ce que le bébé et les parents me donnent à ressentir physiquement et psychologiquement. J'insiste sur le somatique, et j'évoque avec émotion à ce sujet certains analystes d'adultes qui, loin de le négliger, marquent l'importance du corps et du somatique dans les analyses d'adultes : M. Aisenstein (2001) dans sa conférence intitulée *Face à face, corps à corps* affirme que «le corps – érotique, malade, renié ou exclu – est le cœur de la cure».

### **Synthèse de la rencontre et mise en lien pour les parents, retour au somatique, propositions thérapeutiques**

Dans tous les cas, je débute avec une *mise au point médicale* physiologique, en donnant des explications, en faisant un schéma. Il faut rassurer les parents, mais ne pas banaliser le symptôme parce qu'il est bénin, aborder de front les angoisses vitales, expliquer les traitements utiles, néces-

saires, inutiles. J'évoque les origines multiples du symptôme, l'intrication psyché-soma, mon ressenti sur le contenu affectif de la situation, en donnant une place à la vie psychique du bébé, sa subjectivité. Je tente ensuite avec les parents une recherche de sens, une mise en histoire actuelle et générationnelle, une mise en mots et en récit où les racines archaïques des angoisses de l'*infans* et du bébé dans l'adulte sont explorées (narrativité). Il s'agit dans les bons cas d'une co-réflexion. La narration détend, fait lien, met en perspective; nommer les angoisses détoxique. Puis, je propose aux parents une verbalisation à géométrie variable, où les hypothèses sont plus ou moins énoncées, selon l'ouverture possible et leur réceptivité.

Cette narration co-construite avec le clinicien permet aux parents une mise en mots des affects et angoisses et les autorise à penser et à exprimer l'impensable : angoisses de mort, mais aussi colère, rage, déception, vœux infanticides. On donne à ces sentiments un droit à l'existence, à l'élaboration, à la mise en perspective avec les traumatismes anciens ou de la grossesse, pour accéder à une ambivalence tempérée tolérable. On peut travailler avec la culpabilité maternelle, montrer par son accueil que la dépression post-natale est autorisée, compréhensible (accéder à la détresse maternelle), faire émerger les compétences parentales, donner au bébé sa place pour exister psychologiquement comme sujet avec son tempérament. (Je ne demande pas généralement de but en blanc à une jeune mère : *êtes-vous déprimée?* car la question peut être vécue comme intrusive et disqualifiante, et je n'aurai pas accès à l'affect maternel, mais je lui demande plutôt : *est-ce que vous dormez la nuit?* ce qui me permet d'aborder plus progressivement les troubles du sommeil de la dépression, et la dépression de l'épuisement... Un bébé qui pleure toute la nuit, c'est déprimant et ça met en colère...)

Avoir confiance dans la plasticité du bébé et des parents, et dans leur capacité de mobilisation, et le leur dire, s'accompagne pour moi d'une forme de tendresse à leur égard. Je peux aider ces bébés en situation difficile avec des parents en souffrance et discontinus si ceux-ci sentent qu'ils ne sont pas jugés, et si j'ai en arrière-plan la certitude que l'on (le bébé) peut survivre et se remettre d'une telle situation.

## L'interprétation virtuelle

Je fais un travail de métaphorisation interne, d'élaboration d'hypothèses qui ne seront souvent pas proposées dans un premier temps, tant la dépression, la culpabilité, les conflits de parentalité et la haine peuvent être à vif. Je pense là à l'interprétation virtuelle telle que la décrit M. Aisenstein (2008) avec ses patients adultes somatisants. Il faut savoir laisser un peu de flou et de mystère à la situation. L'interprétation et la compréhension exprimées trop vite ou à tort peuvent être très intrusives pour les parents et bloquer la situation. Les hypothèses sont souvent seulement notées, reprises lors d'une prochaine consultation ou dans un travail indirect. Cela peut rester un halo interprétatif, une interprétation virtuelle qui soutiennent la situation.

## La contenance, la fonction alpha, la capacité de rêverie du pédiatre

Parfois, on offre seulement une contenance, une attention, avec une retenue de mots et d'interprétation. La contenance, le *holding*, le bain de paroles font effet. L'attention et la rêverie entourent et soutiennent. Des paroles simples peuvent être interprétantes dans leur proposition ou avoir un effet mutatif : parler du bébé comme d'un sujet humain doué d'affects, d'émotions, de son corps libidinalisé ; légitimer la souffrance, les difficultés des parents, les mouvements agressifs.

Ce qui est donné, c'est une contenance de la dyade ou triade pour que les parents deviennent contenant.

Pour une description de ce que sous-entend le terme de contenance, je conseille le livre très éclairant de D. Houzel (2010) sur les enveloppes psychiques. La relation de contenu–contenant a été imaginée par W.R. Bion (1962) à partir des identifications projectives de M. Klein. La mère a la fonction contenant de rendre pensables les projections du bébé et de les détoxifier, ce qui est un modèle de construction de la vie psychique. La contenance n'est pas qu'un réceptacle mais une fonction active, et R. Kaës (1979) différencie dans la fonction contenant le contenant, pour l'évacuation des projections et le conteneur, pour la re-projection d'éléments psychiquement assimilables ; les deux opèrent simultanément. Pour W.R. Bion, la relation contenu–contenant est donc

dynamique avec transformation par la fonction alpha de la mère des éléments bêta inassimilables du bébé en éléments alpha introjectés par le bébé. La mère transforme les projections de son bébé grâce à un mode de pensée intuitive qu'il appelle capacité de rêverie, dont les racines sont situées dans le préconscient, voire dans l'inconscient. Chez W.R. Bion, la capacité de rêverie est une partie de la contenance maternelle.

Ici, je propose l'idée d'une « capacité de rêverie du pédiatre » qui est aussi un travail sur son ressenti et les échos contre-transférentiels qui surgissent, une capacité à associer et métaphoriser la plainte somatique du bébé, un halo de rêverie et d'interprétation ou plutôt de compréhension.

La contenance est un soin aux parents et sert de support identificatoire.

## Suivi, collaboration avec le psychanalyste, *holding* et continuité

Il y a, *dans les bons cas*, un moment d'accordage affectif (et rythmique) parents/bébé/soignant, de partage émotionnel. Le sens émerge dans la rencontre. Le travail initial sur le somatique sert de base de sécurité, de point d'ancrage auquel on revient en fin de consultation. La consultation est suivie de remaniements relationnels et de la réponse au symptôme, elle libère les angoisses mortifères et les conflits d'ambivalence.

C'est le plus souvent un *travail en deux temps*. La proposition d'une deuxième consultation assez proche, dont le délai peut être adapté le plus précisément possible par le clinicien en fonction de ce qu'il a perçu de la souffrance et du risque d'angoisse d'abandon des parents et de l'enfant, constitue également un arrière-plan contenant et rassurant. On ne quitte jamais en pensée le symptôme et l'angoisse vitale qui sont la demande de la consultation.

Je propose généralement de revoir le bébé et sa famille dans un délai de 10 à 15 jours, ce qui est court pour une consultation de pédiatrie, et je leur laisse mon numéro de téléphone portable, tant je sais que ces familles en proie à des angoisses archaïques peuvent se sentir retomber dans le gouffre en quelques jours (*comme on l'a vu dans l'observation d'Arthur, ils vont parfois aux urgences à minuit entre deux consultations, parce que le bébé pleure et est inconsolable*).

La deuxième consultation est le moment d'une mise au point sur l'évolution, sur l'efficacité ou non des différentes propositions, et permet d'observer s'il y a eu modification des interactions, de la réponse au symptôme. Quel était le symptôme principal ?

*Ajoutons une troisième dimension à cette contenance : la fonction de holding* qui est d'importance cruciale, avec sa continuité temporelle, telle que la décrit D.W. Winnicott (1960b). Il définit le *holding* dans la théorie de la relation parents-nourrisson : « Le terme de "maintien" (*holding*) est utilisé ici pour dénoter que l'on porte physiquement l'enfant, mais il désigne aussi tout ce que l'environnement lui fournit antérieurement au concept de vie commune. En d'autres termes, cette notion de maintien se réfère à une relation spatiale à trois dimensions à laquelle le temps s'ajoute progressivement. Cela coïncide en partie avec les expériences instinctuelles, qui éventuellement déterminent les relations objectales, mais son origine est plus précoce. (...) L'expression "vie commune" implique des relations objectales et l'émergence de l'enfant de cet état de fusion avec la mère, sa perception des objets comme extérieurs au self. »

Partie des soins maternels, le *holding* est continu dans le temps. Il s'agit là d'un *holding* par un clinicien vivant, qui a comme constituant de son arrière-plan ses compétences médicales mais qui prend également en compte la souffrance du bébé et de ses parents, ne se laisse pas anéantir ou déprimer par la situation, reste pensant, a une pulsion de vie et un optimisme dans la plasticité du bébé et des parents et leur capacité de mobilisation. Il participe aussi du *handling* avec ses mains sur le bébé, son regard, son bain de paroles et d'interactions. Avec sa dimension temporelle, il introduit la notion de continuité qui est proposée ici dans le suivi.

## La capacité négative

Nous avons dit plus haut que l'interprétation peut – et doit souvent – rester virtuelle, tue. Ceci est une bonne introduction à la capacité négative dont le pédiatre doit faire preuve dans ces consultations précoces. De façon plus générale, lorsqu'un médecin veut ouvrir son travail et sa réflexion sur la dimension psychique, il doit avoir ou acquérir une capacité négative, dans plusieurs acceptions

du terme. En effet, on a l'habitude en médecine de chercher un diagnostic sûr, un traitement radical (signes, diagnostic, traitement), ce qui n'est pas le cas rencontré dans ces situations.

Le terme de capacité négative vient du poète John Keats en 1817 : « Je fus frappé par la qualité qui contribue à former un homme accompli... je veux parler de la capacité négative, lorsqu'un homme est capable d'être dans l'incertitude, les mystères, les doutes sans courir avec irritation après le fait et la raison », et l'on trouve des éclaircissements et développements du concept chez D. Houzel (2008), qui l'évoque à propos des applications thérapeutiques de la méthode d'observation d'E. Bick : « L'observateur doit aussi être capable de recevoir des messages implicites qui ne s'expriment pas par des moyens d'expression objectifs, mais plutôt par l'induction d'états mentaux qui saisissent l'observateur à son insu. Le mécanisme sous-jacent est celui de l'identification projective au sens de W.R. Bion (1962). Il faut, pour recevoir ces messages implicites, tolérer ces états mentaux induits qui sont parfois très pénibles à supporter. Il faut aussi que l'observateur puisse accepter de ne pas comprendre sur le moment, aptitude que W.R. Bion (1970) nomme « capacité négative », expression empruntée au poète J. Keats : c'est la capacité à supporter la tension psychique dans laquelle nous plonge le non-sens. Je propose de parler alors d'attention inconsciente. »

Ici, il faut savoir accueillir l'informe, ne pas tout comprendre, faire table rase « psychologique », accepter de ne pas tout dire, et ne pas tout soigner (pas de « mégalomanie thérapeutique »). Il faut savoir laisser un peu de flou à la situation, en permettant quand même des modifications par sa contenance, son *holding*, son support identificateur.

Une autre acception du terme de capacité négative est une fonction « d'éponge » : savoir faire émerger et aspirer les mouvements négatifs de l'autre comme l'appel d'air d'une cheminée, ou un jeu de pousse-pousse où le négatif est poussé dans la case vide, recevoir les projections sur une surface en bosse et en creux formant des cellules où vient se loger le négatif.<sup>101</sup> Dans notre situation, il faut accepter de recevoir les mouvements négatifs,

101 Ces descriptions viennent de P. Delion à une réunion de la WAIMH.

parfois le transfert hostile, supporter d'attirer la colère des parents contre les somaticiens (partie qui sera alors épargnée au bébé).

### **Dernier outil, et non le moindre : savoir orienter vers le psychanalyste**

Ces troubles précoces du bébé surviennent à une période originariaire, avant le langage, où le vital est au premier plan. Ils ont une importante aura d'organicité, résonnent avec les angoisses archaïques et les défenses communes des parents et des soignants du corps, de sorte que la composante psychologique est souvent mal acceptée, paraît incongrue. Il peut exister un véritable déni de la souffrance psychique du bébé qui est culpabilisante pour les parents, les disqualifie de leur capacité à avoir un bébé heureux et bien portant et réveille leurs propres souffrances infantiles.

C'est pourquoi l'ouverture à la souffrance psychique du bébé (Boige, 2002) ne peut être que très prudente et contenante en raison du risque de rupture. Sa révélation, dans cette consultation, expose à la *culpabilité* et à l'*affect dépressif maternels* qui peuvent, l'une comme l'autre, constituer une forme de résistance et d'omnipotence qui bloque toute ouverture et tout changement. Parfois les défenses parentales sont rigides et le scientisme entraîne la fermeture. *Ces caractéristiques font de ces situations des indications privilégiées de travail indirect entre pédiatre et psychanalyste.*

Cependant, certains dysfonctionnements à risque justifient pour le bébé l'envoi de la famille en consultation psychothérapique. C'est le cas lorsque la *dépression maternelle* doit être prise en charge *per se* et met en péril le *développement du bébé*, ou en présence d'une mère *borderline*.

Les *modalités de l'envoi* sont particulières du fait que la demande initiale est enracinée dans le problème somatique du bébé et adressée à un gastro-pédiatre, et nécessitent de la part du pédiatre une négociation pleine de tact, au cas par cas. Différer la demande d'orientation psychothérapeutique

des parents chez un bébé en pleine maturation peut faire perdre un temps précieux et aller contre le traitement de l'enfant, mais provoquer imprudemment la réticence des parents, est à risque de fuite ou compromettra largement le succès de la prise en charge psychothérapique.

Tout l'art du pédiatre est de proposer et d'argumenter au bon rythme cette orientation. L'envoi doit donc s'appuyer sur des arguments tirés de l'analyse de la situation (sur une synthèse des données organiques et psychologiques recueillies lors des premières consultations) énoncés en présence des parents. L'envoi n'est pas un lâchage, le «psy» est connu, les deux soignants ont des échanges réguliers, et la prise en charge pédiatrique se poursuit parallèlement.

Cela demande que chacun des soignants ait un grand respect du champ de l'autre et une grande curiosité et, en arrière-plan, une connaissance de ses registres et de ses modalités d'intervention possibles.

*Au total*, cette consultation met en œuvre la complémentarité et la synergie des deux disciplines pédiatrie et psychanalyse (en biochimie, une action synergique est supérieure à la somme des actions de deux réactifs utilisés seuls).

Le symptôme somatique du bébé masque ou exprime la souffrance psychique du bébé et se comprend dans la consultation. Cet abord permet la métaphorisation des expressions somatiques du bébé et rend possible grâce à l'attention et la contenance d'une «mère environnement» : une prise de conscience par les parents sans culpabilité excessive de leurs difficultés... et de leurs compétences; un tissage de liens entre symptômes et affects du bébé (intégration psychosomatique), parents et bébé, consultant et famille; et l'émergence de l'existence psychique du bébé.

Le processus de cette consultation est dynamique, à rapprocher des mouvements décrits par D.W. Winnicott de dissociation, d'intégration psychosomatique, qui sont utilisés alternativement, dans une direction plus générale d'accordage, de mentalisation, d'émergence du psychique à partir du soma.

# Le psychiatre d'enfant et d'adulte

CHAPITRE **16**

N. Presme

## Cursus académique et trajectoire professionnelle

« Va, vis, et deviens. »  
Radu Mihaelanu, cinéaste

Il est difficile d'expliquer à des non-initiés ce que peut bien faire un psychiatre dans une maternité, temple absolu du bonheur et de la vie dans notre imaginaire collectif. Pourtant, l'entrée dans une maternité plonge dans un abîme de sensations, d'émotions, de pensées fortes, bouleversantes, dérangeantes, mobilisatrices, sidérantes, où se mêlent sans cesse l'émerveillement et le désespoir, la vie au-dessus de tout, triomphante le plus souvent, et la mort dans un rappel permanent de notre finitude.

La présence de psychologues dans les équipes est aujourd'hui acquise dans de nombreuses maternités et témoigne de la reconnaissance et de la prise en compte de la dimension psychique de la grossesse et du post-partum.

Il est plus rare qu'un service de maternité se soit doté d'un poste de psychiatre. Dans la majorité des cas, le psychiatre ou pédopsychiatre intervient à la maternité dans le cadre d'une activité de liaison d'un secteur de psychiatrie adulte ou d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. Certaines maternités font appel à des psychiatres installés en libéral pour un avis ou un suivi spécialisé.

Les « psy » travaillent en lien avec les autres professionnels de la naissance qu'ils soient dans l'intra- ou extra-hospitalier, sur le secteur, dans les

PMI, en libéral..., et participent au réseau de soins périnatal.

Mon activité de liaison s'inscrit dans un projet d'intersecteur<sup>102</sup> au sein duquel a été particulièrement développée toute la dimension du soin périnatal : liaison en maternité, en néonatalogie et en réanimation néonatale, unité mère-bébé de quatre lits au fonctionnement autonome non sectorisée, et unité de parentalité sectorisée. La mission est d'accompagner un projet d'enfant, que ce projet soit en cours de gestation, que l'enfant soit né, dans l'installation des premiers liens parents-bébé, ou que la grossesse se soit interrompue. Cela peut être aussi avant la conception, en particulier dans les situations de PMA, mais ce sujet n'est pas traité dans cet ouvrage.

## **Devenir pédopsychiatre en maternité : formation et cheminement**

Depuis le début de l'internat en psychiatrie jusqu'à franchir les portes d'une maternité, il y a des années de formation absolument nécessaires tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie, mais il y a aussi et surtout la nécessité d'un cheminement personnel qui ouvre à la connaissance de soi pour être à l'écoute de l'autre.

Les études médicales ne préparent pas à devenir psychiatre en maternité. Un psychiatre est un

<sup>102</sup> 5<sup>e</sup> intersecteur de psychiatrie infantojuvénile, Val-de-Marne, docteur Sarfaty.

médecin. Le choix de la spécialité s'opère à la fin des six années d'études médicales et comprend quatre années de spécialité dont une année de pédopsychiatrie. L'apprentissage du métier se fait par immersion totale auprès des patients lors des stages cliniques et l'étude plus théorique se fait lors de séminaires hebdomadaires et surtout par ses propres recherches et par un travail personnel. La sémiologie psychiatrique s'apprend dans les livres, mais pas la manière d'entrer en contact avec le patient qui souffre psychiquement, qui s'agite, qui délire, qui ne demande rien replié sur lui-même dans une indifférence totale, ou dans une douleur envahissante. Le métier s'apprend au fil des rencontres avec les autres mais aussi, surtout, dans la rencontre avec soi-même, à l'écoute de ses propres mouvements émotionnels et psychiques. Ce détour par soi, provoqué par la rencontre avec l'autre, différent mais un peu semblable, reste indispensable, parce que notre outil de travail, c'est nous-même, notre esprit, notre tête et notre âme. Aucun psychiatre ne fonctionne comme un autre, chacun entend son patient avec son écoute subjective, ce qu'il peut entendre ou ne pas entendre dans le discours de son patient.

Au cours de ses études, le psychiatre apprend, comme dans les autres spécialités médicales, à faire un repérage sémiologique des troubles et à poser un diagnostic. Il doit ainsi connaître les signes de la dépression, de la schizophrénie et des autres pathologies mentales. Il doit savoir repérer si le patient est psychotique, névrotique ou dans un fonctionnement limite, narcissique. Il doit aussi évaluer la gravité des troubles et organiser avec les autres professionnels concernés une stratégie thérapeutique en ambulatoire ou en hospitalisation libre ou sous contrainte.

Le psychiatre doit savoir gérer, en lien avec l'obstétricien et le pédiatre, la prescription médicamenteuse pendant la grossesse et le post-partum avec les précautions indispensables pour l'utilisation des psychotropes en particulier chez la femme enceinte ou chez la femme qui souhaite allaiter : les antidépresseurs, les antipsychotiques, les hypnotiques, les anxiolytiques, les thymorégulateurs, etc., avec leurs indications, leurs contre-indications, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, les risques tératogènes et les risques liés à l'imprégnation fœtale.

La formation initiale de base, au cours de l'inter-nat, permet d'accéder à la spécialité de psychiatrie polyvalente. Il est possible de poursuivre ensuite d'autres spécialisations. Une année supplémentaire est nécessaire, dont un semestre en pédiatrie, pour obtenir la qualification de pédopsychiatre.

Là encore, le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est vaste, et la tendance actuelle est de se sur-spécialiser dans des domaines tels que l'adolescence, l'enfance, la périnatalité selon l'âge des enfants, ou dans l'autisme, dans les troubles des apprentissages, la psychosomatique, etc., selon l'expression des troubles. S'orienter en périnatalité implique de se former à la découverte du processus de parentalité pour être à l'écoute de la femme devenant mère, de l'homme devenant père, du couple, de l'environnement familial, culturel et social qui les unit et les entoure et du développement du bébé.

La maternité est un lieu d'exercice où « le psy » rencontre des femmes âgées entre, environ, 13 et 45 ans, dans toutes les configurations psychologiques et psychopathologiques possibles au moment où elles sont engagées dans le processus de parentalité. Il y a un bébé à naître et c'est donc dans une polyvalence d'attention aux personnes et aux liens qui les unissent (liens parents-enfant, du couple, de la famille) que se situe le pédopsychiatre en lien avec les autres professionnels impliqués dans le suivi.

Toutes les études théoriques en psychiatrie sont essentielles et apportent un référentiel de base, mais rien ne prépare à la rencontre avec la violence et les drames qui se déroulent quotidiennement dans les maternités. Rien ne prépare à recevoir un couple effondré par l'annonce d'une malformation non viable chez leur fœtus tant désiré et qui vont vivre un accouchement dans le cadre d'une interruption médicale de grossesse, ni à faire face au désespoir d'une femme effondrée devant son bébé alors que médicalement tout va bien, à la violence des couples qui se déchirent dans la chambre en suites de couches, à l'indifférence d'une mère face à son bébé, ou à la violence de ses gestes envers lui, etc.

## La psychiatrie de liaison

C'est un exercice particulier par sa dynamique propre : aller vers l'autre. Le psychiatre se déplace

hors les murs de son bureau pour aller vers la patiente qui peut être hospitalisée, en suites de couches, dans le service des grossesses à haut risque, en gynécologie, dans une unité kangourou, ou aux urgences. Habituellement, les patients demandent un rendez-vous de consultation et le psychiatre reçoit dans son bureau (unité de temps et de lieu sécurisant). En liaison à la maternité, la demande de consultation émerge le plus souvent d'un professionnel (obstétricien, sage-femme, infirmière, pédiatre, assistante sociale, etc.) qui propose à une femme et/ou à un couple de nous rencontrer. Dans mon expérience, peu de femmes demandent spontanément à rencontrer un psychologue ou un psychiatre au cours de leur suivi de grossesse ou en suites de couches. Celles qui font cette démarche, ont souvent eu antérieurement une expérience rassurante auprès d'un confrère. La demande est médiatisée par un autre professionnel et les refus de nous rencontrer sont très rares. Chaque femme est libre d'accepter ou de refuser un entretien, à nous d'ajuster ensuite notre intervention. Pour la majorité des patientes, c'est la première fois qu'elles ont l'opportunité de rencontrer un « psy » et de parler d'elles.

L'image du psychiatre étant encore souvent associée à celle de la folie, il est toujours nécessaire d'expliquer ce qui motive cette rencontre. Il est tout aussi essentiel de parler vrai, c'est-à-dire de se présenter dans sa fonction de psychiatre ou de pédopsychiatre et de ne pas recueillir d'informations intimes si la femme ne sait pas à qui elle parle. Il est tout aussi essentiel de préciser son cadre d'intervention car travailler en liaison en intra-hospitalier, implique une durée limitée dans le temps (grossesse et, le plus souvent, quelques semaines après la naissance, parfois plus), mais aussi un travail de liens avec l'équipe pluridisciplinaire du service, dans le respect des règles de transmission (Carel, 2003) (*cf p. 260 et 261*). L'objectif commun est d'accompagner une femme ou un couple vers la naissance de leur enfant et de soutenir l'installation des premiers liens ou d'accompagner la femme ou le couple au cours des aléas du parcours obstétrical. Le psychiatre de liaison ne se substitue pas au psychiatre des secteurs de psychiatrie adulte ou au psychiatre installé en libéral, même si au moment de la rencontre à la maternité, la femme qui présente un trouble

mental est en rupture de soins depuis des mois ou des années.

Dans certains secteurs de psychiatrie, comme en Angleterre, ce sont des psychiatres d'adulte qui, préoccupés par l'impact, sur le développement des enfants, d'un trouble psychiatrique maternel, se sont engagés en périnatalité.

## Une expérience professionnelle dense et difficile

C'est un travail dur par l'impact émotionnel des situations même « banales » et *a fortiori* des urgences physiques, psychiques et émotionnelles, par l'imprévisibilité des rencontres dans un temps imposé par les impératifs médicaux et économiques. C'est un travail qui met à l'épreuve ses capacités de réceptivité et de contenance, en particulier dans des moments de plus grande vulnérabilité, comme lors de ses propres maternités.

Après plusieurs années, toutes ces expériences partagées avec ces familles, ces femmes et ces hommes, il devient évident qu'être professionnel dans une maternité, à l'instar du bébé en construction, bouleverse et fait cheminer personnellement et humainement.

Je me suis souvent demandée, dans des moments d'épuisement et de débordement émotionnel, quel était le moteur de cette motivation, toujours actuelle, de travailler, avec ce rythme si soutenu, en maternité. Avant tout, il m'a semblé qu'après toutes ces années, je gardais la capacité d'émerveillement que me procurent la naissance d'un enfant et tout le potentiel d'ouverture au monde qui s'offre à lui. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'être idéaliste, car il n'y a pas d'égalité des chances à la naissance. En effet, personne ne choisit sa famille, ni le moment de sa naissance et chaque bébé a son histoire intra-utérine. Certains ont déjà eu, avant même leur naissance, un parcours intra-utérin difficile, soit du fait de problèmes médicaux, soit du fait d'événements imprévus, soit encore, parce qu'ils n'étaient pas attendus. Certains berceaux sont moins doux et moins accueillants que d'autres. Mais intervenir en maternité, c'est penser qu'il y a toujours du possible, et que des rencontres significatives et structurantes peuvent déjouer des répétitions mortifères pour ouvrir une nouvelle trajectoire de vie.

## Fragments cliniques du quotidien en maternité

---

### Une intervention ponctuelle en suites de couches : Madame G.

Madame G. vient d'accoucher de son deuxième enfant. La deuxième nuit, l'auxiliaire de puériculture entend cette jeune mère crier sur son bébé qu'elle ne le voulait pas. Madame G. lui dit qu'elle se sent oppressée et très fatiguée. Le matin, la sage-femme, qui a eu la transmission de la nuit, tente de parler avec elle. Madame G. s'effondre en larmes, se sent très culpabilisée d'avoir tenu de tels propos et dit avoir voulu cet enfant. La sage-femme lui propose de me rencontrer. C'est une très belle jeune femme, de bon contact, qui tient son bébé dans les bras, et dans une bonne attention à son bébé. Elle me dit : « *J'ai vu mon mari et ma fille partir et ça m'a déchiré le cœur.* » Sa fille est âgée de 20 mois et elle y est très attachée. Elle a voulu avoir un autre enfant parce qu' « *elle était, elle-même, enfant unique et qu'elle s'est beaucoup ennuyée dans son enfance* ». Je fais alors l'hypothèse que cette image du père qui part avec sa petite fille laissant la mère seule renvoie à une image du passé. Elle pleure de voir que sa fille a changé depuis la naissance du bébé, qu'elle râle, et s'oppose. Elle a peur de ne pas la retrouver comme avant et pense que peut-être elle n'aurait pas dû faire un autre enfant si vite. Elle poursuit l'entretien, marque une pause et me dit : « *Ma mère m'a abandonnée quand j'avais 10 ans. Elle ne m'a pas dit qu'elle partait. C'est ma grand-mère qui me l'a annoncé.* » Elle est élevée par son père et décrit leur relation comme un « *amour fou* ». Quand il se remarie, elle a 12 ans. La relation avec la belle-mère n'est pas bonne, « *cette femme ne me voulait pas* » me dit-elle. Elle vit un deuxième abandon, et va mal. Sur la proposition d'un pédopsychiatre rencontré alors, elle est confiée à ses grands-parents. On peut penser avec ces éléments, que lorsque Madame G. voit partir sa fille avec son conjoint, elle se sent à la fois comme la petite fille abandonnée par sa mère en identification à sa fille et comme la mère frustrante qui abandonne en identification à sa propre mère, mais elle se retrouve aussi face à une relation père-fille qui lui échappe et qu'elle a le sentiment d'avoir perdu quand son père s'est remarié. Elle s'effondre.

Depuis, et à la naissance de sa fille, elle a renoué des liens avec sa mère et lui a pardonné, indique-t-elle. Elle me dit que c'est sûrement pour cela qu'elle a du mal à se séparer de sa fille. Elle se sent mieux en fin d'entretien et elle est d'accord pour venir consulter après la sortie de la maternité. La première phrase de l'entretien condensait toute la problématique abandonnique de cette jeune femme. Ses capacités de mettre en mots sa souffrance témoignant de ses possibilités de mentalisation font penser qu'elle a reçu du bon auprès de sa mère pendant les premières années, de son père et de ses grands-parents ensuite et qu'une psychothérapie pourra être proposée.

### Pathologie parentale et difficultés institutionnelles : Madame B. et Monsieur A., les difficultés du travail de terrain

La rencontre avec Madame B. et Monsieur A. souligne la difficulté du travail en partenariat.

Ma première rencontre avec Madame B. a lieu à la maternité, dans le service des grossesses pathologiques. Elle est hospitalisée pour un déséquilibre glycémique dans le cadre d'un diabète gestationnel. Madame B. est à 34 semaines de grossesse. J'apprends par la sage-femme que cette femme est suivie par une équipe de psychiatrie adulte, qu'une infirmière psychiatrique vient la voir régulièrement et qu'après la naissance, elle sera admise à l'unité mère-bébé. La sage-femme me dit qu'il n'est donc pas nécessaire que je la rencontre.

Madame B. a effectivement rencontré le médecin de l'unité mère-bébé, quelques jours plus tôt. Comme ce médecin est un collègue de l'intersecteur, nous discutons de cette situation. Ce médecin pense qu'une admission à l'UMB serait intéressante pour soutenir les premiers liens et évaluer les interactions, mais il n'y a pas de place. L'admission n'est pas possible. Le médecin de l'UMB va en informer le psychiatre du CMP adulte et lui proposer de me joindre afin de réfléchir avec l'équipe de la maternité et avec les parents à un autre projet d'accompagnement pour le post-partum.

Je découvre une femme très forte, et très abîmée physiquement. Elle n'a plus de dents, ses cheveux sont de longueurs inégales, mal coiffés, elle paraît « vieille ». Au premier coup d'œil, elle ne ressemble pas à l'image habituellement attendue d'une future maman.

Elle a 36 ans. C'est sa deuxième grossesse, après une FCS survenue quelques mois auparavant. Elle en a été beaucoup affectée. Elle a voulu une nouvelle grossesse. D'emblée, Madame B. se montre très attachante, elle est gratifiante, me remerciant d'être venue la voir, alors qu'elle n'a pas de visite et qu'elle se sent très seule. Elle raconte volontiers et avec beaucoup d'émotions son histoire de maltraitance puis de placement quand sa mère avait quitté le domicile conjugal en la laissant avec ses frères et sœurs. Dans un premier temps, tous les enfants avaient été placés avant de revenir vivre avec leur père. Madame B. avait assumé alors toutes les tâches ménagères, prenant un rôle maternel pour ses frères et sœurs dans une confusion des places et des générations. L'ambiguïté des rapprochements père-fille avait alerté l'équipe d'AEMO, conduisant le juge pour enfants à décider de placer à nouveau les enfants. Elle avait alors été séparée de sa fratrie. Elle me transmet combien elle a souffert, dans son existence. Son histoire d'abandon me touche beaucoup. Je me surprends à penser à l'histoire de Cendrillon, peut-être pour garder une capacité de rêverie malgré la douleur de cette histoire.

Madame B. transmet une histoire abandonnique, un vécu de carences tant éducatives qu'affectives, elle n'a plus de liens familiaux, en dehors d'une sœur. Sa mère, qu'elle a revue récemment, habite près de chez elle. C'est pourtant, au moment où elle revoit sa mère que cette grossesse survient.

Tous les enfants de cette fratrie présenteraient des problèmes d'ordre psychiatrique (psychoses, déficiences, dans un contexte de carences graves affectives et socio-éducatives...). Madame B. serait celle qui s'en sortirait le mieux. Pourtant, dans l'entretien, ses propos sont souvent crus, laissant entrevoir un fonctionnement psychique empreint d'archaïsmes. Dans le lien, elle établit une relation adhésive, où je me sens vite engluee. Quitter la chambre est difficile, comme si à chaque fois, Madame B. vivait la séparation comme un acte d'abandon.

Nous convenons de nous rencontrer régulièrement au cours de son hospitalisation. Madame B. rumine des angoisses très intenses, qu'elle me transmet, paralysant ma pensée. Elle me demande de recevoir ses angoisses. Elle a peur d'être attaquée à l'intérieur de son corps par ce bébé qui devient potentiellement persécuteur et même possiblement destructeur. Elle se sent habitée par un être intrusif. En retour, elle verbalise ses craintes de faire du mal à son bébé, de le noyer, de l'étouffer. Elle s'en défend par la projection de ces angoisses archaïques au contenu très cru, mais elle ne se sent soulagée que le temps de l'entretien.

Du côté des soignants, les sages-femmes ont bien accepté Madame B. Elles se sont spontanément mises en position maternelle, la traitent comme une enfant en lui demandant de se laver par exemple. Dans cette position, les sages-femmes supportent bien cette longue hospitalisation et la dépendance de Madame B. Celle-ci est très gratifiante dès lors que l'on s'occupe d'elle, elle remercie, se montre souriante. Toutefois, dans son fonctionnement, on est dans un statut de bon objet quand on est avec elle, et de mauvais dès qu'on la quitte. Le bon objet absent devient un mauvais objet, comme un mauvais sein, et ses propos deviennent alors injurieux, crus, à la mesure de son sentiment de lâchage et d'abandon et de son vécu d'effondrement.

L'équipe de psychiatrie adulte vient régulièrement la voir à la maternité et repart sans faire de liens. Cela ne leur semble pas nécessaire parce, pour eux, ils sont garants du projet, s'occupent de la situation et portent le projet d'unité mère-bébé. Ils ont contacté plusieurs services dans ce sens.

Lors d'un staff de parentalité, je prends la position suivante : assurer, en lien avec les sages-femmes et les obstétriciens, le suivi psychologique de Madame B. durant le temps d'hospitalisation à la maternité, recueillir ses angoisses extrêmes, ses peurs terrifiantes à propos de l'accouchement et ses scénarios catastrophes quand elle pense à l'enfant à venir.

Nous décidons, en équipe, de ne pas interférer dans la mise en place du projet parents-bébé, puisqu'il est soutenu par l'équipe de psychiatrie adulte. Cependant, dans un souci de partenariat, nous les invitons à venir lors d'un staff

médico-psychosocial. La réunion est prévue en décembre, soit un mois et demi avant le terme théorique.

Lors d'une visite, je fais la connaissance de Monsieur A. Il présente manifestement des difficultés d'ordre psychiatrique (ce qui est confirmé par la suite; Monsieur A. est lui-même suivi pour une schizophrénie). Il est très angoissé et il le dit. Il accepte volontiers ma présence, et demande de l'aide comme sa compagne. Ils ne se sentent pas persécutés par nos interventions, au contraire. Monsieur A. va mal et il ne pourra probablement pas être un support d'étayage pour Madame B. et le bébé.

Madame B. reconnaît les angoisses de Monsieur A. mais lui dénie toute pathologie psychiatrique. Elle est en grande demande affective vis-à-vis de lui. Ils sont dans un lien de grande proximité. Quelle pourra être la place de l'enfant dans cette organisation de couple, tous les deux très angoissés à l'approche de cette naissance?

À ce stade de la situation, les deux parents présentent un trouble psychiatrique. Il n'y a pas de soutien familial : la famille de Madame B. dysfonctionne de manière très pathologique et celle de Monsieur A. est loin, en province. Ils sont donc très isolés.

Le bébé a été désiré. Ils sont demandeurs d'une aide parce qu'ils sont très angoissés à l'idée d'avoir à s'occuper d'un bébé. Ils ne veulent pas être séparés par un projet d'unité mère-bébé et ils souhaitent rentrer chez eux avec le bébé.

Ils savent qu'un placement de l'enfant a été discuté avec l'équipe de psychiatrie adulte, ils y sont très réticents. Pour Madame B., une séparation avec le bébé serait assimilée à un abandon, dans une répétition de sa propre histoire et elle ne peut l'envisager.

La psychiatre du CMP me contacte par téléphone. Elle m'informe qu'elle a énoncé à ces futurs parents qu'il n'y aurait pas de retour à domicile avec le bébé. Elle y est formellement opposée du fait de leur pathologie.

Elle pense aussi que cette hospitalisation, dans le service des grossesses pathologiques n'aide pas ce couple à cheminer sur ce projet de séparation. Le cadre très contenant de la maternité ne leur permettrait pas de réaliser leurs difficultés. On tente alors un retour au domicile de Madame B. avec l'accompagnement d'une sage-femme à domicile.

Mais, dès le lendemain, Madame B. se représente aux urgences. Elle est envahie d'angoisses qui la terrifient en pensant au bébé à venir. Elle vient se protéger et probablement protéger son bébé.

En équipe, nous décidons de la garder jusqu'à son accouchement. Les sages-femmes qui ont connu Madame B. sont toutes favorables à cette hospitalisation alors qu'habituellement, il n'est pas aisé d'obtenir une hospitalisation pour des raisons psychologiques ou psychiatriques. Madame B. réussit à mobiliser les sages-femmes dans un rôle maternant et se montre très valorisante pour tous ceux qui s'occupent d'elle. Elle induit, de ce fait, une relation positive avec l'équipe. Par ailleurs, son diabète est mal équilibré et les sages-femmes ont le sentiment de la protéger ainsi que son bébé. Un motif médical s'ajoute au motif psychologique et soutient le bien-fondé de cette hospitalisation longue.

Nous (équipe de la maternité) insistons, à nouveau, pour rencontrer l'équipe de psychiatrie adulte. Il se trouve que nous nous sommes déjà retrouvés lâchés par des professionnels de secteurs (pas fréquemment, mais nous gardons des souvenirs douloureux d'autres situations antérieures) et nous avons besoin de nous assurer de la qualité du lien interprofessionnel, puisque Madame B. est hospitalisée. Il s'agit de nous coordonner et de nous informer mutuellement de l'évolution de la situation pour garantir la cohérence du projet pour le post-partum. Cette rencontre est saisissante et renforce nos craintes. Ils ne comprennent pas notre demande, ils sont garants du projet. Nous allons être les témoins d'un échange extrêmement conflictuel entre l'assistante sociale et la psychiatre du secteur de psychiatrie.

Le projet de séparation mère-bébé à la naissance ne fait pas l'unanimité. Deux courants s'affrontent dans cette équipe, les partisans de la mère et ceux du bébé, c'est-à-dire ceux qui sont opposés à la séparation et ceux qui soutiennent le placement. Cette opposition en équipe entre ceux qui s'identifient à la mère et ceux qui s'identifient au bébé est tout à fait classique. Néanmoins, nous sommes touchés, lors de cette réunion, par la violence de leur débat devenu purement idéologique.

En pratique, la psychiatre énonce à chaque consultation que le bébé sera placé et l'assistante sociale emmène Madame B. et Monsieur A. acheter la

layette et prépare avec eux la chambre du bébé. La psychiatre explique aux parents leur manque d'hygiène et la présence d'un gros chien dangereux pour leur bébé. Madame B. et Monsieur A. répondent immédiatement en posant l'acte de donner leur chien à la SPA et ils nettoient leur appartement. Ils finissent d'installer une jolie chambre pour le bébé (toujours aidés par l'assistante sociale du secteur de psychiatrie adulte). Madame B. est consciente des tensions dans l'équipe et énonce à propos : « À quoi ça sert d'acheter tout ça (biberons, lit du bébé, etc.) si on m'enlève mon bébé? »

Cette rencontre de notre côté nous laisse dans un état de sidération. Quel partenariat établir avec une équipe qui se déchire tant? Et comment garder au premier plan notre mission commune : accompagner Madame B. et Monsieur A. sur le chemin de la parentalité?

La réunion se conclut sur l'intérêt d'une hospitalisation mère-bébé pour éviter une séparation immédiate et pour avoir le temps d'observer, évaluer les interactions parents-bébé, et finaliser un projet avec ces parents, peut-être alors capables, face à la réalité du bébé, de réaliser leurs difficultés. Madame B. reste partagée par ce projet qui viendrait la séparer de son ami mais en pratique, il faut rapidement engager les démarches pour trouver une place dans une unité mère-bébé ou au Vésinet (hôpital de la mère et de l'enfant, en pré- et post-partum).

Madame B. accouche, quelques jours plus tard, à 37 semaines d'une petite fille, Aurélie. Le bébé, à la naissance, va bien.

Pendant 24 heures, Madame B. montre un désintérêt total pour sa fille. Spontanément, les auxiliaires de la maternité étayent Madame B. dans la découverte de son bébé. Elles lui proposent de poser Aurélie en peau à peau, et l'accompagnent dans les premiers soins au bébé. Aurélie est auprès de sa mère dans la chambre. Comme le projet d'unité mère-bébé n'est pas réalisable à ce moment-là, nous décidons de prolonger le séjour en suites de couches pour une première évaluation après la naissance.

Dans l'après-coup, de nombreuses questions se sont posées. Si l'équipe de psychiatrie adulte a énoncé la séparation mère-bébé, fallait-il encourager cette proximité mère-bébé? Ne fallait-il

pas d'emblée hospitaliser le bébé en néonatalogie, médiatiser la relation par des accompagnements de Madame B. auprès de son bébé et ainsi marquer la séparation énoncée pendant la grossesse?

*Évolution de la relation mère-bébé.* Madame B. devient très attentive aux conseils qui lui sont donnés par l'auxiliaire de puériculture, elle fait des efforts et assure rapidement les soins (bain, change, biberons...). Elle a peu d'initiatives, demande un étayage soutenu et beaucoup de réassurance. Aurélie dort beaucoup, les échanges par le regard sont discrets et Madame B. parle peu avec son bébé. L'essentiel des interactions passe par les soins corporels. Madame B. et Monsieur A. nous transmettent leurs préoccupations pour leur fille, ils ont envie de « bien faire ».

Au fil des jours, Madame B. installe une relation fusionnelle avec sa fille. Elles ne font qu'un. Madame B. garde Aurélie en peau à peau toute la journée, il y a peu d'échanges de regards. Aurélie est un bébé peu interactif qui pleure peu sauf pour les biberons.

Nous sommes très touchés par ces parents qui, certes, sont très démunis mais qui font tant d'efforts pour s'occuper de leur bébé. Ils reconnaissent leurs difficultés et ils sont d'accord pour la poursuite du suivi à domicile.

Nous transmettons nos observations à l'équipe de psychiatrie adulte, en attendant d'échanger avec eux sur le projet de sortie de la maternité.

Pendant ce séjour, Madame B. mettra en échec deux tentatives de rendez-vous dans une unité mère-bébé. Elle confirme qu'elle ne souhaite pas être séparée de son compagnon.

Nous sommes conscients qu'un retour au domicile n'est possible qu'avec une équipe de secteur (PMI, circonscription, psychiatrie...) mobilisée pour poursuivre l'étayage et l'accompagnement thérapeutique de cette triade et que la question d'un signalement pour un possible placement du bébé reste d'actualité. D'autres questions émergent : y a-t-il un bon moment pour placer un bébé? Est-il préférable de placer un bébé d'emblée, ou de le placer dans un deuxième temps, lorsque les liens mère-bébé sont déjà installés? Quelle est l'attention au bébé?

Au terme des 12 jours pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale, l'organisation d'un suivi à

domicile n'étant pas prête, Aurélie est transférée dans le service de néonatalogie. Madame B. rentre chez elle. Les visites sont très souples, Monsieur A. et Madame B. peuvent venir toute la journée s'ils le souhaitent.

Monsieur A. et Madame B. sont favorables à cette solution d'attente tant ils sont anxieux et demandeurs de l'étayage important que leur offre l'hôpital. Ils souhaitent ensuite rentrer chez eux avec leur bébé avec un soutien à domicile.

Cette solution nous laisse le temps de poursuivre l'évaluation des interactions dans un cadre différent. Désormais, les parents doivent prendre l'initiative de la rencontre avec leur bébé.

Le projet de retour du bébé à la maison ne peut pas se faire sans alliance avec l'équipe de psychiatrie adulte, la PMI, et les professionnels de la circonscription sanitaire et sociale (devenue EDS).

Nous vivons alors un moment de lâchage par cette équipe de psychiatrie adulte. Nous n'arrivons plus à les joindre par téléphone et après de multiples appels, la collègue de psychiatrie adulte me laisse un message où elle « *m'impose* » de faire un signalement judiciaire. Elle transmet dans son message qu'elle refuse de le faire parce que, dit-elle, « *je n'ai pas les éléments de l'évaluation mère-bébé et je m'occupe de la mère mais pas du bébé!* » Elle se désengage de la situation.

Nous vivons ce moment de manière très douloureuse à la maternité. L'équipe se sent perdue, lâchée et abandonnée en écho au vécu émotionnel de la patiente. Nous sommes en difficulté pour garantir à ce couple et à ce bébé un cadre contenant, suffisamment protecteur.

Nous écrivons un signalement. Son contenu reflète ces mouvements contradictoires et nos doutes quant à cette situation. Le procureur de la République le transmet à un juge pour enfants qui demande à rencontrer ce couple. Suite à cette audience, il décide un retour du bébé au domicile de ses parents avec une IOE. Le juge pour enfants demande aux parents d'attendre que les professionnels du terrain (PMI, secteur...) soient prêts pour la sortie. Le juge pour enfants nous renvoie ainsi à notre responsabilité de professionnels.

*Évolution d'Aurélie et de la relation parents-enfant dans le service de néonatalogie.* Depuis sa naissance, Aurélie dort beaucoup mais plus particulièrement depuis qu'elle a été transférée en

néonatalogie. Nous faisons l'hypothèse qu'elle se réfugie dans le sommeil. Cela sera particulièrement évident lors d'un temps d'observation : l'infirmière s'inquiète qu'Aurélie n'ait pas réclamé son biberon depuis 9 h 30 alors qu'il est 15 h. Elle propose alors à Madame B. de tenter de réveiller son bébé et de lui donner le biberon. Dans les bras de sa mère, Aurélie se met à téter sans ouvrir les yeux, et se nourrit passivement. Que peut ressentir Aurélie, séparée de sa mère, après 12 jours de peau à peau ? Et sans un mot car ces parents sont très étonnés que l'on puisse parler à un bébé.

Nous sommes soucieux de l'effet « iatrogène » de cette séparation pour ce bébé, d'un vécu de perte du lien à l'objet maternel à l'origine d'un effondrement dans le sommeil. Aurélie reste en « attente » en néonatalogie. C'est un bébé considéré comme allant bien sur le plan somatique. Le bilan médical réalisé par précaution s'avère négatif.

À la suite de la décision du juge pour enfants, nous demandons à Madame B. de rester plus longtemps, en néonatalogie, auprès de sa fille, en prévision du retour à domicile. C'est alors que Madame B. et Monsieur A. ne viennent plus. Ils téléphonent pour prendre des nouvelles de leur fille. Madame B. explique qu'elle est malade, qu'elle a une gastro-entérite et qu'elle a peur de contaminer Aurélie. À distance de leur bébé, les parents sont envahis d'angoisses. Madame B. a des horreurs dans la tête. Dans un moment d'angoisse panique, elle téléphone à l'assistante sociale du secteur, qui avait été la plus proche d'eux dans la préparation du retour du bébé au domicile, et lui demande le placement d'Aurélie à la pouponnière. Ils souhaitent voir leur fille régulièrement, certains jours, et le week-end... et ils insistent pour dire qu'ils ne l'abandonneront jamais.

Nous les rencontrons à nouveau. Ils sont très touchants, rassurés de voir leur bébé, et en même temps dans un grand désarroi, mais ils deviennent acteurs de leur projet. Séparés d'Aurélie, ils se sont sentis envahis par des pensées monstrueuses, et ils en ont été très affectés. Les parents demandent le placement et un accompagnement par des professionnels pour cheminer avec eux dans les rencontres avec leur bébé. Si les parents et nous-mêmes sommes soulagés de cette évolution, nous restons inquiets pour Aurélie. Le juge pour enfants décide un placement à la pouponnière.

Elle a 1 mois et a déjà vécu deux séparations. Nous transmettons nos préoccupations à l'équipe de la pouponnière.

Cette situation a provoqué des moments d'émotions intenses chez toutes les personnes qui s'y sont impliquées. Ces émotions parfois extrêmes ont oscillé entre la colère, la rage, le découragement, le sentiment d'abandon... Une angoisse diffuse a paralysé notre fonctionnement de penser. Il s'est rejoué en équipe la problématique parentale faite de discontinuité, de rapproché puis de lâchage dans une configuration où les liens ont été sans cesse attaqués créant un climat d'insécurité et de fragilité.

Nous avons fait l'expérience du fonctionnement par clivages, mettant en jeu les bons et les mauvais, la confusion des rôles et des fonctions, et nous nous sommes perdus dans des contradictions au risque d'avoir le sentiment de perdre notre identité pour nous engager dans des conflits idéologiques sans fin.

À la maternité, l'annonce du placement d'Aurélié est vécue avec colère. «*À quoi cela sert de s'être autant investi auprès de cette mère pour un tel résultat*», me dit une auxiliaire de puériculture, comme si elle avait le sentiment que cela n'avait servi à rien. Il a fallu expliquer combien la demande de ce couple, devenue leur propre demande d'être séparés de leur bébé est leur façon de protéger Aurélié tout en se protégeant eux-mêmes.

L'histoire de Madame B. et Monsieur A. illustre les difficultés de partenariat entre les professionnels de l'intra-hospitalier et ceux du secteur et montre combien la pathologie parentale a des effets sur le fonctionnement des professionnels entre eux. En nous laissant imprégner par leurs représentations, nous avons fait l'expérience d'un vécu désorganisé et désorganisant. Nous avons également ressenti combien il nous fallait lutter intérieurement afin de maintenir la cohérence et la continuité de nos pensées.

Toutes les patientes, comme Madame B., nous ont montré que nous ne pouvions pas faire l'économie de la prise en compte de notre propre psychisme et de nos émotions dans la gestion de ces situations, mais aussi de l'importance de nous ouvrir davantage aux partenaires des secteurs, malgré les difficultés inhérentes à ce fonctionnement et nous

avons modifié progressivement notre position institutionnelle grâce au staff de réflexion psychosocial ouvert aux partenaires extérieurs dès le temps prénatal.

Nous avons aussi appris à mieux cerner les éléments d'évaluation de ces situations si complexes et si difficiles lorsque la mère présente une pathologie mentale :

- réfléchir en termes de situation et non pas seulement en termes de diagnostic (état psychiatrique de la mère, situation sociale, place du père, environnement familial, environnement professionnel...);
- penser non pas quand sortir de la maternité mais comment, avec quels appuis de sécurité, et quels relais.

Cette situation souligne toute la complexité de notre travail, au plus près des parents, loin d'une démarche de protocoles, mais dans celle d'un cheminement, avec eux et avec les autres partenaires. L'objectif est de construire, à chaque fois, un projet vivant, c'est-à-dire en mouvement.

## Évolution de cette pratique de psychiatrie de liaison et perspectives d'avenir

---

Aujourd'hui, la présence de psychologues et de psychiatres en maternité semble une évidence pour les collègues obstétriciens, sages-femmes et pédiatres et témoigne de la reconnaissance du processus de parentalité. La présence d'un psychologue ne remplace pas l'écoute de la sage-femme, du pédiatre ou de l'obstétricien.

Les liens avec les collègues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, infirmières, aides-soignantes, se construisent au fil des ans et des situations partagées, grâce à une présence régulière, pluri-hebdomadaire et par une attention à la pratique de l'autre. Les temps d'échanges entre nous sont à la fois organisés lors des staffs et plus informels dans les couloirs.

La manière de fonctionner entre professionnels est spécifique à chaque institution et aux moyens dont chaque service dispose. La maternité, où je travaille, est de niveau 3 (haute technicité

médicale et plateau technique avec une réanimation néonatale et une réanimation adulte). Un réseau organisé entre les différentes maternités de niveau 3 de la région parisienne permet le transfert *in utero* de femmes d'une maternité de niveau 1 ou 2 vers une maternité de niveau 3, s'il y a un risque de prématurité avant 32 SA ou si la grossesse nécessite une prise en charge médicale spécialisée. Le médical est donc omniprésent et les médecins obstétriciens sont souvent sollicités pour des urgences qui génèrent beaucoup d'angoisses tant chez les parents que chez les professionnels. Le service des urgences en obstétrique est ouvert 24 h/24 et ce service est également un centre pluridisciplinaire de diagnostic anténatal et accompagne les femmes et les couples lors des interruptions de grossesse.

Si, le plus souvent, le processus du devenir parent se concrétise dans la joie, il n'est pas possible, dans une maternité de niveau 3, de dénier la face cachée de certaines grossesses et l'émergence du mortifère. Éros et Thanatos sont intimement liés.

Si certaines situations sont préoccupantes sur le plan obstétrical, d'autres le sont sur le plan social ou sur le plan psychologique parce que les parents présentent des manifestations de souffrance psychique ou des difficultés psychiatriques antérieures à la grossesse ou provoquées par la grossesse et/ou le post-partum. Certaines situations complexes cumulent toutes ces difficultés. L'organisation d'un service d'obstétrique est prévue pour les urgences médicales, moins pour les urgences psychiatriques ou pour les situations qui demandent un accompagnement psychologique spécifique et soutenu.

*Difficultés et perspective d'évolution.* Les situations difficiles demandent d'avoir du temps pour évaluer et construire un projet. Le temps chronologique et le temps psychique ne sont pas superposables. Ce temps nécessaire n'est pas compatible avec le rythme actuel des sorties très précoces de maternité, liées à la tarification à l'acte, elle-même ajustée aux modalités de l'accouchement, euto-cique ou par césarienne.

En suites de couches, la sortie au troisième jour se fait alors que la femme, en plein blues du post-partum, vit le début de la montée laiteuse. Chez une femme bien structurée, et bien entourée, une sortie précoce est possible. Il en va tout autrement chez la femme plus fragile ou peu entourée, ou

lorsque la grossesse a été peu ou pas suivie, non déclarée, déniée... Certaines situations ne peuvent s'anticiper : le déni, l'urgence, l'irrégularité de suivi, le transfert *in utero* d'une patiente suivie auparavant dans une autre maternité, une interruption de grossesse, etc.

Nous devons aujourd'hui militer et lutter pour avoir du temps lorsque la situation d'une patiente le justifie.

Nous avons obtenu de pouvoir prolonger une hospitalisation en suites de couches pendant une semaine, et quelquefois plus, dans une unité kangourou, dans l'attente d'une orientation plus spécialisée. Les unités kangourou ont été fondées, dans les maternités, pour éviter la séparation de la mère et du nouveau-né quand celui-ci a besoin d'une prise en charge en néonatalogie (petite prématurité, hypotrophie, traitement antibiotique, etc.). En théorie, pour les équipes de ces unités, les mères vont bien (au-delà des turbulences « normales » du post-partum) et soutiennent le premier développement de leur bébé, dans des pratiques de peau à peau et dans une participation très active aux soins de leur nouveau-né. Lorsque les mères sont en difficulté sur le plan psychique, la dynamique du soin est inversée. Le bébé peut avoir besoin d'une surveillance dans le cadre d'un possible sevrage lié au traitement maternel pendant la grossesse, mais le plus souvent, il va bien et l'admission de la dyade est liée à l'indication maternelle. Ces équipes de maternité ne sont pas formées pour se confronter à l'étrangeté de certains comportements maternels, aux dysharmonies relationnelles mère-bébé et aux manifestations de souffrance constatées chez l'enfant.

*Comment penser la sortie de maternité de ces dyades si en difficulté?* Pour mieux accompagner ces mères et ces bébés, il serait bon de :

- développer des dispositifs souples et variés, des services de suite dans chaque département (comme le Vésinet dans les Yvelines ou l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien à Paris), dans un entre-deux entre la maternité et les unités psychiatriques mère-bébé qui donnent du temps aux mères, et aux parents, une place au père et dans des modalités souples d'accueil : du temps plein au temps partiel, en demi-journée, en journée, ou la nuit seulement avant les relais en ambulatoire, en articulation avec les activités proposées par les

PMI, les maisons vertes, les accueils des unités de parentalité, etc. Une utopie?

- se former, c'est-à-dire, avoir du temps et des crédits de formations pour les équipes qui fonctionnent au plus près de ces dyades : par exemple, à l'observation des bébés et au repérage des signes de souffrance de l'enfant et surtout, pour avoir du temps pour penser ensemble, dans le quotidien de notre pratique, dans des groupes de reprise clinique et pour aller à la rencontre d'autres professionnels de la périnatalité lors des journées de la WAIMH, ou de la société Marcé, etc.

*Les enjeux majeurs sont de :*

- s'occuper des mères (et des pères) afin qu'elles (et ils) puissent s'occuper de leur bébé ;
- s'occuper des mères même lorsqu'un projet d'accueil ou un placement est proposé pour le bébé ;
- prévenir la survenue de troubles psychiques chez l'enfant : plus il est jeune, plus il est dépendant, et plus il est vulnérable.

La vie prénatale et la première enfance sont les fondations de notre construction psychique.

# Le psychologue clinicien périnatal

CHAPITRE 17

S. Missonnier

Dans ce chapitre, je souhaite atteindre quatre objectifs. D'abord, raconter la métamorphose professionnelle qui m'a conduite de psychologue clinicien de la première enfance à psychologue de la périnatalité. Ensuite, je me centrerai sur les limites des parcours académiques pour s'initier puis exercer dans cette spécialité, mais aussi sur les riches potentialités actuelles. Dans un troisième temps, je plaiderai en faveur d'une synergie entre l'université et le terrain périnatal, réunis autour de recherches véritablement partagées. Enfin, pour donner à la clinique sa juste place de première et fondamentale inspiratrice, je livrerai le récit d'un parcours de consultation thérapeutique prénatale à la maternité. Ce dispositif thérapeutique psychothérapeutique emblématique en périnatalité est un véritable « laboratoire » de psycho(patho)logie psychanalytique.

## Une découverte progressive du « premier chapitre » de la biographie humaine

Ma première intention est donc de témoigner des points d'appui et de résistance de ma prise de conscience du *premier chapitre* périnatal et de ses conséquences sur les dispositifs interdisciplinaires d'accompagnement et de soins. En d'autres termes, comment en suis-je arrivé à affirmer aujourd'hui qu'*une biographie qui débute le jour de l'accouchement n'est pas sérieuse, pas plus qu'une anamnèse qui fait impasse sur l'histoire du sujet avant sa naissance.*

Bien sûr, cette ouverture personnelle est indissociable d'un mouvement de plus grande ampleur de mutations techniques, cliniques, épistémologiques, éthiques et sociétales et c'est en cela que mon récit personnel trouve ici sa place à l'instar d'une partition instrumentale dans une œuvre orchestrale.

### « *His Majesty the Baby* » (Freud, 1914)

Mon premier contact professionnel avec l'institution maternité s'est produit dans le cadre de l'apprentissage de l'échelle de T.B. Brazelton (1973) avec S. Stoléro, le premier clinicien français formé à cet outil. À l'époque, c'est le nourrisson savant du célèbre pédiatre de Boston qui occupe le devant de la scène des professionnels de la première enfance. Le catalogue de ses compétences néonatales s'impose peu à peu en créant la surprise (Brazelton, 1983). Je me souviens combien se positionner comme avocat de « sa majesté le bébé » résonnait alors comme un discours révolutionnaire qui venait bousculer le dogme obscurantiste du bébé « tube digestif ». Quelques formules, exprimées comme des mots d'ordre, résonnent encore en moi avec émotion : « *dès la naissance, le nouveau-né a un style relationnel qui lui est propre* » ; « *il n'est pas une cire vierge qui reçoit passivement l'empreinte parentale* » ; « *il s'investit activement et intentionnellement dans la réciprocité sociale* »...

En point d'orgue national de ce mouvement, la série télévisée de T. Lainé et B. Martino (1984)

diffuse à la France entière ce même message : « Le bébé est une personne. »

De cette militance, je retiens aussi ma découverte émue à la Maison ouverte de l'école des parents et des éducateurs de l'impact relationnel positif sur le bébé (et ses accompagnateurs) quand il est reconnu comme personne à part entière (Dolto, 1986) dès le salut personnalisé des accueillants.

Je me souviens aussi des regards perplexes (et formateurs !) de quelques mères expérimentées à la maternité (« usagères » et soignantes) qui écoutaient ma fervente plaidoirie en faveur des compétences néonatales du bébé en pensant tout haut : « Alors professionnel, tu en as mis du temps pour réaliser scientifiquement, ce que je ressentais intuitivement et affectivement et vivais depuis bien longtemps avec mes enfants ! »

Le souvenir de résistances opiniâtres à l'encontre de ce « bébé-personne » est aussi encore vif dans ma mémoire. Rétrospectivement, il me semble que c'était celles des professionnels – les nôtres – qui étaient les plus coriaces pour bien traiter l'humanité – nouvellement reconnue – de ce petit d'homme. Il est vrai que notre vocation de soignant du bébé est saturée de conflits générationnels, sources potentielles de créativité et de répétitions aliénantes ! Comment apporter à un bébé ce que l'on croit (ou craint) ne pas avoir pu donner ou reçu soi-même ?

D'ailleurs, après coup, je réalise que certaines de nos positions « exhibitionnistes » des compétences du bébé correspondaient à une idéalisation défensive de notre part (une formation réactionnelle), visant à masquer la commémoration dépressogène du « désaide initial de l'être humain » (Freud, 1895) de la « dépendance radicale » d'ex-bébé (Prat, 1996) à l'égard d'un « être-humain-proche » (*Nebenmensch*, Freud, 1895), un autre pas encore constitué comme tel, parent, éducateur énigmatique.<sup>103</sup>

Bref, pour la carence d'humanité à l'égard du nourrisson comme pour l'excès obséquieux, l'imparfait n'est donc jamais acquis chez nous les soignants ! (Lire à ce sujet en complément le chapitre 11.)

<sup>103</sup> Il m'arrive de ressentir la même tonalité défensive face à certains éloges démesurés (auto-persuasifs) de la résilience devenue panacée.

À l'époque, ces multiples données de psychologie développementale originales sur le nourrisson et ses « interactions » avec ses « partenaires » sociaux venaient s'inscrire en synergie avec la psychanalyse précoce francophone encore confidentielle. M. David, F. Dolto, A. Doumic en étaient les pionnières ; l'équipe du GRENN, créé à l'initiative de B. This en 1976, la situait d'emblée dans une riche *interdisciplinarité* dont les publications des *Cahiers du Nouveau-né* témoignent longtemps après de l'originalité.

Pour ma part, c'est S. Lebovici devenu grand-père et auteur, avec S. Stoléru, de l'ouvrage *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces* (1983) qui a été mon maître initiatique. Ses enseignements à Bobigny, illustrés par sa pratique de consultations parents-bébé vidéoscopées, ont été pour moi véritablement déterminants (Missonnier, 2001). La singularité de son approche tenait à l'alliance d'une ferme identité de psychanalyste, d'une ouverture épistémologique à des courants théoriques qui induisaient des remaniements du « dogme » et d'une grande liberté technique en consultation familiale, fruit de sa pratique du psychodrame et de la thérapie d'enfants. Les traits saillants de son héritage en clinique précoce sont bien « cristallisés » dans ses ultimes travaux sur l'empathie métaphorisante de l'enaction du thérapeute en direction du bébé et de ses parents (*cf.* chapitre 6 de Missonnier, 2009a).

Quand en novembre 2001, j'ai eu le plaisir d'introduire la première journée de la WAIMH francophone<sup>104</sup> dédiée à la grossesse,<sup>105</sup> j'ai formulé ma peine de ne pas m'exprimer en présence de S. Lebovici, disparu l'année précédente. Grand découvreur de la subtilité des relations parents-bébé, il était frileux à l'égard du prénatal et j'étais peiné de ne pas pouvoir témoigner à mon maître du chemin parcouru en direction de la consultation thérapeutique *anténatale* depuis l'apprentissage avec lui, si essentiel, de la consultation *postnatale*.

<sup>104</sup> *World Association of Infant Mental Health* : Association internationale pour la santé mentale du bébé. S. Lebovici et B. Golse ont fondé la branche francophone de la WAIMH ([www.psynem.org](http://www.psynem.org)).

<sup>105</sup> Cette journée a donné lieu à une publication : Missonnier S, Golse B, Soulé M. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*. Paris : PUF ; 2004.

## Les fils d'une tresse

Cette filiation à S. Lebovici constitue au départ un point d'appui essentiel dans mon parcours. Mais comme dans toute tresse sociale, les fils sont multiples et ils méritent d'être détaillés plus avant pour mieux comprendre après coup cette décentration de la relation parents-bébé au profit de la rencontre périnatale du processus de parentalité et du naître humain. Quels sont ces fils ?

Pour esquisser une réponse, je dois d'abord évoquer mon fructueux compagnonnage avec M. Bydlowski, psychanalyste pionnière à la maternité et directrice de ma thèse soutenue en 1998. Ensuite, la rencontre éclairante de F. Molénat et de l'équipe de l'AFREE<sup>106</sup> à l'occasion de la première *Formation européenne de formateurs à l'approche médico-psychologique de la périnatalité* en 1993 a été déterminante pour envisager les enjeux *interdisciplinaires* de cette clinique et accompagner l'émergence des réseaux actuels. Le chemin partagé avec M. Soulé, M.J. Soubieux et L. Gourand autour de nos travaux conjoints sur l'échographie à partir de 1997 a aussi pesé lourd dans cette orientation vers le premier chapitre et l'intérêt de s'y référer à une boussole psychanalytique. Je dois témoigner tout autant de l'influence prépondérante de ma participation au Groupe intermaternités interdisciplinaire de réflexion sur le diagnostic prénatal de St-Vincent-de-Paul animé par D. David et S. Séguret (Séguret, 2003) de 1989 à 1999. Cette expérience inaugurale d'interdisciplinarité vraie reste encore aujourd'hui une source constante d'inspiration pour animer les séminaires cliniques du *Premier chapitre*, du RAP, du SIIRPPP et du SIICLHA<sup>107</sup> où je trouve de précieux espaces d'élaborations. *Last but not least*, la clinique partagée et mes échanges pérennes avec N. Boige autour des pathologies psychosomatiques de la première enfance s'imposent après coup comme un levier puissant en faveur de la

reconnaissance d'une anamnèse authentiquement périnatale des nourrissons comme l'illustre bien le chapitre 4.

Après cette évocation de rencontres professionnelles déterminantes, il me faut convenir maintenant de l'immensité de ma dette à l'égard de la *pratique clinique*, véritable fil rouge de cette tresse. À l'évidence, c'est à elle que je dois une bonne part de cette progressive intégration de « l'Atlantide intime » (Sloterdijk, 1998) qui ouvre sur une définition de la parentalité *indemne d'une scotomisation de l'anténatal*. C'est à elle que je dois la part la plus affectée, c'est-à-dire la moins intellectualisée de cette mutation.

En filigrane de cette formule générique de « pratique clinique », ce sont en effet les « usagers » de la maternité, du CAMSP, de la pédiatrie néonatale à qui je dois essentiellement mon investissement du prénatal. *C'est la récurrence en postnatal du discours des parents au sujet de ce qu'ils avaient vécu en prénatal (soit lors de la grossesse présente soit d'une précédente) qui m'a véritablement fait ressentir (plus que démontrer) la voie de ce changement.*

Un nouveau cap que les bilans d'activités attestent sans ambiguïté. De fait, quand je me retourne sur mes deux décennies de clinique à la maternité, une modification apparaît à mi-chemin : dans la première moitié, je suis essentiellement centré sur la triade mère/père/bébé et, dans la seconde, je m'ouvre de plus en plus à une chronologie périnatale où l'anténatal occupe la place qu'il mérite dans les processus du devenir parent et du naître humain.

Cette ouverture est dictée par la clinique. Plus précisément, je discrimine rétrospectivement cinq points d'appels principaux :

- la place grandissante du *diagnostic anténatal* qui révolutionne le suivi médical de grossesse et le statut du fœtus, devenu « patient » à part entière. Encore une fois, mon investissement dans une recherche-action interdisciplinaire sur les aspects psychologiques de l'échographie obstétricale m'a beaucoup apporté face à la complexité, au départ inconnue, des enjeux psychiques et éthiques du diagnostic anténatal, de l'interruption médicale de grossesse et de leurs influences sur les processus croisés du devenir parent et du naître humain. Un ouvrage

106 [www.afree.asso.fr](http://www.afree.asso.fr)

107 Les séminaires du Premier chapitre, du RAP (Recherche-action périnatalité), du SIIRPPP (Séminaire inter-universitaire international de recherche en psychopathologie psychanalytique périnatale) et du SIICLHA (Séminaire inter-universitaire sur la clinique du handicap) sont détaillés sur Internet : [www.rap5.org](http://www.rap5.org)

(Soulé *et al.*, 2011) et un DVD<sup>108</sup> témoignent de ce parcours que l'on peut après coup considérer comme une tentative interdisciplinaire de subjectivation d'un nouvel espace technique, clinique et éthique source de questions vertigineuses;

- la question passionnante et térébrante du *deuil prénatal*, avec M.J. Soubieux (2008) et D. Blin (1997), mettant en perspective les situations contrastées des décès spontanés de l'embryon puis du fœtus, de l'interruption volontaire de grossesse et de l'interruption médicale de grossesse. Comment écrire un nouveau chapitre prénatal au génial *Deuil et mélancolie* freudien (1915c)?
- la clinique de *l'infertilité et la procréation médicale de la grossesse* (PMA), laboratoire d'exception du désir de grossesse, d'enfant et du couple;
- ma sensibilisation puis, grâce à une sage-femme, E. Dautzenberg, ma pratique de l'animation de groupes de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) *mixte* (Dautzenberg et Missonnier, 2008) et de pères (Missonnier, 2010), débouchant plus récemment sur la formation et la reprise clinique de l'entretien prénatal précoce, aujourd'hui, première étape de la PNP. Ces groupes, en m'écartant de la rencontre exclusive de parents présentant un « grincement existentiel » dans le devenir parent conduisant à une consultation thérapeutique, m'ont énormément appris sur la diversité, l'amplitude des affects et des représentations en présence;
- enfin, comme conséquence logique des quatre points d'appel précédents, une pratique en pleine extension de consultations thérapeutiques prénatales dont les spécificités techniques du dispositif sont actuellement en cours d'élaboration (Missonnier, 2009a).

Ma reconnaissance du premier chapitre de la biographie vraie de l'humain a bénéficié de ces cinq leviers. Parallèlement, au-delà de la diversité des situations rencontrées, la constance d'une thématique s'est imposée au fil des intrigues : *l'incertitude parentale*, tour à tour dans le registre des variations de la normale ou du tragique. Certes, l'humain est confronté perpétuellement à cette

incertitude et y apporte une réponse privilégiée, l'anticipation. Mais, comme cela a été largement développé au chapitre 2, en prénatal, l'incertitude est singulièrement amplifiée : les devenant parents doivent faire face – individuellement, conjugalement et familialement – à la liste infinie d'inconnus événementiels et affectifs face à la grossesse, au développement de l'embryon/fœtus, à la naissance et l'accueil du bébé, au rôle de mère et père... Ainsi, l'ouverture à la clinique prénatale a été synonyme pour moi d'exploration des mille et une tensions dialectiques dans le couple incertitude/anticipation, à mon sens si central dans le ballet prénatal.

À l'issue de ce rapide *travelling* arrière biographique, les conditions requises pour qu'une psychologie clinique authentiquement *périnatale* advienne semblent apparemment réunies. Oui, mais apparemment seulement ! Pour décrire sans naïveté ces éléments en faveur d'une psychologie clinique périnatale interdisciplinaire bénéficiant d'une acuité psychanalytique, il faut mettre en exergue au final un obstacle de poids : *la permanence d'une fascination/répulsion pour « l'inquiétante étrangeté » de « l'antique terre natale du petit d'homme, du lieu dans lequel chacun a séjourné une fois et d'abord »* (Freud, 1919). Cette fascination/répulsion de l'inceste concerne l'humain en général et les parents et les professionnels pendant la période périnatale en particulier. Elle exerce une grande influence sur les vocations et l'exercice des soignants du prénatal (*cf.* chapitre 12 et Missonnier, 2009a). La dialectique transféro-contre-transférentielle du psychologue clinicien investi dans des consultations thérapeutiques prénatales psychanalytiques en est un bon exemple : elle est en résonance intime avec les réminiscences croisées de tous les acteurs en présence, parents et professionnels (Missonnier, 2009a). Pour un psychologue homme, son statut d'ex- « Petit Hans » méritera par exemple d'être exploré au fil des rencontres (*cf.* chapitre 9).

## Parcours académique à l'université et périnatalité

---

Au-delà de la singularité de mon propre parcours, un des éléments qui mérite d'être mis en avant maintenant, c'est le fait que la totalité de mon

108 <http://www.did.asso.fr/a-l-aube-de-la-vie/117-lecho-graphie-de-la-grossesse-les-enjeux-de-la-relation.html>

parcours en psychologie clinique de la périnatalité s'est effectuée après l'obtention de mon titre de psychologue clinicien. J'ai donc suivi l'intégralité d'un cursus académique dans les années 1980 sans enseignement spécifique de la psychologie et psychopathologie de la périnatalité.

La suite m'a permis de me rattraper et, dès le DEA (aujourd'hui master 2 recherche), j'ai pu engager une première recherche centrée sur le nouveau-né en m'étayant sur les enseignements d'un diplôme universitaire (DU) à l'époque novateur, le *DU de psychopathologie du bébé* de la faculté de Bobigny animé par les professeurs S. Lebovici et P. Mazet.

Enracinée dans une pratique de psychologue clinicien en maternité et en pédiatrie, la thèse, avec les séminaires de S. Lebovici et M. Bydlowski, m'a permis ensuite de véritablement m'immerger dans la clinique postnatale puis, grâce à la pression de la clinique prénatale décrite précédemment, dans une prise de conscience de l'intérêt d'une vision clinique périnatale du premier chapitre.

Mais il y a plus, l'âpreté de la finition de la thèse m'avait conduit à une rêverie insistante et mobilisatrice : je voulais ce doctorat pour pouvoir tenter une carrière universitaire et enseigner la psychologie clinique de la périnatalité, *cruellement absente des cursus académiques*. Plus encore, je désirais ardemment défendre l'idée que le premier chapitre de l'humain avait autant de légitimité clinique et scientifique que d'autres âges de la vie déjà reconnus et largement enseignés en psychologie : l'enfance, l'adolescence, l'adulte, la personne âgée... L'université de psychologie devait dépasser son inhibition épistémologique face à l'inquiétante étrangeté de la période périnatale et répondre enfin à l'attente accrue du terrain de psychologues correctement initiés à la périnatalité.

De fait, d'un côté, durant les trente dernières années, la «santé mentale périnatale», selon l'expression ministérielle, avait fait une remarquable percée sur le terrain institutionnel, notamment, grâce à l'investissement de psychiatres et de psychologues engagés en périnatalité. La santé mentale périnatale était désormais l'objet d'une attention singulière et de dotations financières croissantes des pouvoirs publics qui reconnaissaient sa pertinence scientifique et

favorisaient sa mise en réseaux de soins régionaux cohérents (plans périnatalité; recommandations HAS...).

De l'autre côté, dans ce contexte d'expansion, les étudiants en psychologie n'avaient pas accès à des enseignements de périnatalité dans leur cursus, alors qu'ils étaient très nombreux dans des stages en périnatalité. Ils devaient attendre de s'inscrire à des diplômes universitaires (DU) sur ce thème (essentiellement organisés par des facultés de médecine) pour assouvir leurs besoins de formations adaptées à la complexité dans ce domaine.

On pouvait donc à l'époque affirmer sans risque que la formation délivrée par les universités dans les cursus de psychologie ne répondait pas aux besoins du terrain périnatal, n'était pas adaptée à la méthodologie de la recherche en périnatalité et à sa diffusion nationale et internationale et souffrait d'une carence de réseaux créatifs entre le terrain et l'université.

Par bonheur, force est de constater aujourd'hui que ce sévère état des lieux est en passe de devenir obsolète. En effet, plusieurs UFR de psychologie intègrent des enseignements de psychologie clinique de la périnatalité adossés à la recherche engagée en ce sens par des laboratoires. Pour la première fois, un poste intitulé «professeur de psychologie clinique de la périnatalité» a même été créé à Paris-Descartes en 2008 et j'ai eu la chance de l'obtenir. Parions sur la multiplication légitime sur le plan épistémologique et professionnel de cette spécialité.

Pour autant, levons une ambiguïté possible de ma plaidoirie : je ne défends pas un master de psychologie spécialisé en périnatalité. Je ne crois pas opportun de proposer à de jeunes étudiants une spécialité qui viendrait trop précocement les conduire exclusivement à approfondir un âge de la vie avant d'avoir une expérience raisonnable, idéalement, de tous les âges de la vie. Non, je plaide en faveur d'un enseignement de master de clinique psychanalytique des différentes périodes de la vie, la périnatalité revendiquant des titres de noblesse simplement équivalents aux autres périodes.

Chemin faisant, une fois effectué l'enracinement professionnel en périnatalité, les diplômes inter-universitaires (DIU) constituent une filière privilégiée pour les étudiants détenteurs du titre de psychologue car ils réunissent un groupe

interdisciplinaire de professionnels reflétant, dans le meilleur des cas, la diversité des soignants d'un réseau. On trouve une précieuse liste des DIU et des formations sur le site de la Société Marcé francophone.<sup>109</sup>

Au-delà, les actions de formations continues intra- ou extra-institutionnelles occupent une place essentielle dans le processus didactique tout au long de la carrière du psychologue en périnatalité à l'instar de celle de tous les soignants. Dans le chapitre 12, *Comment devenir et rester soignant du périnatal*, l'accent est particulièrement mis sur cet aspect et c'est un complément évident de ce texte dédié au seul psychologue clinicien.

## La synergie entre le terrain périnatal et l'université

La légitimité scientifique et didactique de cette reconnaissance émergente de l'enseignement de la psychologie clinique de la périnatalité tient essentiellement à la qualité de son adossement à la recherche clinique. Celle-ci est d'abord inaugurée et assumée par les enseignants-chercheurs qui tissent des liens avec les institutions et les réseaux concernés. Mais sur cette base *sine qua non* de passerelles entre le terrain et l'université, je souhaite mettre l'accent sur les liens entre les étudiants-chercheurs et le terrain. C'est là que se joue l'avenir et, à ce titre et parce que ce manuel est électivement destiné à des étudiants, je veux souligner cet aspect crucial. Mon propos est centré sur les psychologues mais il concerne plus ou moins aussi les parcours de recherche des psychiatres, obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices...

Actuellement, trop souvent, les apprentis chercheurs en psycho(patho)logie périnatale choisissent leur sujet de mémoire de master recherche et de thèse uniquement avec des interlocuteurs universitaires et, dans le pire des cas, dans la solitude livresque. Une fois engagées sur le terrain sans une concertation approfondie, ces études sont logiquement perçues comme des « corps étrangers » par le collectif institutionnel et mal intégrées ou encore redéfinies et instrumentali-

sées par une équipe qui trouve chez l'étudiant exilé de son projet initial un exécutant à bon marché.

Face à ce constat, l'objectif que je me suis fixé avec les membres du groupe Recherche-action périnatalité (RAP<sup>110</sup>) du laboratoire du PCPP<sup>111</sup> est de *promouvoir un espace interdisciplinaire de rencontres maturatives entre professionnels du terrain, étudiants et enseignants*. Sa principale vocation est donc de stimuler entre ces trois instances : la formulation *négociée* des projets de recherche ; la contractualisation *explicite* des modalités épistémologiques, méthodologiques, éthiques des recherches ; la réflexion *critique* partagée de leur déroulement, des résultats et de la diffusion.

À l'évidence, les praticiens du terrain ont des idées pertinentes de recherches dictées par leur clinique. Ils sont particulièrement bien placés pour juger de leur « faisabilité » technique, méthodologique et éthique. En l'état, certains soignants disposent de moyens financiers, humains et de l'expérience pour réaliser des recherches-actions (*cf.* chapitre 11) ; d'autres sont privés de la disponibilité nécessaire pour les réaliser ou, du moins, de la possibilité de leur donner l'ampleur souhaitée. Dans les deux cas, mais avec des modalités différentes d'encadrement « sur mesure », l'intégration du chercheur universitaire est potentiellement mutuellement favorable.

De leur côté, les étudiants retenus par les directeurs de recherche ont une relative disponibilité, un étayage didactique et logistique universitaire propice à l'implication dans la recherche et à la réalisation de tâches aussi essentielles que contraignantes : revue de la littérature approfondie, passation, dépouillement et analyse de protocoles complexes... Leurs intuitions cliniques de départ sont quelquefois candides mais, à ce titre, elles expriment souvent une fraîcheur stimulante, originale par leur distance avec l'orthodoxie établie. Certains d'entre eux, déjà bien insérés dans une pratique clinique réfléchie, sont d'emblée des interlocuteurs d'une grande maturité.

Avec la médiatisation d'enseignants-chercheurs *impliqués personnellement dans la clinique et l'enseignement universitaire*, le modèle du RAP parie sur le bénéfice réciproque de la rencontre des étudiants et des professionnels.

109 <http://www.marce-francophone.fr>

110 [www.rap5.org](http://www.rap5.org)

111 <http://www.psychologie.parisdescartes.fr>

Cette confiance ne correspond pas pour autant à la croyance ingénue que cette confrontation fonctionnera harmonieusement d'emblée à tous les coups! Il est important pour tous de bien préciser que les référents et les correspondants disposent après évaluation d'une totale liberté d'acceptation ou de refus de la proposition de l'étudiant. Si l'entente est explicitement négociée, le cadre de la procédure du déroulement de la recherche est contractuel et les espaces de réunion du RAP sont justement dédiés à la réflexion critique du suivi.

À l'avenir, la multiplication de tels espaces de recherches thématiques dans les laboratoires de clinique devrait grandement favoriser l'extension et la diffusion de la recherche en périnatalité via des liens accrus entre le terrain et les universités.

## Une illustration clinique emblématique : une consultation thérapeutique anténatale

Mercredi 15 h 15, maternité de Versailles : la discussion est animée dans le groupe de paroles de parents «enceints» que j'anime avec la sage-femme, E. Dautzenberg. Le débat porte actuellement sur les compétences fœtales. Une jeune femme, primipare à 6 mois de grossesse, dresse un tableau mirifique de l'audition de sa majesté le fœtus. Nouveau-né, il reconnaîtra la voix de papa et maman apprivoisée *in utero*. Elle est très savante car elle lit de nombreuses revues, regarde tous les matins l'émission de télévision *Les maternelles* et «surfe» presque tous les jours sur le site Internet *magrossesse.com* où elle participe avec intérêt à un chat et à des forums. Face à elle, une apprentie mère pragmatique enchaîne : «*Mais alors mon bébé, il s'habitue au téléphone qui sonne chez moi tout le temps et il dormira comme un loir quand il retentira après la naissance?* » Vive l'habituation fœtale!

Fièrement et non sans pertinence, un papa fait remarquer au groupe que le placenta est constitué de cellules maternelles et paternelles. Avec une œillade complice à mon endroit, il précise sans ambages et avec humour combien tant de compétences s'élaborent sous les bons hospices d'une barrière protectrice dont il est partie prenante! Mesdames pas de monopole, Papa est là même dans la caverne!

Une femme, silencieuse jusqu'alors, prend la parole sur un air assez grave et s'interroge publiquement : «*Qui est-ce qui déclenche l'accouchement, c'est le fœtus ou c'est la maman?*» De nombreuses réponses fusent et, rapidement, deux options s'opposent : c'est le bébé qui commande *versus* c'est la mère qui gouverne. La tension monte entre les tenants du pouvoir fœtal et ceux de l'autorité parentale. Une jeune femme plaide alors en faveur d'un déclenchement fruit d'une négociation entre le fœtus et la mère. Sa voisine marque sa surprise : son accouchement est programmé pour raison médicale et elle craint que la procédure de déclenchement «autoritaire» ne «dérange» son fœtus qui ne sera peut-être pas prêt à ce moment-là... Une autre femme intervient : elle ne croit pas du tout à ces histoires, pour sa fille aînée, elle a demandé et obtenu un déclenchement artificiel pour convenance personnelle dix jours avant terme car son accoucheur partait en vacances et qu'elle ne voulait personne d'autre! Certes l'accouchement a été difficile et douloureux en dépit de la péridurale, mais sa fille n'avait nullement l'air «dérangée».

Ma voisine, la diplomate animatrice sage-femme, acquiesce et souligne combien le mécanisme plurifactoriel du déclenchement spontané du travail s'impose, en effet, comme le fruit de la négociation d'un point d'équilibre entre les rythmes maternel, fœtal... et médical.

J'ai beau jeu de souligner qu'en matière de déclenchement, dans le domaine relationnel et finalement dans la vie, *les interactions oscillent entre captation du pouvoir et négociation*. Une femme, enceinte de son deuxième enfant, prend la parole en associant sur l'allaitement «*de son premier*». Elle revendique n'avoir jamais su véritablement trancher entre «*repas à la demande*» et «*horaires stricts imposés*». «*Mon mari et moi, on n'était pas du tout d'accord là-dessus!*» affirme l'une; «*J'ai dû me fâcher avec ma belle-mère à ce sujet.*» précise une autre... Le groupe reste un bon quart d'heure sur ce thème qui, transitoirement, clive l'assemblée. «*J'ai mis du temps à comprendre; c'est pas lui qui commande, c'est pas moi non plus, on compose tout le temps.*» propose finalement une autre «*déjà mère*» d'un aîné. Avec autorité (une autorité psychologique!), j'affirme que voilà un bon mot pour conclure cette séance arrivée à son terme.

La salle se vide doucement mais Madame D. reste assise, songeuse. Elle se lève enfin et vient vers moi. Elle souhaite me rencontrer en consultation. Le rendez-vous est pris.

## L'histoire de Madame D.

Madame D. a un dossier épais. Elle est connue d'une majorité du personnel d'hospitalisation des grossesses pathologiques : elle a fait deux fausses couches dont une tardive et inexplicée. C'est une jeune femme de 25 ans assez forte, rigolarde, au verbe rapide et haut en couleur. Elle m'explique d'emblée avec un ton faussement dégagé qu'elle est extrêmement fataliste sur l'issue certaine de cette grossesse de 4 mois « *qui va tourner court un jour ou l'autre* ». Elle est contente de discuter avec moi mais elle est « *convaincue que cela n'aura aucune conséquence bénéfique sur sa grossesse* ». La première consultation lui donne essentiellement l'occasion de critiquer vertement le personnel soignant du service à qui elle reproche surtout son manque « *de disponibilité et d'amabilité* ». « *J'ai l'habitude, il y a longtemps que je sais que je ne peux compter que sur moi-même.* », précise-t-elle.

À la deuxième rencontre, je m'aperçois qu'elle est accompagnée dans la salle d'attente d'une femme d'un certain âge. Ce jour-là, dans un registre plus du tout hypomaniaque, Madame D. me raconte justement que cette femme, sa mère, la « *pouponne beaucoup* » et « *ne lui a jamais dit non à quoi que ce soit* ». Fille unique, elle affirme que depuis toujours, les rapports avec sa mère sont tour à tour « *généiaux ou très tendus* ». « *Un jour, j'ai envie de la briser en mille morceaux, un jour je me dis que je n'aime qu'elle, passionnément.* » Madame D. dit aussi de sa mère, qu'elle la considère comme « *sa seule merveille du monde. Elle n'a que moi dans sa vie* ». La dépressivité de Madame D. est à fleur de mots.

J'apprends que depuis le départ de son père, il y a une vingtaine d'années, elles sont très proches bien que vivant séparément depuis peu. Sa mère, une femme timide, ne s'est, selon elle, jamais remise de la disparition de cet homme dont elles n'ont jamais eu de nouvelles. « *Depuis ce jour, j'ai dû veiller sur ma mère à chaque instant pour qu'elle ne sombre pas.* » Madame D. poursuit par un portrait au vitriol de son père et, en fin de compte, de tous les hommes « *qui sont tous des bons à rien, des lâcheurs* ». Un rythme

de rencontre avec moi tous les quinze jours est aisément accepté par Madame D.

Le discours de haine contre les hommes est peu à peu remplacé par l'évocation insistante de ses griefs à l'encontre de son ami, un jeune de 25 ans, agent de sécurité « *n'aimant que son chien et se saouler avec ses copains* ». Quelquefois, elle souhaite s'en débarrasser à la première occasion ; à d'autres moments, elle rêve qu'ils restent toujours ensemble et qu'elle lui impose de ne s'absenter sous aucun prétexte. Elle convient toutefois qu'elle a été très touchée par son authentique désarroi et son soutien lors des deux fausses couches.

Quand Madame D. apprend lors d'une échographie qu'elle attend un garçon, une frayeur insoutenable l'envahit ; des crises d'angoisse ponctuent son quotidien quand elle est seule. Elle reparle beaucoup avec nostalgie de sa dernière fausse couche tardive « *d'une petite fille* ».

Apparaît alors une irrésistible volonté de fixer une date d'accouchement qui soit impérativement avant le mois de juillet, 4 semaines avant le terme. *Exercer une autorité implacable sur l'immaîtrisable date de l'accouchement spontané s'imposait manifestement comme le seul mécanisme de défense à la mesure de son vertige existentiel.* Madame D. devient presque quérulente à l'égard de l'obstétricienne pour obtenir ce déclenchement avant juillet. Ma collègue accepte à la rigueur de négocier un déclenchement programmé, mais seulement à terme.

Lors d'une fin de consultation redoutée, Madame D. me lâche un « *Ah ! c'est fini ? J'aimerais vous avoir sous cloche à ma disposition quand je veux..., mais ce n'est pas possible.* » L'émergence verbalisée et partagée de cette « bouffée » transférentielle affectée ouvre, je crois, la voie d'une progressive élaboration de cette irrésistible *emprise*.

Lors de la séance suivante, Madame D. me raconte qu'elle « découvre » que son père avait quitté le domicile conjugal juste avant un départ pour les vacances d'été : selon elle, sa mère commémore obscurément l'événement chaque année d'un épisode dépressif ce qui m'amène à lui dire que je partirai moi aussi en vacances cet été ; elle rit... pour la première fois dans notre espace.

La prise de conscience de cette résonance annuelle tant redoutée par la dyade mère/fille l'apaise sensiblement et suffit à lui faire accepter

de composer avec la consultante et d'accepter un déclenchement médicalement programmé à terme. Madame D. se trouve sans doute très contenue par la surveillance rapprochée du dernier mois car cela est synonyme de rencontres plus fréquentes avec l'équipe obstétricale et avec moi, alors qu'elle affronte la remémoration du départ de son père, il y a vingt ans, et la prochaine confrontation avec son enfant. Le jour où elle me dit qu'elle ne craint plus « *qu'une fois dehors son fils se carapate seul - comme moi - pour les vacances* », nous convenons, d'un commun accord, que l'étai se desserre.

Ce tournant permet d'intégrer le conjoint à notre travail qui se concentre en pré- et postnatal sur une revalorisation du continent masculin. Un homme ne s'échappe pas à coup sûr et il peut même aussi s'inscrire dans la continuité sans être esclave d'un autoritarisme forcené ! Cette élaboration permet sans doute à Madame D. de mieux accepter son compagnon comme époux et père et ainsi d'inscrire leur fils en devenir dans une filiation sexuée. Le choix négocié de son prénom authentifie cette nouvelle alliance. Une sereine et relative distanciation de Madame D. à l'égard de sa mère s'opère simultanément leur permettant d'appriivoiser l'une et l'autre une distance moins fusionnelle. Un mois après l'accouchement, le vécu de Madame D. des derniers mois est, selon ses propres termes, « *globalement positif* » et, de fait, les réaménagements opérés semblent stables et prometteurs. Le rythme d'une consultation tous les 2 mois est décidé. Elles se maintiennent pendant 1 an.

## Qui déclenche ?

En obstétrique, on distingue actuellement les déclenchements programmés sur indication médicale et les déclenchements de convenance (ou de confort) définis comme une réponse obstétricale positive à une demande explicite parentale de fixer une date, un rendez-vous pour l'accouchement.

Pourtant la distinction entre déclenchement médicalement programmé et déclenchement de convenance ne tient qu'au prix d'une scotomisation du réel chevauchement de ces deux entités. En d'autres termes, la tentative de maîtrise technique médicale de la « nature » dans ce qu'elle a de plus énigmatique – la sexualité, la fertilité, la dou-

leur, la temporalité de la vie et de la mort – est indissociable de la tentative de maîtrise parentale de ces axes majeurs. *Et parfois, les tentations médicales scientistes et les mécanismes de défense parentaux rigides entretiennent un singulier rapport de stéréophonie.*

L'enfant en devenir est trop souvent le grand absent de ce débat. Le mécanisme plurifactoriel du déclenchement du travail est encore mal connu mais l'existence avérée d'interactions entre les prostaglandines maternelles et les facteurs surrenaliens fœtaux suffisent pour nous inciter à considérer dès maintenant « l'enfant du dedans » comme un partenaire à part entière sur ce point. Plus encore, ce que nous découvrons sur les aspects psychosomatiques de l'interaction fœto-maternelle (Soulé, 1999) devrait nous servir d'étayage métaphorique pour accorder au fœtus le statut de membre à part entière de la triade qu'il compose avec les parents et les soignants. À l'évidence, le psychologue travaillant à la maternité peut être amené à être ponctuellement l'avocat de cet « enfant virtuel » (Missonnier, 2009a).

C'est d'ailleurs ce que cette courte vignette tente aussi d'exprimer : le travail du psychologue clinicien (et du psychiatre) est aussi important dans sa déclinaison indirecte (en direction des soignants du service et du réseau) que directe (avec les familles). Ces deux aspects constituent les deux faces dialectiquement indissociables de son activité.

Dans ce contexte, une collaboration entre consultants (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes) et psychologues (ou psychiatres) d'une maternité suggère en effet combien certaines demandes de déclenchement pour convenance personnelle peuvent véhiculer une demande d'aide masquée à l'ensemble de l'équipe. Une réflexion interdisciplinaire, telle que nous l'envisageons chapitre 12, sensibilisera les soignants à cet appel prénatal et à l'accueil de ce message de détresse ainsi élaborable à travers une écoute collective appropriée. L'enjeu est d'importance car si la maîtrise défensive de ce « SOS » n'est pas perçue, si elle est tolérée sans discussion ou combattue sans retenue, on peut craindre en postnatal que cette revendication dictatoriale d'une chronologie et d'un scénario parfaitement réglés – empreinte d'une toute-puissance infantile défensive – ne fasse

obstacle dans la rencontre et l'adaptation parentales avec le nouveau-né. Ce dernier ne répondant pas, par définition, au pur désir d'autrui sera inévitablement source d'imprévus qu'une illusoire maîtrise périnatale peut rendre plus difficilement négociables.

Enfin, pour prolonger la discussion sur la technique de la consultation thérapeutique anténatale, ses singularités et analogies avec la consultation thérapeutique parents-bébés, je renvoie le lecteur au chapitre 7 de mon ouvrage *Naître humain, devenir parent. La diagonale du virtuel* (2009a).

## jouer ensemble la partition clinique de l'Atlantide intime

S. Missonnier

«Nous plongeons dans une histoire disparue qui témoigne de la floraison et du naufrage de l'Atlantide intime; nous explorons un continent insufflé dans la mer matriarcale que nous avons habitée dans une époque subjectivement préhistorique et abandonnée avec le début de ce qui avait l'apparence d'histoires personnelles. Dans ce monde à part, les dimensions divergentes jettent leur vive lueur en marge de la logique conventionnelle. En comprenant que notre inévitable désarroi conceptuel est l'unique accompagnateur sûr, nous parcourons les paysages de l'existence pré-objective et des relations antérieures. Si le terme de pénétration était le mot juste, nous pourrions dire que nous pénétrons dans le royaume des fantômes intimes. Mais on le verra, les choses elles-mêmes ne toléreront que des invasions non invasives; dans ce domaine il faut, avec plus de souplesse qu'il n'est coutume dans les démarches méthodiques et les emplettes intellectuelles dont on connaît l'objectif par avance, nous confier à une dérive qui nous entraîne en avant sur les flots lymphiques de l'expérience pré-subjective et primitive de soi-même. (...) Cette quête a, par nature, la forme d'une mission impossible, que l'on ne peut ni remplir, ni abandonner.»

P. Sloterdijk, *Sphère 1*, 1998.

À l'issue de ce travail collectif de trois années, c'est déjà la nostalgie du chantier qui domine! C'est vrai que les échanges initiés entre nous, les cinq auteurs de ce collectif, ont transformé un groupe disparate de professionnels en un groupe au sens musical du terme : la réunion de divers instrumentistes qui, au prix d'une alternance de travail

personnel et collégial, conquiert une légitimité à jouer ensemble en public.

Notre souhait le plus cher est que ce travail de transformation soit perceptible par le lecteur de ce manuel car il est, justement, constitué de précieux éléments emblématiques d'une psychologie clinique périnatale bien tempérée :

- *un dialogue clinique interdisciplinaire sans langue de bois* où l'émergence de la *conflictualité* authentifie la prise en compte de la complexité en présence et le travail nécessaire de *narrativité* partagée pour obtenir des choix  *négociés*. Cet ouvrage est une co-construction de cinq cliniciens de formations et de professions différentes et la psychologie clinique périnatale qu'il défend au fil des pages n'est le monopole d'aucun mais le bien commun (chèrement acquis et toujours précaire!) de tous;
- *l'investissement à part égale de la clinique prénatale et postnatale pour envisager enfin une vision périnatale authentique*. Au-delà d'un cadrage chronologique de spécialistes, il s'agit ici d'une véritable conception anthropologique de l'humain en devenir qui refuse de scotomiser le premier chapitre biographique prénatal;
- *le refus d'un clivage clinique et épistémologique soma/psyché* qui musèle l'histoire et les dispositifs actuels de la médecine occidentale, là où les interfaces peuvent *a contrario* les dynamiser à l'instar de la périnatalité;

- *la complémentarité et la continuité d'une exploration clinique attentive des variations de la normale d'une psychologie de la périnatalité et de ses avatars psychopathologiques.* L'intitulé de « psychologie clinique », tel que nous l'avons revendiqué en titre et défini dans l'introduction, a la grande vertu de lier psychologie et psychopathologie tout en mettant en perspective, stratégie préventive médico-psychosociale primaire et secondaire;
- *la position dominante de la clinique,* véritable matrice de nos hypothèses théoriques et non servantes. Face à « l'inquiétante étrangeté » (Freud, 1919) de la clinique des origines, le Charybde de l'intellectualisation et le Scylla du scientisme ne cessent de guetter;
- *la reconnaissance dans nos vocations de soignants en périnatalité de possibles résonances traumatiques.* Elle justifie notre souci majeur de réflexivité intra- et intersubjective. Pour devenir et rester un soignant périnatal suffisamment bon en mesure d'accueillir et de soutenir la « symbolisation primaire » (Roussillon, 1999) des temps premiers, notre narrativité professionnelle langagière et corporelle est cruciale. Parions qu'écrire à dix mains un manuel de psychologie clinique périnatale étaye cette aspiration !
- *l'adhésion à une psychanalyse ouverte* « procédé pour l'investigation de processus mentaux à peu près inaccessibles autrement » (Freud, 1923). En périnatalité, c'est la *réalité psychique* des soignés et des soignants et leurs *processualités associatives croisées verbales et non verbales* qui sont l'objet d'un regard interdisciplinaire. Dans un contexte institutionnel et en réseau, il est évident que ce n'est point le paradigme de la cure type qui est privilégié mais bien celui d'une « psychanalyse sans divan » (Racamier, 1970). Plus encore, c'est typiquement ici la nécessité, dictée par le terrain, de construire des dispositifs distincts de la cure divan/fauteuil, qui constitue une des sources les plus vives de sa créativité théorico-clinique psychanalytique en direction des soignés et des soignants.

En se retournant sur le travail accompli pour ce manuel, ces sept éléments *princeps* s'imposent donc comme des axes fédérateurs qui ont permis à la singularité de chacun de s'ex-

primer et de se mutualiser dans le travail d'énonciation d'une psychologie clinique périnatale transversale.

*Mais l'après-coup démontre aussi en miroir combien l'affirmation des spécificités de chacun est simultanément une condition sine qua non de territoire commun. Le lecteur en trouve la signature à travers le style propre de chacun des auteurs.* « Le style est l'homme même » affirmait Buffon.<sup>112</sup> Le vocabulaire, les images, les tournures de phrase, le rythme de chacun des cinq auteurs traduisent dans leurs chapitres respectifs l'originalité de leur trajectoire. Les idiomes locaux vont dans le même sens. C'est le cas, par exemple, quand M. Blazy se réfère à l'intitulé d' « état de stress post-traumatique » au chapitre 5 et que O. Tagawa s'inspire chapitre 11 des « tâches maternelles » de R. Rubin. Dans les deux cas, la tension épistémologique avec le référentiel psychanalytique est considérée comme une opportunité de dialogue et non comme une tentation « séparatiste ». *Pour autant, la perspective revendiquée dans ce manuel n'est nullement celle d'une vision théorique « intégrative » mais bien celle d'une psychanalyse vivante grâce, notamment, à ces confrontations interdisciplinaires.*

C'est bien pourquoi, non content de ne pas avoir réduit ces particularismes, nous les revendiquons comme enrichissement de la tessiture de notre interprétation de la psychologie clinique périnatale. C'est dans cet esprit que se justifient pleinement les chapitres 13 à 17 qui donnent successivement à la sage-femme (O. Tagawa), à l'obstétricienne (M. Blazy), à la pédiatre (N. Boige), à la psychiatre d'enfant (N. Presme) et au psychologue clinicien (S. Missonnier) l'occasion rare de décrire, en détail et en toute subjectivité, les pièces essentielles du puzzle de la genèse de leur identité de spécialistes du périnatal.

Finalement, l'ambition ultime des éléments unificateurs et différenciateurs intriqués dans cet ouvrage est de favoriser le développement de la psychologie clinique périnatale sur le terrain et dans les lieux de formation. Mais cette issue, pour être évaluée, mérite certainement mieux qu'un lecteur muet !

112 Séance de réception à l'Académie française, le 25 août 1753.

## À la rencontre d'un lectorat réactif...

Au même titre qu'il n'y a pas de psychologie clinique périnatale sans espace de la rencontre, ce manuel ne trouvera en effet son sens qu'à travers la confrontation avec son public de cliniciens en formation ou chevronnés et, pourquoi pas, de parents curieux de littérature spécialisée. Or, en règle générale, en dehors des seuls chiffres de vente et de contacts privilégiés avec quelques lecteurs, la réactivité du lectorat d'un ouvrage est difficilement accessible aux auteurs. Et, aujourd'hui, à l'heure de l'interactivité généralisée des technologies de l'information et de la commu-

nication, cette impasse est à juste titre plus cruellement ressentie encore.

Pour se rebeller contre cette carence de réciprocité, nous invitons le lecteur à venir témoigner de sa lecture critique de ce manuel dans un forum sur Internet : [www.rap5.org](http://www.rap5.org). Nous serons très attentifs à cet espace de dialogue car nous y pressentons une voie originale d'enrichissement mutuel immédiat et de rééditions futures bénéficiant de ces apports inédits.

Lecteur, c'est donc un « à bientôt » qui convient à l'issue de cet ouvrage dédié à la clinique de « l'Atlantide intime » qui a « par nature, la forme d'une mission impossible, que l'on ne peut ni remplir, ni abandonner ».

# Volte-face

---

## de Bernard Golse<sup>113</sup>

### Volte-face ?

---

Si volte-face il y a, ce n'est certes pas à l'égard du contenu de ce manuel remarquable et si bienvenu aujourd'hui, et je suis très heureux que Sylvain Missonnier et ses collaboratrices (Micheline Blazy, obstétricienne; Nathalie Boige, gastro-pédiatre; Nathalie Presme, pédopsychiatre et Odile Tagawa, sage-femme) m'aient demandé d'en écrire la post-face qui me permet de saluer cet événement éditorial particulièrement important.

Si volte-face il y a, ce ne peut donc être qu'à l'égard d'une psychologie ou d'une médecine traditionnelle dont la psychologie, la psychopathologie et la psychiatrie périnatales marquent un tournant épistémologique considérable puisqu'avec ces nouvelles disciplines, il s'agit désormais, bel et bien, d'une authentique clinique du lien.

Je voudrais donc faire quelques remarques à ce sujet.

Mais avant cela, je me dois de dire l'amitié que j'ai pour Sylvain Missonnier et pour toute l'équipe de grande qualité qui l'entoure ici.

Sylvain Missonnier est, depuis quelques années, professeur de psychologie clinique à l'université Paris-Descartes, sur un poste dédié à la petite enfance et à la périnatalité, et le service que j'anime à l'hôpital Necker-Enfants Malades voit toute une partie de son travail<sup>114</sup> se faire en lien avec la maternité de ce site hospitalo-universitaire dirigée par le professeur Yves Ville.

Ce site hospitalo-universitaire s'inscrit également dans le cadre de l'université Paris-Descartes et, de ce fait, Sylvain Missonnier a rejoint notre équipe de périnatalité à laquelle il apporte maintenant toute sa finesse clinique, sa profondeur théorique et son savoir-faire en matière de recherche.

Je me sens donc tout spécialement concerné par cet ouvrage qu'il publie aujourd'hui, et ce d'autant que Sylvain Missonnier est un ami de longue date que j'admire infiniment tant pour ses qualités humaines que pour ses qualités professionnelles, l'amitié l'emportant pour moi, et de loin, sur toute autre considération, mais sans me faire perdre de vue, cependant, l'indéniable qualité intrinsèque de cette publication.

J'en viens donc à quelques remarques que m'a suscitées la lecture de ce travail, remarques ayant trait à l'inscription de l'autre dans la constitution du sujet, à l'importance actuelle de l'intersubjectivité, et à la question de l'interdisciplinarité enfin qui se trouve au cœur même de l'écriture de cet ouvrage.

---

113 Pédopsychiatre-psychanalyste (membre de l'Association Psychanalytique de France); chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants Malades (Paris); professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université René-Descartes (Paris 5); Inserm, U669, Paris, France; université Paris-Sud et université Paris-Descartes, UMR-S0669, Paris, France; LPCP, EA 4056, université Paris-Descartes; CRPMS, EA 3522, Université Paris-Diderot; membre du Conseil supérieur de l'adoption (CSA); ancien président du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP); président de l'Association Pikler-Lóczy France; président de l'Association pour la formation à la psychothérapie psychanalytique de l'enfant et de l'adolescent (AFPPEA).

---

114 Je remercie, ici, tout spécialement, mes deux collègues, les docteurs Bérengère Beauquier-Maccotta et Erwan Vion qui se consacrent en grande partie à cette activité de psychiatrie périnatale, et qui le font avec une compétence et une délicatesse absolument sans pareil.

## La place de l'autre

---

Dans son texte célèbre de 1926, intitulé *Inhibition, symptôme et angoisse*, S. Freud a eu l'intuition que la grossesse se trouvait relativement courte dans l'espèce humaine, d'où la néoténie qui nous est tout à fait spécifique.

Contrairement aux bébés des autres espèces mammifères, le nouveau-né humain, même à terme, est en effet extrêmement dépendant de son entourage pour sa survie.

Ceci est peut-être lié au fait qu'il nous manquerait, dans l'espèce humaine, un quatrième trimestre de la grossesse... en raison, notamment, de l'accès à la station bipède.

Quoi qu'il en soit, du point de vue de l'évolution, cette caractéristique humaine serait à la fois porteuse d'un risque et d'une grande chance.

Le risque, c'est que le nouveau-né humain est, on le sait, particulièrement fragile et vulnérable.

La chance, c'est que du fait de ce temps de gestation quelque peu écourté, le nouveau-né humain est le seul nouveau-né mammifère à ne pas construire son cerveau entièrement *in utero*, mais à en achever l'organisation à l'air libre, après la naissance, soit au contact de son environnement, et en particulier dans sa rencontre avec le travail psychique d'autrui (parents ou professionnels).

C'est dire que la place de l'autre va s'inscrire au sein même de l'organisation cérébrale du bébé, et que la qualité de l'attention qu'on accorde au bébé et des soins qu'on lui apporte, a un impact énorme sur sa construction psychique et même cérébrale.

D'où les enjeux considérables de la pratique périnatale, et donc l'importance extrême de cet ouvrage.

## L'importance actuelle de l'intersubjectivité

---

Si, pendant longtemps, sur le plan méthodologique, les biologistes et les neuroscientifiques ont eu tendance à considérer le cerveau en lui-même, c'est-à-dire hors relation et de manière isolée – un peu comme d'autres organes, mais sans que cela pose les mêmes problèmes – on assiste depuis peu à la naissance d'une sorte de « biologie de la relation » (J.D. Vincent<sup>115</sup>), comme en témoignent un

certain nombre de travaux biologiques dans le champ de l'imitation, de l'attachement ou des neurones-miroir, par exemple.

De ce fait, les biologistes et les neuroscientifiques dans leur ensemble, opèrent désormais le même mouvement – *mutatis mutandis* – que celui auquel ont dû procéder les analystes quand ils sont passés de la théorie de la pulsion (dans sa version la plus endogène) à la théorie des relations d'objet (dans sa version la plus exogène), changement d'optique qu'il ne faut toutefois pas trop schématiser ou radicaliser.

Cette conjoncture est, en tout cas, porteuse d'espoir.

Elle favorise d'ores et déjà un meilleur dialogue entre les neurosciences et la psychanalyse, ce que reflète bien l'émergence récente du concept même de neuro-psychanalyse, mais elle centre aussi le regard sur le lien, et donc sur la question très actuelle de l'intersubjectivité.

L'ensemble de cet ouvrage de S. Missonnier et coll. peut être lu, me semble-t-il, comme un travail sur la clinique du lien et de l'instauration des premiers liens, en ce qui concerne l'embryon–fœtus–bébé pour lequel toute représentation mentale est d'abord, et avant tout, représentation du lien, dans le lien et par le lien, et là se trouve peut-être la volte-face...

L'embryon, le fœtus et le bébé ne peuvent plus être étudiés en dehors de leurs interactions avec leur environnement, au sens le plus étroit et aussi le plus large du terme, d'où notre intérêt croissant pour la dyade et pour la triade qui, certes, ne nous imposent aucun renoncement particulier à nos repères métapsychologiques habituels (la théorie de la pulsion, la théorie de l'étagage, et même la théorie de l'après-coup), mais qui nous invitent vivement à revisiter notre point de vue topique.

Ceci souligne l'actualité épistémologique de ce texte qui nous incite ainsi, du point de vue psychanalytique, à accorder toute son importance au concept de troisième topique, soit à la topique du lien si utilement approfondie par B. Brusset<sup>116</sup>.

---

115 Vincent J.D. *Biologie des passions*. Paris : Éditions Odile Jacob ; 1986.

116 Brusset B. *Psychanalyse du lien*. Coll. Le fil rouge. Paris : PUF ; 2007 et Métapsychologie des liens et troisième topique. *Revue Française de Psychanalyse* 2006 ; LXX, 5.

## La question de l'interdisciplinarité, enfin

Il y a quelques années, D. Houzel<sup>117</sup> nous rappelait utilement l'hypothèse de G. Bachelard selon laquelle toute nouveauté technique matérialise au fond les positions théoriques qui sont celles d'une époque donnée quant à tel ou tel objet d'étude et, par exemple, selon lui, la structure même du télescope résumait ainsi l'état des théories optiques qui étaient en vigueur à l'époque de son invention.

La technique utilisée pour la rédaction de ce *Manuel de psychologie clinique périnatale* n'échappe probablement pas à cette règle.

Si l'organisation interdisciplinaire de la rédaction de cet ouvrage nous touche à ce point, c'est qu'elle nous dit quelque chose, implicitement, de l'organisation interdisciplinaire de la pratique en périnatalité, mais aussi de « l'interdisciplinarité » également en jeu dans la construction même de l'appareil psychique de l'enfant ou du futur enfant, au-delà de tout clivage entre corps et psyché.

Dès lors, de même que D.W. Winnicott<sup>118</sup> a pu dire que l'idéal de la santé mentale n'était en rien l'absence de conflits, l'idéal de l'interdisciplinarité, dans le champ de la périnatalité, est de savoir utiliser au mieux et de manière créative, les tensions ou les divergences qui peuvent surgir entre les divers professionnels concernés, lesquels se réfèrent par essence à des modèles théoriques distincts.

Tout est alors de respect narcissique et d'estime interpersonnelle suffisante entre les différents

intervenants : ce respect et cette estime sont ici manifestes, et donc fructueux, en ce qui concerne les différents co-auteurs de cet ouvrage, mais il importe évidemment qu'ils soient à l'œuvre, aussi, au sein même des équipes de périnatalité, ce qui est un point parfois délicat, comme on le sait.

Au terme de ces quelques remarques, il me reste à remercier chaleureusement les auteurs de cet ouvrage qui ouvre, à l'évidence, une nouvelle page de nos pratiques autour du bébé ou du bébé à venir.

Les pédiatres, depuis quelques décennies, ont fait beaucoup d'efforts et ont déployé beaucoup d'énergie pour aider les enfants à mieux naître physiquement, avec le grand succès que l'on connaît.

Nous avons maintenant à faire autant d'effort et à déployer une même énergie pour les aider à mieux naître psychologiquement.

C'est, là, tout l'enjeu de la psychologie, de la psychopathologie et de la psychiatrie périnatales, disciplines auxquelles cet ouvrage apporte une pierre essentielle d'un point de vue clinique, thérapeutique et épistémologique.

Pour toutes ces raisons, merci encore, à Sylvain Missonnier, à Micheline Blazy, à Nathalie Boige, à Nathalie Presme et à Odile Tagawa, de nous offrir ce beau travail qui marque, à n'en pas douter, une étape importante de la réflexion et de la pratique dans ce nouveau champ, désormais si important, de la périnatalité et des premiers liens.

117 Houzel D. Penser les bébés – Réflexions sur l'observation des nourrissons. *Revue de Médecine Psychosomatique* 1989; 19 : 27–38.

118 Winnicott DW. *La nature humaine*. Coll. Connaissance de l'Inconscient. Paris : Gallimard; 1990 (1<sup>re</sup> éd. 1988).

# Références

- Aisenstein, M. (2008). Contre la notion de psychothérapie psychanalytique. In D. Widlöcher (Dir.), *Psychoanalyse et psychothérapie*. Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Alexander, S., & Slater, C. (1987). Labouring under linguistic delusions : the impact of linguistic factors in international studies of preterm labour. *Lang Communiqué*, 7, 179–185.
- Als, H., & Gilkerson, L. (1997). The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Seminars in Perinatology*, 21, 178–189.
- Alvarez, L., Parat, S., Yamgnane, A., Golse, B., Beauquier, B., & Oucherif, S. (2008). La naissance d'un enfant porteur de pathologie fœtale sévère : réflexions cliniques et éthique périnatale. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 51(2), 457–479.
- Alvin, P., & Marcelli, D. (2005). *Médecine de l'adolescent* (2<sup>e</sup> éd.). Coll. Pour le praticien. Paris : Masson.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambeli, R. (1999). *Maternité et grossesse*. Paris : PUF.
- Ansermet, F. (2010). *Au commencement est la réponse*. Intervention lors de la journée sur les maternités traumatiques, PARIS VII, janvier.
- Ansermet, F., & Magistretti, P. (2009). L'oubli du nom de Signorelli. In *À chacun son cerveau. Plasticité neuro-nale et inconscient*. Paris : Odile Jacob.
- Anthony, E. J., Chiland, C., & Koupernik, C. (1980). *L'enfant dans sa famille*. Paris : PUF.
- Anzieu, A., & Gerard, C. (2004). *Traumatisme et contre-transfert*. coll. SEPEA. Paris : Éditions In press.
- Anzieu, D. (1979). La psychanalyse au service de la psychologie. *Nouvelle Revue de la Psychoanalyse*, 20, 59–75.
- Anzieu, D. (1984). *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (1993a). La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir. In D. Anzieu, et al. (Dir.), *Les contenants de pensée*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (1993b). *Les contenants de pensée*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D., & Martin, J. Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF.
- Appelby, L. (2001). Le traitement de la dépression post-natale. *Devenir*, 13, 21–26.
- Appell, G., & David, M. (2008). *Loczy ou le maternage insolite*. (1<sup>re</sup> éd. 1973). Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Arendt, H. (1961). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann Levy.
- Arendt, H. (1989). *Penser l'événement*. Paris : Belin.
- Arnould-Driss, L. (2000). Échographie en gynécologie-obstétrique : imagerie ou image de soi. In S. Mimoun (Dir.), *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*. Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Arsenault, M. Y., & Lane, C. A. (2002). Prise en charge des nausées et vomissements durant la grossesse. Directives cliniques de la SOGC. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 24(10), 824–831.
- Aubert-Godart, A. (1999). Devenir père d'un enfant, un risque narcissique. In M. Dugnat (Dir.), *Devenir père, devenir mère* (pp. 129–142). Toulouse : Érès.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF.
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get post-traumatic stress disorder as a result of childbirth ? A prospective study of incidence. *Birth*, 28(2), 111–118.
- Baker, N. (2005). *Contrecoup*. Paris : Cherche-Midi.
- Balint, M. (1982). *Psychanalyse et pratique médicale*. In A. Missenard & R. Gelly (Dir.), *L'expérience Balint. Histoire et actualité*. Paris : Bordas.
- Balint, M. (1986). *Le médecin, son malade et la maladie*. (1<sup>re</sup> éd. 1957). Paris : Payot.
- Barrucand, D. (1968). Psychogénèse des vomissements itératifs de la grossesse. *Annales Medico-Psychologiques*, 5, 617.
- Bayle, B. (2005). *L'enfant à naître*. Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Bayle, B. (2009). Négation de grossesse et gestation psychique. In F. Navarro (Dir.), *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse* (pp. 75–90). Toulouse : Éditions universitaires du Sud.
- Beetschen, A., & Charvet, F. (1978). Psychologie et psychopathologie de la maternité, psychoses puerpérales. *Confrontations Psychiatriques*, 16, 83–106.
- Berardi, J. C. (1995). Menace d'accouchement prématuré. In E. Papiernik, D. Cabrol, & J. C. Pons (Dir.), *Obstétrique*. Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Berardi, J. C., Ben Slama, F., & Alexandre, B. (1988). La prévention communautaire de la prématurité. Études sur une communauté de migrantes maghrébines. *J Gynecol Obstet Reprod*, 17, 851–859.
- Bergeret, J. (1972). *Abrégé de psychologie pathologique*. Paris : Masson.

- Bergeret, J. (1992). *La dépression et les états limites*. (1<sup>re</sup> éd. 1975). Paris : Payot.
- Bergeret, J. (2004). *La violence fondamentale*. (1<sup>re</sup> éd. 1984). Paris : Dunod.
- Bergeret, J., & Houser, M. (2001). *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J., & Houser, M. (2006). Les enjeux affectifs de la vie fœtale. In J. Bergeret, M. Soulé, & B. Golse (Dir.), *Anthropologie du fœtus*. Paris : Dunod.
- Berkowitz, G. S., & Kasl, S. V. (1983). The role of psychosocial factors in spontaneous preterm delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 283–290.
- Bernuau, J. (1995). Foie et grossesse. In *Obstétrique*. Paris : Flammarion/Médecine-Science.
- Bettelheim, B. (1987). *Pour être des parents acceptables*. Paris : Laffont.
- Bion, W. R. (1982). Attaques contre les liens. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 25, 285–298.
- Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. (1<sup>re</sup> éd. 1962). Paris : PUF.
- Bion, W. R. (1980). La césure. In W. R. Bion (Dir.), *Entretiens psychanalytiques*. (1<sup>re</sup> éd. 1977). Paris : Gallimard.
- Bion, W. R. (1991). *A memoir of the future ; 3. The dawn of Oblivion*. (1<sup>re</sup> éd. 1979). London : Karnac Books.
- Bion, W. R. (2007). *La preuve et autres textes*. (1<sup>re</sup> éd. 1987). Paris : Ithaque.
- Bion, W. R. (1989). À propos d'une citation de Freud. *Revue Française de Psychanalyse*, 53 (5), 1263–1268.
- Bitouzé, V. (2000). Maternités adolescentes. In S. Mimoun (Dir.), *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique* (pp. 36–41). Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Blau, A., Slaff, B., Easton, K., Welkowitz, J., Springarn, J., & Cohen, J. (1963). The psychogenetic etiology of premature births, a preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 25, 201–211.
- Blazy, M. (2003). Parents exclus, enfants exclus. In C. Eliacheff, & M. Szejer (Dir.), *Le bébé et les ruptures*. Coll. La cause des bébés. Paris : Albin Michel.
- Blazy, M. (2006). L'annonce de la menace d'accouchement prématuré. La reconnaissance dans l'après-coup d'une situation de détresse. In D. Brun (Dir.), 8<sup>e</sup> *Colloque de médecine et psychanalyse*. Études Freudiennes; hors série.
- Blazy, M. (2007b). *Petits meurtres entre amis*. Bruxelles.
- Blazy, M. (2010a). The danger of premature delivery : a danger for who ? In *Communication orale au 16<sup>th</sup> International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Venice, Italie, 28–30 oct 2010*.
- Blazy, M. (2010b). La prise en charge des femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité. In M. Szejer, & R. Frydman (Dir.), *La Naissance*. Paris : Bayard.
- Blin, D., & Soubieux, M. J. (1997). La mort prénatale : à deuil infaisable, une issue la nostalgie. *Le Carnet/PSY*, 31, 19–22.
- Blondel, B., Supernant, K., Du Mazaubrun, C., & Bréart, G. (2005). *Enquête nationale périnatale. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Paris : ministère des Solidarités, de la santé et de la famille.
- Boige, N. (2001). Reflux gastro-œsophagien : expression somatique de la souffrance psychique du nourrisson ? Approche du gastro-pédiatre. *Archives de Pédiatrie*, 8 (suppl. 2), 449–451.
- Boige, N. (2002). Le pédiatre face à la souffrance psychique du bébé. In P. Delion (Dir.), *La souffrance psychique du bébé. Approches pluridisciplinaire* (pp. 115–124). Issy-les-Moulineaux : Expansion Scientifique Française.
- Boige, N. (2007a). Dysrythmie digestive du bébé : le rythme à trois temps de la consultation pédiatrique. In S. Missonnier, & N. Boige (Dir.), *Rhythm'n'babies*. Coll. Spirale. Ramonville-Sainte-Agne : Ères n°44.
- Bokanowski, T. (2002a). *Traumatisme, traumatique, trauma, le conflit Freud/Ferenczi*. Conférence Société psychanalytique de Paris.
- Bokanowski, T. (2002b). Traumatisme, Traumatique, Trauma. *Revue Française de Psychanalyse*, 66, 745–757.
- Bokanowski, T. (2005). Variations sur le concept de traumatisme : traumatisme, traumatique, trauma. *Revue Française de Psychanalyse*, 69.
- Bolognini, S. (2006). *L'empathie psychanalytique* (1<sup>re</sup> éd. 2002). Ramonville-Sainte-Agne : Ères.
- Bolot, P. (2010). Intervention orale étude EPIPAGE. In *Congrès international de Psychosomatique*. Venise.
- Boltanski, L. (2004). *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris : Gallimard.
- Bonnet, C. (1996). *Geste d'amour. L'accouchement sous X*. Paris : Odile Jacob.
- Borghini, A., & Müller Nix, C. (2008). *Un étrange petit inconnu*. Coll. 1001 BB. Ramonville-Saint-Agne : Ères, n° 99.
- Bourdais, F. (2003). Projet d'accouchement : du transitif, direct ou indirect, à la transition. *La Lettre de l'ANSFL*, 3<sup>e</sup> trimestre.
- Bourdier, P. (1972). L'hyper maturité des enfants de malades mentaux. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'hygiène Mentale de l'enfance*, 20, 15.
- Bowlby, J. (1978). L'attachement. In *Attachement et perte* (Vol. 1, 1<sup>re</sup> éd. 1969). Paris : PUF .
- Bowlby, J. (1978). La séparation, angoisse et colère. In *Attachement et perte* Vol. 2, (1<sup>re</sup> éd. 1973) Paris : PUF.
- Bowlby, J. (1992). L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné (1986). *Devenir*, 4, 7–31.
- Brätens, S. (1991). *Born with the other in mind : on child development and cognitive science implications*. Unpublished working monograph, Dept. of sociology. University of Oslo.

- Brätens, S. (1992). The virtual other in infants minds and social feelings. In A. H. Wold (Dir.), *The Dialogical Alternative* (pp. 77–97). Scandinavian University Press.
- Brätens, S. (1998). Intersubjective communion and understanding : development and perturbation. In S. Brätens (Dir.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 372–382). Cambridge : Cambridge University Press.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1990). *The earliest relationship*. Cambridge : Da Capo Press, Perseus Books Group.
- Brazelton, T. B. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale. Clinics in Developmental Medicine*. Londres : Hernemann Medical Books.
- Brazelton, T. B. (1984). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. London : Blackwell Scientific Publications.
- Brazelton, T. B. (1989). Les compétences comportementales du nouveau-né. In S. Lebovici, & F. Weil-Halpern (Dir.), *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF.
- Bréart, G., Goujard, J., Blondel, B., & Betal, A. (1981). Comparison of two policies of antenatal supervision for the prevention of prematurity. *Journal of Epidemiology*, 10, 241–244.
- Bréart, G., Puech, F., & Roze, J. C. (2003). *Mission périnatalité : vingt propositions pour une politique périnatale*. Paris : La Documentation française.
- Brezinka, C., Huter, O., Biebl, W., & Kinzl, J. (1994). Denial of pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15, 1–8.
- Brochard, C. (2008). Quand un jumeau commence à parler ou quand la grammaire s'emmêle... In C. Robineau (Dir.), *L'Escabelle, les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?* Coll. 1001 BB Ramonville-Saint-Agne : Èrès.
- Bryar, R. M. (1995). *Theory for midwifery practice*. Londres : Mac Millian.
- Bydlowsky, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études Freudiennes*, 32, 135–142.
- Bydlowsky, M. (1992). Être parents face aux amours adolescentes. *Gynécol Psychosom*, 5, 10–13.
- Bydlowsky, M. (1997). *La dette de vie*. Paris : PUF.
- Bydlowski, M., & Camus, C. H. (1998). Recherche psychanalytique dans une maternité hospitalière. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 14, 19–30.
- Bydlowski, M., & Luca, D. (2001). Dépression paternelle et périnatalité. *Le Carnet Psy*, 67, 28–33.
- Bydlowski, M., & Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu : la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspective Psychiatrique*, 68, 321–328.
- Bydlowski-Aidan, S. (2011). *Le blues postnatal et ses effets sur le bébé*. Thèse de doctorat de l'université Paris-Diderot, sous la direction du Pr. B. Golse et du Pr. L. Vaivre-Douret.
- Cabrol, D. (1996). Les antagonistes de l'ocytocine. *Gynecol Intern*, 5, 82–86.
- Cabrol, D., Goffinet, F., Carbonne, B., Dreyfus, M., & D'Ercole, C. (2002). Recommandations pour la pratique clinique. CNGOF. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 31(Suppl. 7), 178–183.
- Candilis-Huisman, D., & Thoueille, E. (2010). *Le 1<sup>er</sup> chapitre. Communication orale au séminaire de S. Missonnier*. Institut de psychologie, université Paris-Descartes, séance du 5 mai.
- Candilis-Huisman, D. (2008). Destins de la jumeauté : l'un chante, l'autre pas». In C. Robineau (Dir.), Coll. 1001 BB : *L'Escabelle, les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?* Ramonville-Saint-Agne : Èrès.
- Candilis-Huisman, D., & Rencontre avec, T. B. (2011). *Brazelton ; ce que nous apprennent les bébés*. Coll. Rencontre avec. Ramonville-Saint-Agne : Èrès.
- Carel, A. (1992). L'intime, le privé et le public. *Gruppo*, 8, Aspygée 25.
- Carel, A. (2001). L'attention au regard du bébé dans la triade parents-bébé-clinicien. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49, 436–448.
- Carel, A. (2003). L'intime, le privé et le public : une logique inter psychique. Essai de topique inter psychique. *Dossier Transparence, Secret, Discretion* 13.
- Carel, A. (2007). Travail de nativité et métamorphoses de la temporalité. In A. Ciccone (Dir.), *Le bébé et le temps*. Paris : Dunod.
- Carel, A. (2009–2010). *Enseignement D.I.U., Psychopathologie et prévention primaire du bébé et de sa famille*. Université Lyon Lumière II.
- Cathebras, P. (2006). Plaintes somatiques médicalement inexplicées. *Médecine, de la Médecine Factuelle à nos Pratiques*, 2(2), 72–75.
- Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., & Roge, B. (2003). Prévention et traitement des dépressions du postpartum : une étude contrôlée. *Devenir*, 31, 5–25.
- Chaussade, S., Sogni, P., & Berretta, O. (1995). *Obstétrique*. Paris : Flammarion.
- Cherro, M. (1992). Quality of bonding and behavioural differences between twins. *Infant Mental Health Journal*, 13(3).
- Chevallier, B. (2008). Les pleurs du nourrisson. De quoi parle-t-on ? *Médecine et Enfance août*. hors série 5–6.
- Ciccone, A. (2007). Approche psychologique des processus développementaux – le modèle des positions psychiques. In R. Roussillon, C. Chabert, A. Ciccone, A. Ferrant, N. Georgieff, & P. Roman (Dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (pp. 295–305). Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Ciccone, A. (2009–2010). *Enseignement D.I.U., Psychopathologie et prévention primaire du bébé et de sa famille*. Université Lyon Lumière II.
- Ciccone, A. (2011). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris : Dunod.
- Clavreul, J. (1978). *L'ordre médical*. Paris : Le Seuil.

- Coco, U., & Mazet, P. (1998). Un précurseur de la psychiatrie périnatale, Louis-Vincent Marcé. In P. Mazet, & S. Lebovici (Dir.), *Psychiatrie périnatale*. Paris : PUF.
- Cohen, A. (1965). *Mangeclous*. Paris : Gallimard.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. (1983). Three month old infant's réaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54, 185–193.
- Colasson, I. (1995). *Leur maternité est impensable. De la grossesse niée au déni de grossesse*. Mémoire de Sage-femme, Poitiers.
- Combe, C. (2002). *Soigner l'anorexie*. Paris : Dunod.
- Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance-maladie (2007). *Journal Officiel* 19 décembre texte 27.
- Cosnier, J. (1984). Observation directe des interactions directes ou les bases de l'épigénèse interactionnelles. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 2(1), 107–126.
- Costa, J. M. (2009). Le diagnostic prénatal non invasif. In *Mises à jour en gynécologie et obstétrique, CNGOF*. Paris : Vigot.
- Coulombe, S. (2008). *Le corps à corps fœto-maternel et ses éventuelles implications psychosomatiques en prénatal : la toxémie*. Mémoire de recherche de master 2, sous la direction de S. Missonnier, université Paris Ouest Nanterre.
- Coulombe S., Missonnier S., Raynal, P. *Psychologie et médecine, revue des modèles psychosomatiques spécifiques à la pré-éclampsie*. Soumis à publication.
- Courtecuisse, V. (1994). *L'adolescence : les années métamorphose*. Paris : Marabout.
- Cox, J. L., & Holden, J. (1994). *Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh postnatal depression scale*. London : Gaskell.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel ? Interoception : the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 655–666.
- Cramer, B. (2002a). Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ? *Devenir*, 22, 89–99.
- Cramer, B. (2002b). Les psychothérapies mère-bébé : quels enseignements pour la pratique psychothérapeutique ? *Psychothérapies*, 22, 71–76.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). La technique des psychothérapies mères-bébé. In *Études cliniques et théoriques*. Paris : PUF.
- Cupa-Perard, D., Moinet, I., Chassin, F., et al. (1994). Devenir père ou la grossesse du père. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 37(138), 85–106.
- Cynober, E. (2009). Marqueurs sériques de la trisomie 21 : que faire? *La Lettre du Gynécologue*, 341–342.
- Cyrułnik, B. (2000). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et Perspectives.
- Cyrułnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.
- Dadoorian, D. (2005). *Grossesses adolescentes*. Coll. La vie de l'enfant. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Dagens-Lafont, V. (2009). La souffrance des bébés. In N. Glangeaud-Freudenthal, et al. (Dir.), *Orages à l'aube de la vie*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Dang, M. (1995). Bien muer : la cure postnatale vietnamienne. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 227.
- Dautzenberg, E., & Missonnier, S. (2008). *Préparation à la naissance, vidéo et anticipation*. Coll. Spirale. Ramonville-Saint-Agne : Érès, n° 47.
- David, M. (1981). Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 26(1), 150–196.
- Dayan, J. (1999a). Les phobies d'impulsion. In J. Dayan, G. Andro, & M. Dugnat (Dir.), *Psychopathologie de la périnatalité* (pp. 334–338). Coll. Les âges de la vie. Paris : Masson.
- Dayan, J. (1999c). L'accouchement prématuré. In J. Dayan, G. Andro, & M. Dugnat (Dir.), *Psychopathologie de la périnatalité* (pp. 424–457). Coll. Les âges de la vie : Paris : Masson.
- Dayan, J. (2004). Les dépressions du post-partum : un concept pertinent? *Information Psychiatrique*, 80(8), 635–643.
- Dayan, J. (2008). *Les dépressions périnatales*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Dayan, J., Andro, G., & Dugnat, M. (Dir.), (1999). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson.
- Dayan, J., & Baranger, E. (2000). La carence de soins. In D. Houzel (Dir.), *Le dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF.
- Dayan, J., & Graignic-Philippe, R. (2011). Prescrire des anti-psychotiques en post-partum. *Devenir*, 23, 669–685.
- De Ajuriaguerra, J., Harrison, A., & Lezine, I. (1967). Étude de quelques aspects de la réactivité émotionnelle de la première année. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 10, 293–380.
- De Briey (2008). Naître à deux, être trois : une symbiose plurielle? In C. Robineau (Dir.), : *L'Escabelle, les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1?* Coll. 1001 BB. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- De Muyllder, X., Wesel, S., Dramaix, M., & Candeur, M. (1992). A woman's attitude toward pregnancy. Can it predispose her to preterm labor ? *The Journal of Reproductive Medicine*, 37, 339–342.
- Debourg, A. (2003). Séparation précoce : rapt, échec ou soin ? In C. Robineau (Dir.), *Indispensables séparations* (pp. 15–25). Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Lausanne : Delachaux et Niestle.
- Debray, R., & Belot, R. A. (2009). *La psychosomatique du bébé*. Paris : PUF.
- Dejours, C. (1986). *Le corps entre biologie et psychanalyse : essai d'interprétation comparée*. Coll. Science de l'Homme. Paris : Payot.

- Delaisi de Parseval, G. (2004). *La part du père*. (1<sup>re</sup> éd. 1981). Paris : Le Seuil.
- Delion, P. (2000). Famille, fonction contenante et Institution. In P. Delion (Dir.), *La musique de l'enfance, chronique institutionnelle d'un pédopsychiatre*. Lecques : Les Éditions du champ Social.
- Deschamps, J. P. (1997). La mère adolescente, le couple adolescent et l'enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 4). Paris : PUF.
- Deutsch, H. (1987). *La psychologie des femmes. Études psychanalytiques. La maternité*. (1<sup>re</sup> éd. 1949, n°2, pp. 112-175). Coll. Quadrige. Paris : PUF.
- Devereux, G. (1985). *Éthnopsychanalyse complémentaire*. Paris : Flammarion.
- Diatkine, R. (1979a). Familles sans qualités : les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 22(1), 237-273.
- Diatkine, R. (1979b). Le psychanalyste et l'enfant avant l'après-coup ou le vertige des origines. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 19, 49-63.
- Diquelou, J. Y. (1996). Facteurs de risque de mauvais traitement à enfant pendant la période périnatale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 25, 809-818.
- Dollander, M. (2004). La dépression périnatale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(5), 274-278.
- Dolto, F. (1986). La maison Verte. *Esquisses Psychanalytique*, 5.
- Donabedian, D. (1994). Approche psychosomatique des femmes présentant des menaces d'accouchement prématuré. In *Journée de techniques avancées en gynécologie, obstétrique et périnatalogie*. (pp. 205-215). Paris : ARETEM.
- Drossman, D. A. (2006). The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*, 130(5), 1377-1390.
- Dugnat, M. (2006). *Les émotions (autour) du bébé*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Dugnat, M. (1996). *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Dugnat, M. (1999). *L'hospitalisation mère-bébé*. Coll. Spirale. Ramonville-Sainte-Agne : Érès, (n° 10).
- Dumouchel, P. (1995). *Émotions, essai sur le corps social*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- Dumoulin, M., & Valat, A. S. (1997). L'enfant mort en maternité : les rites d'accompagnement de l'échographie aux funérailles. In R. Frydman, & M. Flis-Treves (Dir.), *Mourir avant de naître*. Paris : Odile Jacob.
- Egliston, K. A., McMahan, C., & Austina, M. P. (2007). Stress in pregnancy and infant HPA axis function : conceptual and methodological issues relating to the use of salivary cortisol as an outcome measure. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 1-13.
- Eiguer, A. (1984). Le lien d'alliance, la psychanalyse et la thérapie de couple. In A. Eiguer (Dir.), *La thérapie psychanalytique du couple*. Paris : Dunod.
- Escalona, S. (1968). *The roots of Individuality*. Chicago : Adline.
- Estellon, V. (2010). *Les états limites*. Coll. *Que sais-je*. Paris : PUF.
- Étude PRIMs (Pregnancy relapse in multiple sclerosis) (1998). *The New England Journal of Medicine*, 339(5), 285-291.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. H. (1978). *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson.
- Fain, M. (2001). La fonction maternelle selon Pierre Marty. *Revue Française de Psychosomatique*, 20, 47-52.
- Favez-Boutonnier, J. (1959). *La psychologie clinique : objet, méthode, problèmes*. Paris : CDU.
- Fédida, P. (2003). *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob.
- Ferenczi, S. (1982). Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. In *Œuvres complètes, Psychanalyse IV*. (1<sup>re</sup> éd. 1933). Paris : Payot.
- Ferenczi, S. (1993). *Psychanalyse IV. Œuvres complètes 1927-1933*. Paris : Payot.
- Ferenczi, S. (2006a). Réflexions sur le traumatisme. In S. Ferenczi (Dir.), *Psychanalyse IV. Œuvres complètes, 1927-1933*. Paris : Payot et Rivages.
- Ferenczi, S. (2006b). *Le traumatisme*. Paris : Payot et Rivages.
- Fernandez, L., & Pedinielli, J. L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 84, 41-51.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (2001). *Le triangle primaire*. Paris : Odile Jacob.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., & Frenck, N. (1995). L'approche systémique. In G. Fava-Viziello, D. N. Stern, & A. Birraux (Dir.), *Modèles psychothérapeutiques au premier âge*. Paris : Masson.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 2001). Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Fossey, L. (1996). Le "blues" du post-partum, un syndrome clinique précurseur de la dépression postnatale. *Gynécologie et Psychosomatique*, 15.
- Fraiberg, S. (1993). Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. *Devenir*, 5(1), 7-29.
- Fraiberg, S. (1999a). *Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche psychanalytique des perturbations de la relation mère-nourrisson*. (Chap. VII). Coll. Le Fil Rouge Paris : PUF.
- Fraiberg, S. (1999b). *Fantômes dans la chambre d'enfant*. Paris : PUF.
- Francoual, C., Bouille, J., & Parat-Lesbros, S. (2008). *Pédiatrie en maternité*. (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.

- Fresco, O. (2004). *Entendre la douleur du nouveau-né. Aux confins de l'oubli*. Cahier n° 1. Coll. Naître, Grandir, Devenir Paris : Belin.
- Freud, A. (1968). The concept of the rejecting mother. In *The writing of Anna Freud*. (p. 586). New York : International University Press.
- Freud, S. (2007). Lettre du 30 janvier 1899. S. Freud (Dir.), *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887–1904*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1996). Esquisse d'une psychologie scientifique. In S. Freud (Dir.), *La naissance de la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1895a). Paris : PUF.
- Freud, S. (1985). In *Études sur l'hystérie*. (1<sup>re</sup> éd. 1895b). Paris : PUF.
- Freud, S. (1987). *L'interprétation des rêves*. (1<sup>re</sup> éd. 1900). Paris : PUF.
- Freud, S. (1985). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. (1<sup>re</sup> éd. 1905). Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1987). Note ajoutée à L'Interprétation des rêves. S. Freud (Dir.), *L'Interprétation des rêves*. (1<sup>re</sup> éd. 1909a). Paris : PUF.
- Freud, S. (2006). *Le petit Hans. Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans*. (1<sup>re</sup> éd. 1909b). Coll. Quadrige, Paris : PUF.
- Freud, S. (2008). *Cinq psychanalyses*. (1<sup>re</sup> éd. 1909c). Paris : PUF.
- Freud, S. (1969). Pour introduire le narcissisme. In S. Freud (Dir.), *La vie sexuelle*. (1<sup>re</sup> éd. 1914). Paris : PUF.
- Freud, S. (1968). Pulsions et destin des pulsions. In S. Freud (Dir.), *Métapsychologie*. Paris : Gallimard (1<sup>re</sup> éd. 1915a).
- Freud, S. (1968). In *Métapsychologie*. Paris : Gallimard (1<sup>re</sup> éd. 1915b).
- Freud, S. (1968). Deuil et mélancolie. In S. Freud (Dir.), *Métapsychologie*. (1<sup>re</sup> éd. 1915c). Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1973). Un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique. In *Névrose, psychose et perversion*. (1<sup>re</sup> éd. 1915d). Paris : PUF.
- Freud, S. (2010). Leçons d'introduction de la psychanalyse. In S. Freud (Dir.), *Œuvres complètes* (Vol. 14. (1<sup>re</sup> éd.) 1915–1917). Paris : PUF.
- Freud, S. (1976). L'inquiétante étrangeté. In S. Freud (Dir.), *Essais de psychanalyse appliquée*. (1<sup>re</sup> éd. 1919). Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1982). Au-delà du principe de plaisir. In S. Freud (Dir.), *Essais de psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1920). Paris : Payot.
- Freud, S. (1985). Psychanalyse. In *Résultats, idées, problèmes, II* (1<sup>re</sup> éd. 1923). Paris : PUF.
- Freud, S. (1985). La négation. In *Résultats, idées, problèmes, II*. Paris : PUF (éditions 1920, 1923 et 1925).
- Freud, S. (1981). *Inhibition, symptôme et angoisse*. (1<sup>re</sup> éd. 1926). Paris : PUF.
- Garel, M., Charlemaïne, E., & Blondel, B. (2006). Conséquences psychologiques des naissances multiples. *Gyn Obst Fertil*, 34, 1058–1063.
- Gelis, J. (1979). *Accoucheur de campagne sous le Roi-Soleil : le traité d'accouchement de G. Mauquest de la Motte*. Toulouse : Privat.
- Goffinet, F. (2005). Rupture prématurée des membranes (après 24 SA). In D. Cabrol, J. C. Pons, & F. Goffinet (Dir.), *Traité d'obstétrique* (pp. 461–471). Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Goffinet, F., Hessabi, M., & Cabrol, D. (2005). Accouchement des grossesses multiples. In D. Cabrol, J. C. Pons, & F. Goffinet (Dir.), *Traité d'obstétrique*. (Chap. 90). Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Golse, B. (2002). À propos des interruptions de grossesse. Deuil (du fœtus) ou mélancolie. *Réflexions. Le Carnet/PSY*, 73.
- Golse, B. (2004). Le maternel et le féminin au regard de la bisexualité psychique. In B. Golse (Dir.), *Fonctions maternelles et paternelles*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Golse, B. (2006a). *L'être bébé*. Paris : PUF.
- Golse, B. (2006b). Préface. In T. Baubet, C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert, & M. R. Moro (Dir.), *Bébés et traumas* (pp. 15–24). Paris : La Pensée sauvage.
- Golse, B. (2006c). Vie fœtale, transgénérationnel et après coup. In J. Bergeret, M. Soulé, & B. Golse (Dir.), *Anthropologie du fœtus*. Paris : Dunod.
- Golse, B. (2010). *Les destins du développement chez l'enfant. Avenirs d'enfance*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Gourand, L., & Missonnier, S. (2010). Devenir parent et naître humain au risque du diagnostic prénatal. In M. R. Moro (Dir.), *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille*. Paris : La Pensée sauvage.
- Graignic-Philippe, R., Tordjman, S., Granier-Deferre, C., et al. (2005). Le stress prénatal : état de la question et perspectives. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53, 54–61.
- Grangaud, N. (2001). *Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique*. Mémoire d'études spécialisées de psychiatrie, université Paris VII, faculté de Médecine X, Bichat.
- Grangaud, N. (2002). Psychopathologie du déni de grossesse. *Perspectives Psy*, 41(3), 174–181.
- Granjon, E. (1989). Transmission psychique et transferts en thérapie familiale psychanalytique. *Gruppo*, 5, 47–58.
- Greco-Geffroy, G. (2005). *État de stress post-traumatique lié à l'accouchement et algies pelviennes chroniques*. Thèse pour le doctorat en Médecine, Pr Fauconnier A. (Pdt), Académie de Versailles.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*. Paris : Les Éditions de Minuit, chapitre 6.
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris : Éditions de Minuit.
- Green, A. (2008). Rencontre avec A. Green. In *Dépressions du bébé, dépression de l'adolescent (partie 3)*. Le Carnet/PSY; n° 130.

- Guedeney, A. (2009). *Familles vulnérables : quelle intervention préventive est possible? Les enseignements de la recherche CAPDP, 26<sup>e</sup> journée ANECAMSP.*
- Guedeney, A., Bungener, C., & Widlöcher, D. (1993). Le post-partum blues : une revue critique de la littérature. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 36(1), 329–354.
- Guedeney, A., Fermanian, J., Guelfi, J. D., & Deljour, M. (1995). Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh postnatal Depression Scale sur une population parisienne. *Devenir*, 7(2), 69–92.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2002). *L'attachement. Concept et applications.* Coll. Les âges de la vie. Paris : Masson.
- Guignard, F. (1997). *Épître à l'objet.* Paris : PUF.
- Guyotat, J. (1980). *Mort/Naissance et filiation.* Paris : Masson.
- Haag, G. (1986). Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant. *Gruppo*, 2, 45–53.
- Haag, M., & Haag, G. (1995). L'observation du nourrisson selon Esther Bick (1901–1983) et ses applications. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Dir.), *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris : PUF.
- Hagberg, B., Hagberg, G., & Olow, I. (1984). The changing paranormal of cerebral palsy in Sweden. IV. Epidemiological trends 1959–78. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 73(4), 433–440.
- Hanus, M. (1992). *Psychiatrie de l'étudiant.* Paris : Maloine.
- Harris Williams, M. (1998). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick.* (1<sup>re</sup> éd. 1987). Larmor-Plage : Éditions du Hublot.
- Haute Autorité de santé. (2005). *Préparation à la naissance et à la parentalité.* Saint-Denis La Plaine : HAS.
- Hays, M. A. (2001). L'observation attentive de l'allaitement du nouveau-né par la méthode d'Eva Sulcova. In M. Dugnat (Dir.), *Observer un bébé avec attention.* Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Hays, M. A. (2004). Le temps du bébé : soutien de l'accordage primaire et prévention de la dépression maternelle précoce du post-partum. *Devenir*, 16(1), 17–44.
- Hays, M. A. (2008). Place du père sans l'allaitement. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 51, 515–576.
- Henry, C., & Gay, C. (2004). *Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires.* Encyclopédie Orphanet.
- Héritier, F. (2002). *Masculin/Féminin. II. Dissoudre la hiérarchie.* Paris : Odile Jacob.
- Herms, V., Gabelmann, J., & Kubli, F. (1982). Psychosomatic aspects of preterm labour. In *Advances in psychosomatic obstetrics and gynecology.* (pp. 388–389). Berlin : Springer Verlag.
- Hobel, C. J., Roos, M. G., Bemis, R. L., et al. (1994). The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project. I. Program impact on high-risk women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170, 54.
- Houzel, D. (2002a). Émotion. In A. de Mijolla (Dir.), *Dictionnaire international de psychanalyse.* Paris : Calmann-Lévy.
- Houzel, D. (2002b). *Laube de la vie psychique.* Issy-Les-Moulineaux : Expansion Scientifique Française.
- Houzel, D. (2008). Les applications préventives et thérapeutiques de la méthode d'Esther Bick. In P. Delion (Dir.), *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick* (pp. 84–85). Coll. 1001 BB. Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique.* Paris : Éditions In Press.
- Hughes, P., & Badenhorst, W. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 2249–2259.
- Hugues, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. D. S. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth : a cohort study. *The Lancet*, 360, n° 23.
- Hyman, P. E., Milla, P. J., Benninga, M. A., Davidson, G. P., Fleisher, D. F., & Taminiu, J. (2006). Childhood functional gastrointestinal disorders : neonate/toddler. *Gastroenterology*, 130, 1519–1526.
- Irving, G. (1996). Conceptualisation psychanalytique de la perte d'un enfant en période périnatale, un modèle multidimensionnel. *Devenir*, 1, 9–26.
- Isserlis, C. (1994). Le bébé dans l'hospitalisation mère-enfant. *L'Information Psychiatrique*, 70(1), 25–32.
- Jacquet, J. (2009). *Santé bucco-dentaire et grossesse.* : Mémoire de sage-femme. Metz.
- Jardin, F., & Rebillaud, B. (2004). Une unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 47, 27–47.
- Jouannic, J. M., Arfi, J. S., & Dumez, F. (2010). FAQ : à propos du dépistage prénatal de la trisomie 21. *Réflexions en Gynécologie-Obstétrique*, n° 12 tome 3.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal.* Paris : Dunod.
- Kaës, R. (1979). Introduction à l'analyse transitionnelle. In R. Kaës, et al. (Dir.), *Crise, rupture et dépassement* (pp. 1–81). Paris : Dunod.
- Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques des petits groupes.* Paris : PUF.
- Kapsambelis, V., & Gougoulis, N. (1994). Paranoïa masculine et maternité. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 14, 163–210.
- Karpel, L. (2004). Approche psychologique des vomissements incoercibles gravidiques. *Journal de Gynécologie-obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 33.
- Kayem, G., Goffinet, F., Tsatsaris, V., & Cabrol, D. (2005). Menace d'accouchement prématuré : diagnostic et prise en charge. In D. Cabrol, J. C. Pons, & F. Goffinet (Dir.), *Traité d'obstétrique* (pp. 422–435). Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Keats, J. Lettre à George et Tom Keats du 22 décembre 1817.

- Kernberg, O. (1979). *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : Privat.
- Kierkegaard, S. (1976). *Le concept de l'angoisse*. (1<sup>re</sup> éd. 1944). Paris : Gallimard.
- Kitzinger, C. (2005). *Flashbacks, nightmares, panic attacks : why ?* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and British Maternal and Foetal Society.
- Klein, M. (1966). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In M. Klein, et al. (Dir.), *Développements de la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1946) Paris : PUF.
- Klein, M. (1976). En observant le comportement des nourrissons. In M. Klein, P. Heimann, S. Isaac, & J. Rivière (Dir.), *Développements de la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1952). Paris : PUF.
- Knibiehler, Y. (2007). *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecin depuis le milieu du xx<sup>e</sup> siècle*. Rennes : ENSP.
- Koniceckis, A. (2008). Préface. In A. Koniceckis (Dir.), *La berceuse* (n<sup>o</sup> 43, p. 7-9). Coll. 1001 BB. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Korff-Sausse, S. (2009a). La première demeure. Les traces du prénatal. *Champ Psychosomatique*, 56, 183-197.
- Korff-Sausse, S. (2009b). Débat La première demeure. Les traces du prénatal dans les œuvres de H. Moore. In Conférence de Simone Korff Sausse au Premier Chapitre, le 4 mars 2009.
- Kreisler, L. (1976). *La psychosomatique de l'enfant*. Paris : PUF.
- Kreisler, L. (1985a). La pathologie psychosomatique. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Dir.), *Traité de psychiatrie de l'enfant T. II*. (pp. 423-443). Paris : PUF.
- Kreisler, L. (1999). Désordres psychosomatiques du nourrisson : a/ les coliques des trois premiers mois. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. (1<sup>re</sup> éd. 1985b, pp. 2035). Coll. Quadrige Paris : PUF.
- Kreisler, L. (1989). La dépression du nourrisson. In S. Lebovici, & F. Weil Halpern (Dir.), *Psychopathologie du bébé* (pp. 341-351). Paris : PUF.
- Kreisler, L. (1991). Les bases originaires de l'organisation psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 169-184.
- Kreisler, L. (1995). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Paris : Dunod.
- Kreisler, L., & Cramer, B. (1981). Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 24(1), 223-263.
- Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1974). *L'enfant et son corps*. Paris : PUF.
- Lacan, J. (1994). *Le séminaire, livre IV. La relation d'objet* (1956-1957). Paris : Le Seuil.
- Lagache, D. (2004). *L'unité de la psychologie*. (1<sup>re</sup> éd. 1949a). Paris : PUF.
- Lamour, M. (1989). Les nourrissons de parents psychotiques. In S. Lebovici, & F. Weil Halpern (Dir.), *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF.
- Lamour, M. (2003). *Approche à domicile et travail en réseau. Dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles*. Coll. Spirale. Ramonville-Saint-Agne : Érès, n<sup>o</sup> 25.
- Lamour, M., & Gabel, M. (2011). *Enfants en danger, professionnels en souffrance*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Laplanche, J. (1970). L'ordre vital et la genèse de la sexualité humaine. In J. Laplanche (Dir.), *Vie et mort en psychanalyse*. Paris : Flammarion.
- Laplanche, J. (2002). À partir de la situation anthropologique fondamentale. In C. Botella (Dir.), *Penser les limites. Écrits en l'honneur d'André Green. Champs Psychanalytiques* (pp. 280-287). Paris : Delachaux et Niestle.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris : PUF.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38, 843-853.
- Laukaran, V. H., & van den Berg, B. J. (1980). The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetric complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 136, 374-379.
- Lavillonniere, J., & Clementz, E. (2001). *Naître tout simplement*. Paris : L'Harmattan.
- Le Camus, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Paris : Odile Jacob.
- Leap, N. (2000). The less we do, the more we give. In M. Kirkham (Dir.), *The midwife-mother relationship*. New York : Palgrave Mac Millian.
- Lebovici, S. (1986). À propos des consultations thérapeutiques. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 1, 135-152.
- Lebovici, S. (1989). Liens intergénérationnels (transmissions, conflits). Les interactions fantasmatiques. In S. Lebovici, & F. Weil Halpern (Dir.), *Psychopathologie du bébé* (pp. 141-151). Paris : PUF.
- Lebovici, S. (1994). L'homme dans le bébé. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 661-680.
- Lebovici, S. (1998a). L'arbre de vie. In S. Lebovici (Dir.), *Éléments de psychopathologie du bébé*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Lebovici, S. (1998b). Le mandat transgénérationnel. *Psychiatrie Française*, 3, 7-15.
- Lebovici, S., & Stoléro, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris : Le Centurion.
- Lebrun, J. P. (1997). *Un monde sans limite*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.

- Lecanuet, J. P. (2002). Des rafales et des pauses : les succtions prénatales. In S. Missonnier, & N. Boige (Dir.), *La sucette dans tous ses états* (pp. 37-48). Coll. Spirale : Ramonville-Sainte-Agne : Érès, n° 22 et 23.
- Legault, G. (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetical Psychology Monography*, 95, 55-96.
- Lejeune, C. (2007). Précarité et périnatalité. *Médecine et Enfance*, septembre.
- Lemaire, J. G. (1979). *Le couple : sa vie, sa mort. La structuration du couple humain*. Paris : Payot.
- Lemaitre, V. (2008). Que sont nos consultations thérapeutiques devenues ? In N. Presme, & B. Golse (Dir.), *Qu'avons-nous fait du mandat transgénérationnel de Serge Lebcovi ?* Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Lemaitre, V., & Candilis-Huisman, D. (1999). *Dépression périnatale et observation du bébé, examen de Brazelton, DVD Regards sur la petite enfance, réalisation A. Holcman*.
- Lemay, M. (1979). *J'ai mal à ma mère*. Paris : Fleurus.
- Lemery, D., Ville, Y., Branger, B., & Winer, N. (2009). Nouvelles modalités de dépistage de la trisomie 21 en France : l'arrêt du 23 juin 2009, mode d'emploi. In Collège national des gynécologues et obstétriciens français (Dir.), *Mises à jour en gynécologie et obstétrique*. Paris : Vigot.
- Lester, B., Hoffman, J., & Brazelton, B. (1985). The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Development*, 56(1), 15-27.
- Le Vaguerese, L. (1983). *Le symptôme prématurité, Les cahiers du nouveau-né : un enfant, prématurément*. Paris : Stock, n° 6.
- Lévi-Strauss, C. (1961). *Anthropologie structurale*. Paris : Plon-Julliard.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris : Plon.
- Lewin, F. (2004). L'obstétricien, les parents et le fœtus malade. In S. Séguret (Dir.), *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*. Coll. La vie de l'enfant : Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Lumley, J. (1993). The epidemiology of preterm birth. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 7, 477-498.
- Maggioni, C. (2010). The institution role in PTSD after delivery. In : 16<sup>th</sup> *International Congress of the International Society of psychosomatic obstetrics and gynecology*. Venise.
- Maggioni, C., & Mimoun, S. (2000). Obstétrique et psychosomatique. In S. Mimoun (Dir.), *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*. Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Magistretti, P., & Ansermet, F. (2010). *Neurosciences et psychanalyse*. Paris : Odile Jacob.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1980). *La naissance psychologique de l'être humain. Symbiose et individualisation*. (1<sup>re</sup> éd.1975). Paris : Payot .
- Mamelle, N., Segueilla, M., Munoz, F., & Berland, M. (1997). Prevention of preterm birth in patients with symptoms of pretorus labor. The benefits of psychological support. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177, 945-952.
- Manzano, J. (2002). L'identification des facteurs de risque pour une dépression du post-partum. *Revue Médicale Suisse*, 621.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F., & Zilkha, N. (1987). *Les scénarios narcissiques de la parentalité. Clinique de la consultation thérapeutique*. Coll. Le Fil Rouge. Paris : PUF.
- Marcé, L. V. (2002). *Le traité de la folie des femmes enceintes*. (1<sup>re</sup> éd.1858). Paris : L'Harmattan .
- Marcelli, D. (1992). Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 35(1), 57-82.
- Marcelli, D. (1999a). *Enfance et psychopathologie*. (6<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.
- Marcelli, D. (1999b). La dépression dans tous ses états du nourrisson à l'adolescent et après. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 47, 1-11.
- Marinopoulos, S., & Nisand, I. (2011). *Elles accouchent et ne sont pas enceintes*. Éditions Les Liens Qui Libèrent.
- Martel, M. J., & Millette, I. (2006). *Les soins du développement; des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Coll. Intervenir. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Martin, C. (2003). *La parentalité en question, perspectives sociologiques*. Rapport pour le Haut Conseil de la population et de la famille.
- Marty, P. (1958). La relation d'objet allergique. *Revue Française de Psychanalyse*, 22(1), 5-35.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris : Payot.
- Marty, P. (1998). *L'ordre psychosomatique*. Coll. *Bibliothèque scientifique*. (1<sup>re</sup> éd)1980). Paris : Payot .
- Massari, B. (2002). Intérêt de l'accompagnement du déni de grossesse. *Perspectives Psy*, 41 (3), 208-216.
- Matarazzo, O. (1986). Le fantasme d'engendrer un enfant anormal. In J. Clerget (Dir.), *Fantasmes et masques de grossesse*. Paris : PUF.
- McDougall, J. (1989). *Théâtre du corps*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (2002). Interview de A. Fine et G. Szweck. *Rev Franç Psychosom*, 21, 165-184.
- Meltzer, D., Milana, G., Maiello, S., & Petrelli, D. (1984). La distinction entre les concepts d'identification projective (Klein) et de contenant-contenu (Bion). *Revue Française de Psychanalyse*, 48(2), 551-569(1<sup>re</sup> éd. 1982).
- Mendel, G. (1993). *La société n'est pas une famille*. Paris : La découverte.

- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Meyer, P. (2007). *Colloque des cas cliniques*.
- Mignot, C. (2003). Éloigner, séparer, placer. In A. Debourg (Dir.), *Séparation précoce : rapt échec ou soin ?* (pp. 39–46). Ramonville-Saint-Agnes : Érès.
- Milgrom, R. (2008). Traitement comportemental et cognitif de la DPP. In J. Dayan (Dir.), *Les dépressions périnatales : évaluer et traiter*. Paris : Masson.
- Mimoun, S. (Dir), (1999). *Traité de gynécologie obstétrique psychosomatique*. Paris : Flammarion.
- Mimoun, S., & Maggioni, C. (2000). Accouchement prématuré. In S. Mimoun (Dir.), *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*, (n° 38, pp. 238–239).
- Missonnier, S. (2001). Lebo ou la surprise initiatique. In P. Ben Soussan, & S. Missonnier (Dir.), *En Serge Lebovici, le bébé* (n° 17, pp. 107–114). Coll. Spirale Ramonville-Saint-Agne.
- Missonnier, S. (2002). Sucette de vie, sucette de mort. Généalogie psychanalytique de la succion. In S. Missonnier, & N. Boige (Dir.), *La sucette dans tous ses états* (n° 22 et 23 pp. 77–106). Coll. Spirale, Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Missonnier, S. (2003a). L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. In S. Missonnier, B. Golse, & M. Soulé (Dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité Éléments de psycho(patho)logie périnatale*. Paris : PUF.
- Missonnier, S. (2003b). *La consultation thérapeutique périnatale, la vie de l'enfant*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Missonnier, S. (2004a). L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 177–194.
- Missonnier, S. (2004b). Ombres, lumières et éblouissements du consentement éclairé. In S. Séguret (Dir.), *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*. Coll. La vie de l'enfant : Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Missonnier, S. (2007a). Incertitude, anticipation et résilience de vie/de mort à l'aube de la vie. *Ain J. Résilience, réparation, élaboration ou création*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Missonnier, S. (2007b). Le premier chapitre de la vie ? Nidification fœtale et nidation parentale. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 50(1), 61–80.
- Missonnier, S. (2008). Touchez pas au grisbi !, Grossesses adolescentes et résistances adultes. In A. Braconnier, & B. Golse (Dir.), *À corps et à cri*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Missonnier, S. (2009a). *Devenir parent, naître humain; la diagonale du virtuel*, Paris : PUF.
- Missonnier, S. (2009b). De la complémentarité des somaticiens et des psychistes ou l'agora de Babel. In A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier, & R. Scelles (Dir.) : *La vie psychique des personnes handicapées. Ce qu'elles ont à dire, ce que nous avons à entendre*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Missonnier, S. (2009c). Grossesses adolescentes et résistances adultes. In S. Missonnier (Dir.), *Devenir parents, naître humain* (pp. 39–46). Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Missonnier, S. (2009d). Le premier chapitre de la biographie humaine. In S. Missonnier (Dir.), *Devenir parent, naître humain; la diagonale du virtuel* (pp. 143–230). Paris : PUF.
- Missonnier, S. (2010). La barbe à papa, l'ogresse et les petits Hans : des apprentis pères en groupe à la maternité. In C. Robineau (Dir.), *Désirs de pères* Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Missonnier, S. (2011). Stress, grossesse et psychanalyse : Spinoza avait raison ! In S. Missonnier (Dir.), *Stress et grossesse Quelle prévention pour quel risque ?* (pp. 115–132). Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Missonnier, S., & Boige, N. (1999). Je reflue donc je suis, vers une approche psychosomatique du reflux gastro-œsophagien du nourrisson. *Devenir*, 11(3), 51–84.
- Missonnier, S., & Boige, N. (2002). *La sucette dans tous ses états II*. Coll. Spirale. Ramonville-Sainte-Agne : Érès, n° 23.
- Missonnier, S., & Boige, N. (2007). *Rhythm'n'babies*. Coll. Spirale. Ramonville-Sainte-Agne : Érès, n° 44.
- Missonnier, S., Golse, B., & Soule, M. (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*. Coll. Monographie de la psychiatrie de l'enfant. Paris : PUF.
- Molénat, F. (2001). *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Molénat, F. (2009). *Prévention précoce. Petit traité pour construire des liens humains*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Moreau-Ricaud, M. (2000). *Balint, le renouveau de l'École de Budapest*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Moro, M. R., Nathan, T., Robain-Jamin, J., Stork, H., & Si Ahmed, D. (1989). Le bébé dans son univers culture. In S. Lebovici, & F. Weil-Hayen (Dir.), *Psychopathologie du bébé* (pp. 683–748). Paris : PUF.
- Moro, M. R., Riand, R., & Plard, V. (2010). *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille*. (pp. 75–86) Paris : La Pensée sauvage.
- Mortureux, A. (2008). Autour des préoccupations maternelles. In C. Robineau (Dir.), *L'Escabelle, les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?* Coll. 1001 BB. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Child Psychol Psychiat*, 3, 545–541.
- Mytnik, B. (2007). *IVG, fécondité et inconscient; l'absence et la chair*. Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Nanzer, N., & Righetti-Veltima, M. (2009). Le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du post-partum. *Rev Med Suisse*, 5, 395–401.
- Navarro, F. (Dir.), (2009). *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse*. Toulouse : Éditions universitaires du Sud.

- Neyrand, G. (2004). *Préserver le lien parental*. Paris : PUF.
- Nisand I. (2004). In Pons J. C., Vendittelli F., & Lachcar P. (Dir.), *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention* (p. 241). Paris : Masson.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 502–508.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). A controlled prospective study of postpartum mood disorders : Comparison of childbearing and non childbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3–15.
- Omer, H. (1996). Evaluating treatments for preterm labor : possible solutions for some methodological problems. *European journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 22, 229–236.
- Orwell, G. (1972). 1984. Paris : Gallimard (1<sup>re</sup> éd.1948).
- Page, L. (2004). *Le nouvel art de la sage-femme*. (pp. 206–210). Paris : Elsevier.
- Palacio-Espasa, F., & Manzano, J. (1982). La consultation thérapeutique de très jeunes enfants et leur mère. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 21(1), 5–25.
- Palacio-Espasa, F., & Knauer, D. (1998). Conflits de la parentalité à la lumière des catamnèses des cas traités en psychothérapies brèves mères-bébés. In P. Mazet, & S. Lebovici (Dir.), *Psychiatrie périnatale*. Paris : PUF.
- Palacio-Espasa, F., & Nanzer, N. (2011). *Prévention et prise en charge de la dépression anténatale*. Communication orale à la Journée de formation à la psychopathologie périnatale du Réseau Périnatal du Val d'Oise, Cergy-Pontoise; vendredi 9 septembre.
- Panel, P., & Prigent, G. (2009). Quand le corps porte une grossesse dont le psychisme ne perçoit aucune trace. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 381, 29–33.
- Papiernik, E., (1995). Prévention de la prématurité. In E. Papiernik, D. Cabrol, & J. C. Pons (Dir.), *Obstétrique* (pp. 611–631). Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Perron, R. (1997). *La pratique de la psychologie clinique*. Paris : Dunod.
- Phillips, A. (2002). *Trois capacités négatives*. Paris : Éditions de l'Olivier.
- Pierrehumbert, B. (2005). *L'attachement, de la théorie à la clinique. Le Carnet/PSY*. Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Pierrehumbert, B. (2007). Risques périnataux et difficultés d'attachement. *Annales Médico-psychologiques*, 162(9), 711–721.
- Pistiner De Cortinas, L. (2002). Par delà la césure – La voie vers l'insight, de « Recherches sur les petits groupes » à « Une mémoire du futur ». *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 31, 147–186.
- Pitt, B. (1968). Atypical depression following childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 114, 1325–1335.
- Platon (2007). *Le banquet*. Paris : Flammarion.
- Pons, J. C. (1996). *Les nouvelles grossesses*. Coll. Questions. Paris : PUF.
- Pons, J. C., Medoun, M., & Dilai, N. (2005). Suivi prénatal des grossesses gémeillaires. In D. Cabrol, J. C. Pons, & F. Goffinet (Dir.), *Traité d'Obstétrique* (chap. 31). Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Pons, J. C., & Perrouse-Menthonnex, K. (2005). *Soigner la femme enceinte*. Coll. Abrégés. Paris : Masson.
- Prat, R. (1996). Le miroir de la dépendance ou le traumatisme de la naissance vu du côté des parents. *Devenir*, 8(4), 7–21.
- Presme, N., Delion, P., & Missonnier, S. (2010). *Quelles transmissions autour des berceaux ?* Coll. 1001 BB. Ramonville-Saint-Agne : Érès, n° 108.
- Priest, J., & Schott, J. (1991). *Leading antenatal classes*. Oxford : Butterworth Heinemann.
- Racamier, P. C. (1983). *La psychanalyse sans divan*. (1<sup>re</sup> éd. 1970). Paris : Payot .
- Racamier, P. C. (1984). À propos des psychoses de la maternalité. In M. Soulé (Dir.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée* (4<sup>e</sup> éd.). Coll. La vie de l'enfant. Paris : Expansion Scientifique Française.
- Racamier, P. C., Sens, C., & Caretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'Évolution Psychiatrique*, 4, 525–570.
- Raimbault, G. (1982). *La clinique du réel*. Paris : Le Seuil.
- Raimbault, G. (1985). *L'enfant et la mort*. Paris : Dunod.
- Rank, O. (1976). *Le traumatisme de la naissance*. (1<sup>re</sup> éd. 1924). Paris : Payot .
- Relier, J. P. (1993). *L'aimer avant qu'il naisse*. Paris : Robert Laffont.
- Renier, D. (2000). *Le bébé secoué*. Paris : Karthala.
- Reynolds, J. L. (1997). Le trouble de stress post-traumatique après l'accouchement : le phénomène de la naissance traumatique. *CMAJ*, 156, 831–835.
- Ricœur, P. (1983). *Temps et récit, I. L'intrigue et le récit historique*. Paris : Le Seuil.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil.
- Ricœur, P. (1994). La souffrance n'est pas la douleur. In P. Ricœur (Dir.), *Souffrances, Corps et âme, épreuves partagées*, (n° 142, pp.58–69). Série Mutations Édition Autrement
- Rigourd, V., Chelbi, S., & Vaiman, D. (2008). La pré-éclampsie. *Médecine Sciences*, 24(12), 1017–1019.
- Robineau, C., & Missonnier, S. (2004). Vers une prévention psychanalytique de la maltraitance périnatale ou la tentation du saumon. In C. Robineau, & S. Missonnier (Dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*. Coll. Monographies de la psychiatrie de l'enfant : Paris : PUF.

- Robineau, C., & Wojakowski, M. (2008). Deux en un (parce que le je le vaut bien). In C. Robineau (Dir.), *L'Escabelle, les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?* Coll. 1001 BB Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Rochette, J. (2007). *La mélodie des émotions dans le post-partum immédiat*. Coll. Spirale. Ramonville-Saint-Agne; n° 44.
- Roegiers, L. (2008). *Stress et grossesse*. Revue de littérature, Journée d'étude WAIMH, 18 avril.
- Roegiers, L., & Molénat, F. (Dir.), (2011). *Stress et grossesse. Quelle prévention pour quel risque ?* Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Romito, P. (1990). *La naissance du premier enfant*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Rossi, P. (2004). Requalifier le maternel. In G. Neyrand, & P. Rossi (Dir.), *Monoparentalité précaire et femme sujet* (p. 85). Ramonville-Saint-Agnes : Érès.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
- Roussillon, R. (2004). La pulsion et l'intersubjectivité. *Adolescence*, 22(4), 735-753.
- Roussillon, R. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Roussillon, R. (2008a). *Définir la clinique, Colloque Sauvons la clinique*. Paris; 5 juillet 2008.
- Roussillon, R. (2008b). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : PUF.
- Roussillon, R. (2009). La naissance de la méthode et les processus de l'associativité focale. *Libres Cahiers pour la Psychanalyse*.
- Roussillon, R. (2010). La réflexivité. In R. Roussillon (Dir.), *La psychanalyse : une remise en jeu* (pp. 47-73). Paris : PUF.
- Roussillon, R. (2010). Les souffrances narcissiques identitaires. In J. P. Mathot (Dir.), *La psychanalyse : une remise en jeu* (pp. 126-135). Paris : PUF.
- Royal College of midwives (1998). *Pour un allaitement réussi*. (1<sup>re</sup> éd.1991). Paris : Masson.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York : Springer PC.
- Rumeau-Rouquette, L., Dumazabrun, L., & Rabarison, Y. (1984). *Naître en France*. Paris : Inserm-Doin.
- Ryding, E. L. (1993). Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 72, 280-285.
- Samacher, R. (1998). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Bréal.
- Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (1993). *Les troubles de la relation précoce* (1<sup>re</sup> éd.1987). Paris : PUF .
- Saulus, G. (2007). Votre enfant est un légume ! Des conditions éthiques nécessaires à toute pratique clinique en situation de handicap extrême. In A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier, & R. Scelles (Dir.), *Cliniques du sujet handicapé. Actualité des pratiques et des recherches* (pp. 209-218). Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Scelles, R. (2010). *Liens fraternels et handicap*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Séguret, S. (Dir.), (2003). *Le bébé du diagnostic anténatal*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Séguret, S. (Dir.), (2004). *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie. Ombres et lumières*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York : McGrawHill.
- Sibai, B., et al. (2005). Pre-eclampsia. *Lancet*, 365, 785-799.
- Sirol, F. (1999). La haine pour le fœtus. In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, & M. J. Soubieux (Dir.), *Écoute voir... l'échographie de la grossesse* (pp. 189-214). Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Sloterdijk, P. (2002). *Sphères 1*. (1<sup>re</sup> éd.1998). Paris : Fayard
- Söderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 23(1), 31-39.
- Soubieux, M. J. (2008). *Le berceau vide*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Soubieux, M. J., & Soulé, M. (2005). *La psychiatrie fœtale*. Coll. Que sais-je. Paris : PUF.
- Soulé, M. (1977). Le devenir de la prématurité. In M. Soulé (Dir.), *La psychiatrie de l'enfant* (pp. 106-111). Paris : PUF.
- Soulé, M. (1984). Les souhaits de mort en pédiatrie du nouveau-né. In M. Soulé (Dir.), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris : ESF.
- Soulé, M. (1997). *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Coll. La vie de l'enfant. Paris : ESF.
- Soulé, M. (1999). La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 42(1), 71-105.
- Soulé, M. (2008a). La vocation à s'occuper du bébé. In B. Golse, & P. Delion (Dir.), *Bébés agressifs, bébés agressés*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Soulé, M. (2008b). Il était deux fois.... In C. Robineau (Dir.), *L'Escabelle, les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?* Coll. 1001 BB : Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Soulé, M., Gourand, L., Missonnier, S., & Soubieux, M. J. (2011). *L'échographie de la grossesse. Promesses et vertiges*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Soulé, M., Lauzanne, K., & Leblanc, N. (1995). La carence de soins maternels et ses effets. In S. Lebovici, M. Soulé, & R. Diatkine (Dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. T. 4*. Paris : PUF.
- Soulé, M., & Noël, J. (1985). La prévention médico-psycho-sociale précoce. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Dir.), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF.

- Soulie, M. (2008). Il était deux fois.... In C. Robineau (Dir.), *L'Escabelle, les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?* Coll. 1001 BB. : Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Spinoza, B. (1965). *Éthique, IV*. (1<sup>re</sup> éd. 1677). Paris : Garnier-Flammarion .
- Spitz, R. (1968). *De la naissance de la parole*. Paris : PUF.
- Staraci, S. (2004–2005). *Penser l'Autre, être pansé par l'autre*. Mémoire de DESS, psychopathologie clinique, Paris X Nanterre.
- Staraci S, Missonnier S, Soubieux MJ, Ville Y. Dynamique familiale aux 6 ans des jumeaux et des singletons ayant eu un syndrome transfuseur-transfusé. Devenir d'une survivance du prénatal : *La psychiatrie de l'enfant* (sous presse).
- Staraci, S., & Ville, Y. (2011). *Aspects médicaux et psychologiques du syndrome transfuseur-transfusé, Séminaire de Missonnier S. Le Premier Chapitre*. Institut de psychologie Paris Descartes, séance du 1<sup>er</sup> juin.
- Stern, D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF.
- Stern, D. (1995). *La constellation maternelle*. Paris : Calmann Levy.
- Stern, D. (1997). Structure et réglage temporel. In D. Stern (Dir.), *Mère, enfant, les premières relations* (pp. 111–134). Bruxelles : Éditions Mardaga.
- Stirneman, J., Essaoui, M., & Ville, Y. (2009). Le point sur les thérapies foetales. Le syndrome transfuseur-transfusé. In Collège des gynécologues et obstétriciens français *Mises à jour en gynécologie et obstétrique et techniques chirurgicales*. Paris : Vigot.
- Stoléru, S. (1995). Le couple et le projet d'enfant. L'étape initiale du passage à la parentalité. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 43, 164–170.
- Stoléru, S., & Morales Huet, M. (1989). *Psychothérapies mère nourrisson dans les familles à problèmes multiples*. Coll. Le Fil Rouge. Paris : PUF.
- Stoléru, S., Morales Huet, M., & Grinschpoun, M. F. (1985). De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-nourrisson. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 28(2), 441–484.
- Stork, H. (1993). *Les rituels du coucher de l'enfant*. Paris : ESF.
- Sutter, A. L., & Bourgeois, M. (1996). *Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale*. Paris : PUF, coll. Nodules.
- Tabet, C., et al. (2009). Maltraitance à fœtus : comment comprendre pour prévenir. *Devenir*, 21(4), 205–244.
- Tagawa, O. (2008). Le projet de naissance en question. *Les dossiers de l'Obstétrique*, 375, 14–20.
- Thangaratinam, S., et al. (2011). Association between thyroid autoantibodies and miscarriage and preterm birth : meta-analysis of evidence. *BMJ*, 342, d2616.
- Thirion, M. (1985). *L'allaitement*. Paris : Ramsay.
- This, B. (1982). *La requête des enfants à naître*. Paris : Seuil.
- Thomas, L. V. (1991). *La mort en question*. Paris : l'Harmattan.
- Tisseron, S. (2007). *Les secrets de famille, mode d'emploi*. Paris : Marabout.
- Tournaire, M. (2005). *Le bonheur d'être mère, la grossesse après 35 ans*. Paris : Odile Jacob.
- Trevarthen, C. (1993a). The self born in intersubjectivity : the psychology of an infant communicating. In U. Neisser (Dir.), *The perceived self, ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 121–173). Cambridge : Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1993b). The function of emotions in early infant communication. In J. Nadel, & L. Camaioni (Dir.), *New perspectives in early communicative development* (pp. 48–81). London : Routledge.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 4(15), 309–428.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's respons to entrapment between contradictory messages in face to face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1–13.
- Tyson, P., & Tyson, R. L. (1996). *Les théories psychanalytiques du développement de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF.
- Uzan, M. (1998). *La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*. Rapport au Directeur Général de la Santé.
- Vamos, J., & Schmidt, R. (2007). La valeur des gestes lents de l'adulte dans les soins apportés au bébé. In S. Missonnier, & N. Boige (Dir.), *Rhythm'n'babies*. (n°44 : pp. 73–78) Coll. Spirale. Ramonville-Sainte-Agne : Érès.
- Verdier, P. (2007). Secret professionnel et partage des informations. *Journal du Droit des Jeunes, Revue d'action juridique et sociale*, 269, 8–21.
- Weisman, D. A. (1972). *On dying and denying : a psychiatric study of terminality*. Nashville : Shawnee Press.
- Wessel, J. (1987). Geburten bei voher nicht bekannten Schwangerschaft-Schwangerschafts-Verdrängung und menstruationsähnliche. *Blutungen, Gravivitate, Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 47, 850–853.
- Wessel, J. (2009). Quelques données épidémiologiques maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse. In F. Navarro (Dir.), *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse* (pp. 25–35). Toulouse : Éditions universitaires du Sud.
- Winnicott, D. W. (2010). Appétit et troubles émotionnels. *Revue Française de Psychanalyse* tome LXXIV. ,1, 89–109. (1<sup>re</sup> éd. 1936)
- Winnicott, D. W. (1969). La haine dans le contre-transfert. In D. W. Winnicott (Dir.), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1947). Paris : Payot

- Winnicott, D. W. (1969). La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression. In D. W. Winnicott (Dir.), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1948 p. 60). Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (1969). Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse. In D. W. Winnicott (Dir.), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1949a) Paris : Payot .
- Winnicott, D. W. (1982). Le bébé en tant que personne. In D. W. Winnicott (Dir) *L'enfant et le monde extérieur*. (1<sup>re</sup> éd. 1949b). Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (1969). L'Esprit et ses rapports avec le psyché-soma. In D. W. Winnicott (Dir.), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1949c, pp. 66–79). Paris : Payot
- Winnicott, D. W. (1969). L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif. In D. W. Winnicott (Dir) , *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1950–1955). Paris : Payot
- Winnicott, D. W. (1969). L'angoisse liée à l'insécurité. In D. W. Winnicott, (Dir) *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1952, pp. 126–130). Paris : Payot .
- Winnicott, D. W. (1969). La préoccupation maternelle primaire. In D. W. Winnicott , *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1956, pp.168–174). Paris : Payot
- Winnicott, D. W. (1992). Contribution de la psychanalyse au travail des sages-femmes et des puéricultrices. In D.W. Winnicott, (Dir) *Le bébé et sa mère*. (1<sup>re</sup> éd. 1957). Paris : Payot
- Winnicott, D. W. (1969). La première année de la vie. In D. W. Winnicott, (Dir) *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1958, pp. 191–204). Paris : Payot
- Winnicott, D. W. (1983). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self. In D. W. Winnicott (Dir.), *Processus de maturation chez l'enfant*. (1<sup>re</sup> éd. 1960a). Paris : Payot
- Winnicott, D. W. (1969). La théorie de la relation parent-nourrisson. In D. W. Winnicott , *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1960b, pp. 244.). Paris : Payot
- Winnicott, D. W. (1961). L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant. In D.W. Winnicott, (Dir) *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Winnicott, D.W. (1969). Psycho-Somatic Disorder. In D.W. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Dir.), *Les aspects positifs et négatifs de la maladie psychosomatique Revue de Médecine Psychosomatique* (1<sup>re</sup> éd. 1964, Vol. 11(2), pp. 205–216).
- Winnicott, D. W. (2000). Le concept de traumatisme par rapport au développement de l'individu au sein de la famille. In D.W. Winnicott (Dir.), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. (1<sup>re</sup> éd. 1965, pp. 292–311). Paris : Gallimard
- Winnicott, D.W. (1992). La mère ordinaire normalement dévouée. In D.W. Winnicott, (Dir.), *Le bébé et sa mère*. (1<sup>re</sup> éd. 1966). Paris : Payot
- Winnicott, D.W. (2000). Sur D.W.W. par D.W.W. In D.W. Winnicott, (Dir.), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. (1<sup>re</sup> éd. 1967a, pp.17–29). Paris : Gallimard
- Winnicott, D.W. (1974). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 10. 79–86 (1<sup>re</sup> éd. 1967b).
- Winnicott, D. W. (1992). La communication entre le nourrisson et la mère, et la mère et le nourrisson : comparaison et contrastes. In D. W. Winnicott , *Le bébé et sa mère*. (1<sup>re</sup> éd. 1968, pp. 125–145). Paris : Payot
- Winnicott, D.W. (2000). Entre la mère et l'enfant : expérience de l'échange. In D.W. Winnicott , *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. (1<sup>re</sup> éd. 1969a, p. 186). Paris : Gallimard
- Winnicott, D. W. (1969b). La préoccupation maternelle primaire. In D.W. Winnicott (Dir), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot .
- Winnicott, D.W. (1969c). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Winnicott, D.W. (2000). Le Corps et le Self. In D. W. Winnicott (Dir.), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. (1<sup>re</sup> éd. 1970, pp. 264–277). Paris : Gallimard .
- Winnicott, D.W. (1991). In *L'enfant et sa famille*. (1<sup>re</sup> éd. 1971). Paris : Payot.
- Winnicott, D.W. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 11, 35–44 (1<sup>re</sup> éd. 1974).
- Winnicott, D. W. (1990). *La nature humaine*. (1<sup>re</sup> éd. 1988). Paris : Gallimard.
- Winnicott, D.W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Coll. Science de l'homme. Paris : Payot.
- Yehezkieli, G., & Clerc, C. (1997). *À propos du travail de séparation dans une unité mère-bébé*. Colloque des unités mère-bébé, Montesson.
- Zaouche-Gaudron, C. (2001). *La problématique paternelle*. Ramonville-Saint-Agne : Éres.

## Liens Internet

- Aisenstein, M. (2001). Face à face, corps à corps. Conférence en ligne à la Société psychanalytique de Paris; [www.spp.asso.fr/main/conferencesenligne/Items/1.htm](http://www.spp.asso.fr/main/conferencesenligne/Items/1.htm).
- Association à l'aube de la vie. [www.did.asso.fr/a-l-aube-de-la-vie](http://www.did.asso.fr/a-l-aube-de-la-vie)
- Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement. [www.afree.asso.fr](http://www.afree.asso.fr).
- Association Pikler-Lóczy France. [www.pikler.fr](http://www.pikler.fr).
- Association pour la recherche et l'information en périnatalité. [arip.fr](http://www.arip.fr).
- Belaïsch-Allart, J. (2005). Un bébé après 40 ans : le premier risque est de ne jamais devenir enceinte. 29<sup>e</sup> Journées

- du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. [www.gyneweb.fr](http://www.gyneweb.fr).
- Diplômes universitaires (DU et DIU) et formations en périnatalité. [www.marce-francophone.fr/ressources-formations-du.html](http://www.marce-francophone.fr/ressources-formations-du.html).
- Molénat, F. Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité : [www.medical78.com/nat\\_circulaire\\_juillet.pdf](http://www.medical78.com/nat_circulaire_juillet.pdf).
- Pinson, G. (2010). France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Population et Société mars*. 465. [www.ined.fr](http://www.ined.fr).
- Psynem. [www.psynem.org](http://www.psynem.org)
- Plan périnatalité 2005-2007. [www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf](http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf).
- Société d'histoire de la naissance. [www.societe-histoire-naissance.fr](http://www.societe-histoire-naissance.fr).
- Société Marcé. [www.marce-francophone.fr](http://www.marce-francophone.fr).
- Recherche Action Périnatalité. [www.rap5.org](http://www.rap5.org).
- Waimh francophone. [www.psynem.org/Hebergement/Waimh\\_Francophone](http://www.psynem.org/Hebergement/Waimh_Francophone).
- ## Pour en savoir plus
- Assoun, P. L. (1982). L'archaïque chez Freud. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 26, 11-44.
- Atlan, H. (2005). *L'utérus artificiel*. Paris : Le Seuil.
- Authier-Roux, F. (1999). *Ces bébés passés sous silence*. Coll. 1001 BB. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Badenhorst, V., & Hugues, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 249-259.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-569.
- Beghin, D., Vauzelle, C., Cournot, M. P., & Elefant, E. (2009). Placenta et médicaments. *La Lettre du Gynécologue*, 347.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Bergeret, J. (2004). Le point aveugle du contre transfert. Les traces des traumatismes de la période fœtale. In *Traumatisme et contre transfert*. Paris : Éditions In press.
- Bergeret, J. (2009). *Sigmund Freud, suite et poursuite*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J., & Houser, M. (2001). *La sexualité infantile et ses mythes*. Paris : Dunod.
- Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9.
- Bion, W. R. (1974). *L'attention et l'interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*. (1<sup>re</sup> éd. 1970). Paris : Payot.
- Brazelton, T. B. (1983). Le bébé : partenaire dans l'interaction. In T. B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé (Dir.), *La dynamique du nourrisson* (pp. 11-27). Paris : ESF.
- Carel, A. (2006). L'intersubjectualisation. In F. Richard, & S. Wainrib (Dir.), *La subjectivation*. Paris : Dunod.
- Cupa, D., Deschamps-Riazuelo, H., & Michel, F. (2000). Anticipation et création : l'anticipation parentale prénatale comme œuvre. *Pratiques Psychologiques*, 1, 31-42.
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35-51.
- Dayan, J. (2009). Le déni de grossesse, aperçus théoriques. In F. Navarro (Dir.), *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse* (pp. 47-65). Toulouse : Éditions universitaires du Sud.
- Debourg, A. (2007). *Les vomissements gravidiques incoercibles*. Communication orale, Séminaire de S. Missonnier : « Le 1<sup>er</sup> chapitre. Institut de Psychologie, université Paris-Descartes. Consultable à l'adresse suivante. [www.rap5.org](http://www.rap5.org).
- Deis, S., & Haddad, B. (2009). L'hypertension artérielle gravidique ; quelle prise en charge ? *Rev Prat Gyn et Obst*, .
- Delay, J., & Pichot, P. (1962). Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant. In J. Guelfi (Dir.), *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson.
- Druon, C. (1991). L'aide au bébé et à ses parents en réanimation néonatale. *Devenir*, 1(4), 47-74.
- Dugnat, M. (Dir.), (2001). *Observer un bébé avec attention ?* Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Durand, B., & Amzallag, C. (1998). 15 ans de pratique d'hospitalisation conjointe mère-enfant. In P. Mazet, & S. Lebovici (Dir.), *Psychiatrie de périnatale* (pp. 365-376). Paris : PUF.
- Favez, G. (1999). De la contestation (1958). In *La Psychanalyse, Perspectives structurales, Colloque international de Royaumont, cité par B. Golse en exergue de son ouvrage Du corps à la pensée*. Paris : PUF.
- Ferenczi, S. (1966). *Thalassa, Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*. (1<sup>re</sup> éd. 1924). Paris : Payot.
- Freud, S. (1972). *Introduction à la psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1916). Paris : Payot.
- Frydman, R., & Szejer, M. (2010). *La naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Paris : Albin Michel.
- Garel, M., Missonnier, S., & Blondel, B. (2004). The psychological effects of multifetal pregnancy reduction. In I. Blickstein, & L. G. Keith (Dir.), *Multiple pre-*

- gnancy. *Epidemiology, gestation and perinatal outcome*. (2<sup>nd</sup> ed. newly revised, pp. 856–861). London, New York : Ed. Parthenon Publishing Group.
- Garel, M., Charlemaïne, E., & Missonnier, S. (2010). Multiple fetuses pregnancy and other medical high-risk pregnancies. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, & J. Cox (Dir.), *Parenthood and Mental Health : a bridge between infant and adult psychiatry*. New York : John Wiley & Sons.
- Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. Paris : PUF.
- Golse, B. (2000). Le maternel et le féminin au regard de la bisexualité psychique. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 43(1), 109–126.
- Golse, B., & Roussillon, R. (2010). *La naissance de l'objet*. Coll. Le Fil Rouge. Paris : PUF.
- Green, A. (1982). *Hamlet et Hamlet. Une interprétation psychanalytique de la représentation*. Paris : Balland.
- Green, A. (1990a). *Le complexe de castration*. Paris : PUF.
- Green, A. (1990b). De la tiercéité. Collectif. *La psychanalyse : questions pour demain* (pp. 243–277). Coll. Monographies de la Revue française de psychanalyse. Paris : PUF.
- Guedeny, N., & Jeammet, P. (2001). Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, 13, 51–64.
- Guedj Bourdiau, M. J. (2008). *Urgences psychiatriques*. Paris : Masson.
- Ionescu, S., Jacquet, M. J., & Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense. Théorie et Clinique*. Paris : Nathan.
- Klein, M. (1987). Les stades précoces du conflit œdipien. In M. Klein (Dir.), *Essais de psychanalyse*. (1<sup>re</sup> éd. 1928) pp. 229–241. Paris : Payot.
- Klein, M. (1968). *Envie et gratitude*. (1<sup>re</sup> éd. 1957). Coll. Tel. Paris : Gallimard.
- Kumar Ramesh, C. (2001). Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson. « L'enfant de n'importe qui ». *Devenir*, 14, 47–75.
- Lagache, D. (1949b). Psychologie clinique et méthode clinique. *L'Évolution Psychiatrique*, 1.
- Lebovivi, S., & Weil-Halpern, F. (1989). *Psychopathologie du bébé*. (p. 755) Paris : PUF.
- Lecanuet, J. P., Granier-Deferre, C., & Schaal, B. (1995). Les perceptions fœtales. Ontogénèses des systèmes et écologie fœtale. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 253–263). Paris : PUF.
- Le Nestour, A. (2004). Une intimité à créer. Psychothérapie d'une parentalité limite dans la période périnatale. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 47(2), 457–489.
- Le Nestour, A. Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 207 ; 50(1), 125–77.
- Lof, A. F. (Dir.), (2011). *Cancer et grossesse*. Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Mathieu, E., Berkane, N., Rondeau, E., & Uzan, S. (2005). Hypertension artérielle, lupus et grossesse. In D. Cabrol, J. C. Pons, & F. Goffinet (Dir.), *Traité d'Obstétrique*. (Chap. 55) Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Mazet, P., & Lebovici, S. (1998). Psychiatrie périnatale, parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie. In P. Mazet, & S. Lebovici (Dir.), *Monographies de la psychiatrie de l'enfant*. Paris : PUF.
- Merviel, P., Stefanescu, D., Carbillon, L., Mathieu, E., Berkane, N., Uzan, M., et al. (2005). Hématome rétro-placentaire. In D. Cabrol, J. C. Pons, & F. Goffinet (Dir.), *Traité d'obstétrique*. (Chap. 94) Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.
- Missonnier, S. (2005). Un groupe de parents d'enfants handicapés au CAMSP. In D. Brun (Dir.), *7<sup>e</sup> Colloque de médecine et psychanalyse. Violence de l'annonce, violence du dire*. Paris : Éditions Études Freudiennes.
- Missonnier, S. (2008). La revanche des Dupondt et le trésor de l'Escabelle. In C. Robineau (Dir.), Coll. 1001 BB : *L'Escabelle, les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?* Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Molénat, F., & Toubin, R. M. (1996). Vers des réseaux de soins précoces. In M. Dugnat, et al. (Dir.), *Troubles relationnels père-mère-bébé. Quels soins ?* Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Morisseau, L. (2001). Les psychothérapies psychanalytiques mère-bébé. *Champ Psychosomatique*, 23, 85–100.
- O'Hara, M. W. (1995). *Postpartum depression : causes and consequences*. Berlin : Springer-Verlag.
- O'Hara, M. W. (2001). La dépression du post-partum : les études de l'Iowa. *Devenir*, 13, 7–20.
- Papiernik, E. (1991). Prévention de la prématurité dans les grossesses gémellaires, problèmes et techniques. In E. Papiernik, & J. C. Pons (Dir.), *Les grossesses multiples*. Paris : Doïn.
- Pierrehumbert, B., Borghini, A., Müller Nix, C., Forcada Guex, M., & Ansermet, F. (2007). Risques périnataux et difficultés d'attachement. *Contraste*, 26, 137–143.
- Poinso, F., Samuelli, J. C., Delzenne, V., Huiart, L., Sparrow, J., & Rufo, M. (2001). Dépressions du post-partum : Délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 44(2), 379–413.
- Pons, J. C. (2008). La grossesse gémellaire : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ? In C. Robineau (Dir.), *L'Escabelle, les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?* Coll. 1001 BB : Ramonville-Saint-Agne : Érès.
- Richard, F. (2011). *La rencontre psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Ricœur, P. (1984). *Temps et récit, 2. La configuration dans le récit de fiction*. Paris : Le Seuil.
- Ricœur, P. (1985). *Temps et récit, 3. Le temps raconté*. Paris : Le Seuil.

- Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Roussillon, R. (1995). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris : PUF.
- Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., & Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Shafak, E. (2007). *Lait Noir*. Paris : Phébus.
- Smadja, C. (1991). À propos d'un mode particulier de maîtrise des excitations. *Les Textes du Centre A. Binet*. 19.
- Smadja, C. (1993). À propos des procédés autocalmants du Moi. *Revue Française de Psychosomatique*. 4.
- Soulé, M., Noël, J., & Frichet, A. (1989). Le travail préventif auprès de la famille en faveur du très jeune enfant. In S. Lebovici, & F. Weil-Halpern (Dir.), *Psychopathologie du bébé* (pp. 751–759). Paris : PUF.
- Stern, D. (1997). *Mère, enfant, les premières relations*. Bruxelles : Éditions Mardaga.
- Sutter, J. (1983). *L'anticipation*. Paris : PUF.
- Szejer, M. (2009). *Si les bébés pouvaient parler....* Paris : Bayard.
- Uzan, S., Beaufils, M., & Uzan, M. (1995). HTA et grossesse. In S. Mimoun (Dir.), *Obstétrique*. (Chap. 64) Paris : Flammarion/Médecine-Sciences .
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and Researchers*. Washington : American Psychiatric Press Inc.
- Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth : a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587–597.

# Index

---

## A

Abandon, 337  
Abus sexuel, 177, 183  
Accès maniaque, 201  
Accompagnement, 33, 43, 272  
– éducatif à domicile (AED), 172  
Accordage, 57, 271  
Accouchement, 269, 338  
– prématuré, 72  
Acte  
– d'enfant sans vie, 128, 129  
– d'état civil, 128  
Addiction, 77, 176, 177, 226  
– intoxication alcoolique, 243  
– toxicomane, 243  
Adoption  
– accouchement sous X, 242  
– consentement à l', 242  
Agression sexuelle, 223  
Aide éducative en milieu ouvert (AEMO), 172, 337  
Aide sociale à l'enfance (ASE), 173, 202  
Allaitement, 175, 198, 204, 205, 207, 217, 284  
– au sein, 280  
Ambivalence, 20, 60, 69, 133, 135, 168, 197, 209, 210, 261  
Amniocentèse, 126  
Analyse collective des pratiques, 298  
Anamnèse  
– médicale, 322  
– psychosomatique, 322  
Angoisse, 54, 131, 167, 174–176, 179, 180, 181, 182, 185, 190, 192, 193, 196, 200, 201, 202, 218, 220, 226, 333, 337, 341, 342  
– archaïque, 213  
– d'abandon, 210, 225  
– d'anéantissement, 209  
– d'éclatement, 209  
– d'intrusion, 209  
– de castration, 209  
– de malformation, 25  
– de morcellement, 209

– de perte, 225  
-- d'amour de l'objet, 210  
– psychotique, 209  
Antécédent psychiatrique, 175  
Anticipation, 134, 135, 171, 175, 204, 206, 213, 257  
Antidépresseur, 197, 198, 218, 330  
Antipsychotique, 330  
Anxiété, 76  
Anxiolytique, 198  
Attachement, 130, 135, 168, 193  
– théorie de l', 12, 61  
Axe hypothalamo-hypophysaire, 52

## B

Béance cervico-isthmique, 74  
Bipolarité, 190, 199, 201, 204  
Blues du post-partum (BPP), 29, 169, 185  
*Borderline*, 201, 211, 220, 226  
Bouffée délirante aiguë, 200  
Brigade territoriale pour la protection de la famille, 172

## C

Capacité  
– de rêverie, 50  
– négative, 323  
Carence, 224  
– affective, 177, 219, 222  
– éducative, 177, 219, 222  
– psycho-affective, 79  
– socio-éducative, 337  
Centre médico-psychologique (CMP), 203, 207, 211, 214, 215, 217, 338  
Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), 125, 126, 342  
Cerclage, 74  
Cheminement  
– maternel, 253  
– ordinaire, 36  
Clarté nucale, 119  
Clivage, 209, 341  
Colique, 139

Collaboration pédiatre–psychanalyste, 314  
Complexe de la mère morte, 194  
Consentement éclairé  
– information du, 118  
Consultation  
– de gastro-pédiatrie psychosomatique  
  précoce, 317  
– pédiatrique, 315  
– psychosomatique, 321  
– thérapeutique  
-- anténatale, 351  
-- prénatale, 345  
Contenance  
– maternelle, 50  
– utérine, 70  
Continuité, 296  
Contractions utérines, 73  
Contre-transfert, 131, 323  
– réflexion contre-transférentielle  
  du pédiatre, 325  
– réflexion transféro-contre-transférentielle, 317  
Cortisol, 52  
Coutumier  
– accompagnement coutumier, 41  
– difficulté coutumière, 280  
– situation coutumière, 262  
Culpabilité maternelle, 325  
Culturel, 41, 69  
– dimension culturelle, 39  
– efficacité culturelle, 34

## D

Décompensation  
– aiguë, 202, 212, 217  
-- du post-partum, 169, 177, 200, 201, 203,  
  207, 208, 218  
– délirante, 200  
– du post-partum, 176, 188, 212  
– périnatale, 200  
– psychiatrique, 135  
– psychotique du post-partum, 127, 197  
Démoulage, 271  
Déni, 173, 202, 204, 206, 209  
– de grossesse, 109, 111, 112, 157, 212  
– (dé)négaration, 112, 157  
– déclaration tardive  
-- grossesse cachée, 157  
-- négation de grossesse, 111  
-- partiel, 111  
-- total, 111  
– de l'accouchement, 200  
Dépendance, 210, 225, 337  
Dépersonnalisation, 144  
Dépistage, 190  
– anténatal, 117

Dépression, 127, 130, 164, 182, 185, 188, 191, 204, 207,  
208, 210, 214, 226, 280, 330  
– aiguë, 199  
– anaclitique, 222  
– anténatale, 76, 136, 168, 189, 190, 194, 195, 197  
– chronique, 199  
– du post-partum, 177, 186, 192, 196, 205  
– postnatale, 79, 136, 168, 186, 187, 189, 193  
Dépressivité, 185, 195  
Désir d'enfant, 69  
Détresse, 144  
Deuil, 129, 132, 133, 177, 179, 182, 190  
– absent, 127  
– chronique, 127  
– différé, 127  
– pathologique, 128, 131, 134  
– périnatal, 125, 137  
Développement, 313  
– psychosomatique, 45  
-- en interaction, 45  
Diagnostic  
– anténatal, 23, 117  
– pré-implantatoire, 122  
– prénatal non invasif, 123  
Dialogue corporel, 271  
Dysharmonie relationnelle, 222  
– grave, 208  
– mère–bébé, 342  
– périnatale, 170  
– précoce, 186  
Dysrythmie, 152

## E

Échographie  
– doppler, 89  
Éclampsie, 85  
*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), 188, 220  
Empathie, 134, 182, 185, 209, 226, 227, 314  
– biopsychique, 323  
Empiètement, 58  
Énonciation, 257, 263, 282  
Entretien  
– du 1<sup>er</sup> trimestre, 80  
– prénatal précoce (EPP), 42, 175, 195, 251, 276, 282  
Environnement familial, 321  
Épigenèse, 47  
– interactive, 150  
Espace  
– collectif, 35  
– des solidarités (EDS), 172, 175, 207, 215  
État  
– de stress post-traumatique (ESPT), 104  
– limite, 208, 209, 218, 224  
Étayage, 57  
Expression somatique, 323

**F**

- Facteur
  - de risque, 73
  - immunologique, 75
  - psychologique, 76
- Famille
  - à problèmes multiples, 200, 222, 226
  - à vulnérabilité multiple, 79
- Fausse couche spontanée (FCS), 125, 184, 337
  - précoce, 123, 128
  - tardive, 74, 123, 129
- Féminin, 178
- Féminité, 134
- Fibroscopie, 151
- Filiation, 179
- Fœtus, 27
- Fonction
  - alpha, 326
  - maternelle, 56, 278
  - paternelle, 278
- Fonctionnement limite, 220, 330
- Formation, 350
  - universitaire, 348
  - diplômés, 349

**G**

- Gémellité, 77
- Génétique, 88
- Globalité, 257
- Grossesse, 19
  - chez l'adolescente, 155
  - multiple, 74
  - tardive, 161
- Groupe, 132, 134, 280
  - de paroles, 131
  - groupal, 35, 42
  - groupalité, 266
  - homogénéité au sein du, 42
  - réflexion groupale, 298

**H**

- Haptonomie, 106
- Haute Autorité de santé (HAS), 240
- hCG, 70
- HELLP syndrome, 85
- Hématome rétroplacentaire, 85
- Honte, 79
- Hospitalisation à domicile (HAD), 176, 207
- Hyperémèse gravidique, 66
- Hypertension artérielle gravidique, 83
- Hypotrophie fœtale, 83
- Hystérie, 68

**I**

- Identification, 170, 197
  - projective, 58, 209
- Identité narrative, 287
- Incertitude/anticipation, 24
- Infanticide, 197, 201
- Infection, 74
- Information préoccupante, 172, 217, 221
- Intégration psychosomatique, 60
- Interaction
  - affective, 47
  - comportementale, 47
  - fantasmatique, 47
  - fœto-maternelle, 47
  - observation de l', 166
  - précoce, 46
  - réelle, 47
  - sensorielle, 256
  - ultraprécoce, 46
- Interdisciplinarité, 174, 217, 261
- Interprétation virtuelle, 326
- Interruption de grossesse, 129, 185, 342
  - médicale (IMG), 119, 123-125, 133, 201, 330
  - volontaire (IVG), 123, 124, 128, 176
- Intersubjectif, 185
- Intervention à domicile, 166
- Intime, 260
- Investigation et orientation éducative (IOE), 172

**J**

- Jeu de rôle, 297
- Juge pour enfants, 172, 208, 214, 218

**L**

- Langage, 52
- Lien
  - *in utero*, 256
  - premiers liens, 282

**M**

- Malaise
  - du nourrisson, 144
- Maltraitance, 79, 177, 183, 197, 219, 223, 226
- Mandat transgénérationnel, 179
- Marqueur
  - précoce, 88
  - sérique, 119
- Maternalité, 169, 207
- Maternel, 178
- Matrice de soutien, 255
- Maturation psychosomatique, 46
- Mélancolie, 127, 187, 201
- Menace d'accouchement prématuré (MAP), 72, 136, 178, 182, 184
- Migration, 75, 76, 164, 177, 178

- Modification cervicale, 73  
Morbidité néonatale, 72  
Mort, 314  
– fœtale *in utero* (MFIU), 85, 123, 125, 126, 129, 130, 133, 184  
– maternelle, 83  
– subite inexpliquée du nourrisson (MSIN), 141  
Mortalité  
– fœtale, 125  
– infantile, 125  
– néonatale, 72, 125  
– périnatale, 125
- N**  
Naissance, 20, 33  
– césure de la, 48  
– projet de, 174  
– traumatique, 103  
– traumatisme de la, 53  
– vision globale de la, 33  
Narcissisme, 133, 181, 194, 199, 209, 210, 220  
– blessure narcissique, 225  
Narrativité  
– du discours maternel, 258  
– narration, 325  
Nausées, 65  
Négligence, 79  
*Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS), 192  
Neuroleptique, 197  
Neuropeptide, 142  
Névrose hystérique avec phénomène de conversion, 69  
Névrotique, 194, 209  
*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), 317  
Nouveau-né, douleur chez le, 53
- O**  
Objectalisation du fœtus, 170  
Objet  
– maternel, 340  
– mélancoliforme, 128  
– primaire, 185, 209, 225  
-- maternel, 181, 218  
– psychotique, 213  
– total, 209  
Observation, 213, 253  
– du bébé, 314, 323  
Œsophagite, 144  
Ordonnance de placement provisoire (OPP), 172, 208, 214
- P**  
Pare-excitation, 70, 220, 225  
Parentalité, 19, 167–169, 171, 173, 175, 185, 190, 197, 199, 205, 208, 209, 222, 330, 337, 341, 343  
– staff de, 172, 206  
Passivation, 253  
Paternalité  
– dépressivité paternelle, 230  
– psycho(patho)logie de la, 229  
– syndrome de couvade, 230  
– troubles psychotiques, 236  
Paternel, 178  
Paternité, 120  
Pathologie  
– non obstétricale, 100  
– somatique, 100  
-- cancer, 101  
-- handicap moteur ou sensoriel, 101  
-- sida, 101  
Pédiatre psychosomaticien, 315  
Pédiatrie, 313  
Pédopsychiatrie en liaison, 174  
Péridurale, 273, 282, 302  
Périnatalité, 186, 207  
Personnalisation, 58  
Perte, 127, 129, 130–135, 137, 178, 185, 186, 190, 216  
– périnatale, 125, 128  
Phobie d'impulsion, 194, 196  
Physiologie, 39  
– digestive, 317  
Placement, 177, 214, 219, 222, 224, 338, 341  
– Aide sociale à l'enfance (ASE), 159  
– juge pour enfants, 159  
Placenta, 86  
– barrière placentaire, 48  
– placentation, 87  
– *prævia*, 75  
Pleurs, 139  
*Post-traumatic stress disorder* (PTSD), 128  
Pratiques corporelles, 41  
Précarité, 190, 212, 222, 226 267  
– affective, 219  
– sociale, 219, 246  
-- exclusion, 247  
Pré-éclampsie, 83  
Prématuré, 313  
Prématurité  
– risque organique de la, 79  
– taux de, 79  
Prénatal, 171, 190, 191, 207  
Préoccupation maternelle primaire, 186, 197  
– *handling*, 58  
– *holding*, 58  
– *object presenting*, 58  
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), 262, 266, 267  
Prévention, 31, 38, 131, 137, 165, 177, 204, 206, 316  
– précoce, 170  
– primaire, 35, 170, 189

- psychique précoce, 35
- secondaire, 189
- Procréation médicalement assistée (PMA), 79
- don d'ovocytes, 163
- fécondation *in vitro*, 92
- induction de l'ovulation, 99
- Procureur de la République, 172, 217, 221
- Projet de suivi, 37, 262
- de grossesse et de naissance, 252
- et d'accompagnement, 259
- Protection, 170, 172, 177, 195, 200, 202, 210, 343
- maternelle infantile (PMI), 173, 175, 176, 204, 206, 207, 212, 215, 339, 340, 343
- Psychanalyse, 5, 12
- Psyché-soma, 50
- Psychocorporel, 266
- Psychologie clinique, 1
- périnatale, 2, 3, 5, 9, 11
- Psychopathologie, 167, 205, 209
- maternelle, 168, 212
- paternelle, 212
- périnatale, 168
- Psychose, 337
- aiguë du post-partum, 177
- chronique, 208
- puerpérale, 200, 202, 204, 208
- Psychosomatique médicale, 69, 321
- Psychotique, 194, 209, 210, 226, 330
- Psychotrope, 172, 174, 175, 197, 199, 205–207, 211, 217
- Ptyalisme, 66
- Pulsion de vie
- du bébé, 60

## R

- Réalité psychique, 8, 9
- Recherche-action (R-A), 293
- Récit, 52
- Recueillement, 268, 283
- Réduction embryonnaire, 99
- Rééducation périnéale, 279
- Réflexivité, 167
- Reflux gastro-œsophagien (RGO), 45
- Registre
- du corps, 39
- narcissique, 169, 210
- objectal, 169
- Régurgitation, 144
- Relation
- d'objet virtuelle (ROV), 20, 21, 47
- mère-enfant, 241
- orale, 59
- Réseau, 35, 251, 257
- Résilience, 184
- Retard de croissance intra-utérin (RCIU), 80, 126

## Risque

- organique de la prématurité, 79
- psychosocial, 75
- Rupture prématurée des membranes, 74
- Rythme, 56, 277
- biologique
- acquisition du, 148
- cardiaque fœtal, 90
- digestif du bébé, 149
- maternel, 150

## S

- Savoir propre, 40, 264
- Schizophrène, 214–216
- Schizophrénie, 176, 177, 204, 212, 330, 338
- Scientisme, 315
- Secret professionnel, 260
- Sentiment de sécurité
- externe, 254
- interne, 254
- Séparation
- mère-bébé, 82
- traumatique, 219
- Séparation-individuation, 70
- Service social de l'enfance (SSE), 173
- Sevrage, 277, 278
- Signalement, 173, 214, 217, 340
- cellule de, 172, 218
- judiciaire, 221
- Signe d'appel psychique, 36, 258, 283
- Soignant du périnatal, 285
- formation en réseau, 292
- groupe Balint, 289
- présentation interdisciplinaire d'un cas clinique, 291
- Soin sans consentement, 202, 218
- Somatisation, 77
- Souffrance
- aiguë, 86
- fœtale chronique, 80
- physique, 314
- psychique, 314, 315
- du bébé, 328
- Soutien
- dispositif de, 295
- périnatal, 166
- postnatal, 276
- Spirale interactive, 146
- négative somatopsychique, 153
- Staff
- de parentalité, 172, 206
- psychosocial, 206
- Stress, 69, 76
- maternel, 52
- prénatal, 52, 195
- psychosocial, 79

Succion

- non nutritive, 60
- nutritive, 60

Suivi

- à domicile, 277
- anticipé, 37

Supervision

- équipe, 307
- réseau, 307

Symptôme, 48

- fonctionnel digestif, 140
- sens et fonction du, 145

Syndrome

- de stress post-traumatique, 127
- transfuseur-transfusé, 94

Système HLA, 86

**T**

Technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF), 172, 216, 217, 221

Tentative de suicide, 201

Théorie

- de la séduction généralisée, 61
- de la subversion libidinale, 61

Thérapie cognitivo-comportementale, 200

Thymorégulateur, 202

Trace, 133, 168, 180, 182, 202, 218

- de la vie fœtale, 48, 49, 50
- mnésique, 49
- psychique, 50
- synaptique, 50
- traumatique, 48, 181

Transfert, 131

Transmission, 260, 331

- transgénérationnelle, 168, 179, 315

Transparence psychique, 19, 70, 170, 180, 185

Traumatisme, 179, 180, 183, 218, 227

- après-coup, 51
- de la naissance, 28, 53

- en trois temps, 51

- psychique, 47

- trauma, 185

- précoce, 181, 182

- traumatique, 137, 164, 177, 181, 184, 195

Trophoblaste

- syncytiotrophoblaste, 86

Trouble

- bipolaire, 176, 177, 201, 203

- de l'humeur, 202

- de la personnalité, 169, 177, 190, 194, 199, 207

- du comportement alimentaire, 69, 176, 177

- fonctionnel, 139

- digestif, 142

- obsessionnel compulsif, 176

- psychosomatique, 207

- schizo-affectif, 202

- schizophrénique, 201, 202

**U**

Unité

- de parentalité, 204, 207

- kangourou, 316

- mère-bébé, 203, 207, 208, 216, 218, 338, 339

**V**

Viabilité, 128

Violence, 172, 212, 220, 223

- conjugale, 178, 182, 190, 205, 206, 245

- fondamentale, 197

Visite à domicile (VAD), 200, 227, 296

Vitalité, 128

Vomissement, 178, 332

- gravidique, 65

- incoercible, 65, 333

Vulnérabilité, 176, 182, 190, 193, 199,

209, 221, 226

- maternelle, 240

470541 – (I) – (1,3) – CM90

Elsevier Masson S.A.S -  
62, rue Camille-Desmoulins,  
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex  
Dépôt légal : juin 2012

Composition : SPI

*Imprimé en Pologne par Dimograf*