

# A l'articulation de l'anté et du postnatal:

Prévention et soins précoces à l'antenne médico-psychologique de périnatalité de Sallanches (74)

Dr Françoise FERICELLI

ANECAMSP novembre 2009  
Paris

# CADRE de TRAVAIL

- Petite unité de pédopsychiatrie créée en 2004, rattachée à un service de PIJ.
- Soignants: 0,6 ETP de pédopsychiatre et 0,6 ETP de psychologue clinicien.
- Interventions à l'hôpital général de notre secteur, en maternité, en néonatalogie et en pédiatrie jusqu'à 18 mois.

# Principaux repères théoriques utilisés

- Les modifications psychiques propres à la grossesse.

Réf. Winnicott: la préoccupation maternelle primaire

Racamier: la maternalité, crise maturative et du développement

Bydlowski: la transparence psychique

- La psychiatrie du bébé

Réf. Stern, Lebovici, Soulé, Cramer: la théorie des interactions précoces et la pratique des psychothérapies conjointes mère/bébé.

Palacio Espasa: les conflits de la parentalité et leurs effets sur la construction psychique de l'enfant.

# Constats de départ (2004)

- Les pédopsychiatres et les psychologues cliniciens pour enfant étaient **rarement conviés en anténatal** dans le cadre de notre travail de secteur.
- Notre service de PIJ avait développé depuis de nombreuses années un partenariat avec le service de pédiatrie mais n'avait que des **contacts ponctuels avec la maternité**.
- Les professionnels somaticiens intervenant en anténatal sont bien distincts de ceux intervenant en postnatal: **SF et obstétriciens d'un côté, pédiatres et puéricultrices de l'autre**. Liens en postnatal immédiat seulement.

# Objectifs de départ

- Objectif 1: réfléchir à un outil de *prévention extrêmement précoce des troubles psychopathologiques de l'enfant.*
- Objectif 2: mettre en place un dispositif qui tienne compte de *la continuité des processus psychiques de la parentalité entre l'anténatal, la naissance et le postnatal* et aussi *de la continuité du développement psychique du fœtus et du nourrisson.*
- Objectif 3: permettre *une articulation entre la prévention et les soins précoces*

# Fonctionnement de l'antenne de périnatalité: les consultations

**Principe: des consultations qui relèvent d'un triple jeu de consentement:**

- Celui du professionnel somaticien adresseur (SF, obstétriciens)
- Celui de la patiente à qui la CS est proposée
- Celui de l'antenne médico psychologique de périnatalité qui, en acceptant de recevoir la patiente, reconnaît que la situation relève de son champ.

# Fonctionnement de l'AMPP: liens avec la maternité et la pédiatrie

- **Une réunion commune bi-mensuelle maternité /AMPP** (situations qui préoccupent l'équipe de maternité, sensibilisation à la dimension psy des situations, questions de fonctionnement)
- Présence hebdomadaire au **staff d'obstétrique** (pédopsychiatre)
- Présence hebdomadaire au **staff pédiatrique de néonatalogie** (psychologue)
- Echanges plus **informels** (entre professionnels concernés par une situation clinique précise)

# Fonctionnement de l'AMPP: le réseau

**Principe: faciliter la continuité des suivis psy entre l'anté et le postnatal**

- Permettre à des professionnels extérieurs à l'hôpital de nous adresser des patientes (SF et obstétriciens libéraux, SF de PMI...). La majorité des grossesses sont suivies en dehors de l'hôpital)
- Développer un intense travail de réseau avec les professionnels de la grossesse et de la naissance et avec les professionnels susceptibles d'intervenir en aval de la naissance (pédiatres, puéricultrices de PMI, CAMSP, CMPI...)
- Pouvoir effectuer si nécessaire des CS postnatales mère/bébé à la suite des CS anténatales.

# Difficultés rencontrées / Éléments facilitateurs

- **Les directions** des 2 hôpitaux et **les pédiatres**: étant définis comme une unité de pédopsychiatrie de liaison, incompréhension à l'égard de nos interventions en anténatal: « Il n'y a pas d'enfant! Qu'est-ce qu'un pédopsychiatre peut faire? »
- Réactivation de la **rivalité** existante Maternité/Pédiatrie
- Bonne compréhension et adhésion au projet de la part de **la maternité** (en particulier SF), sensibilisées à ces questions par le **plan périnatalité**.
- La participation active de **la PMI** qui comportait SF et puéricultrices travaillant « en bonne intelligence » (entre elles et avec maternité et pédiatrie)

# BILAN de 5 ANS de FONCTIONNEMENT

- 81 CS en 2004 / 382 en 2008 → Nécessité de moyens supplémentaires et d'individualiser au sein de la PPL une *pédopsychiatrie de liaison périnatale*. ( Antenne médico-psychologique de périnatalité).
- Inversion de la proportion de demandes en anténatal et en postnatal: en 2004, 62% des demandes de la maternité concernaient le postnatal, et seulement 38% l'anténatal. En 2006, on était à 50/50. Actuellement, 68% de demandes concernent l'anténatal.

# Vignette clinique 1: *une transmission problématique*

Adresse et consultations

Cadre de soins

Nature des mobilisations psychiques



*« Vous m'avez guidée sur mon glacier intérieur; Lucas et moi, nous vous remercions »*

# Vignette clinique 2: *une transmission chaotique*



Adresse et consultations

Cadre de soins

Nature des mobilisations psychiques

# Indications des interventions pédopsychiatriques en anténatal

- Toute femme (et son conjoint) enceinte ou ayant investi psychiquement l'idée d'une grossesse.
- Lorsque les processus psychiques propres à la grossesse sont bloqués et/ou lorsque la construction de la parentalité est entravée (histoire générationnelle des futurs parents)

# Objectifs des interventions pédopsychiatriques en anténatal

- Prévention précoce de la psychopathologie de l'enfant à naître.
- Si nécessaire: mise en place le plus tôt possible après la naissance d'un cadre de soins précoces mère/enfant, en s'appuyant sur l'alliance créée avant la naissance autour de l'enfant virtuel.

# Mécanismes des interventions pédopsychiatriques en anténatal

- Profiter de la situation de transparence psychique de la grossesse pour créer une alliance thérapeutique permettant une intervention du thérapeute sur les *processus de parentalisation et de transmission*.
- Mobiliser ce qui se joue au niveau du *narcissisme parental* et qui risque d'être violemment projeté sur l'enfant en *entravant ses propres processus de développement*.

# CONCLUSIONS: un cadre à « co-construire »... Sans cesse...

- Un cadre de soins en anténatal spécifique et souple à la fois, qui tient compte du cadre de la maternité et des objectifs de mobilisation intrapsychique qu'on se donne.
- Un travail de réseau qui vient renforcer le cadre en fonction de la psychopathologie maternelle et/ou du type de mouvement déclenché chez la mère par la grossesse et/ou par l'enfant.
- Un espace d'accueil et d'accompagnement du développement de la parentalité anténatale (enfant virtuel) et postnatale (enfant réel).
- Un espace d'accueil et de soins précoces pour la dyade mère/BB, d'orientation si nécessaire vers des structures de soins plus contenant.

# En tout état de cause...

Un espace institutionnellement exposé  
nécessitant:

- ❖ Une véritable volonté politique nationale et locale.
- ❖ La participation de tous les acteurs concernés.
- ❖ L'engagement des soignants dans une réflexion éthique permanente.

An aerial photograph of a mountain range. The peaks are covered in snow, and the slopes are a mix of brown and green. A valley is visible in the center, with a river or road winding through it. The sky is a clear, pale blue.

Merci de votre attention...