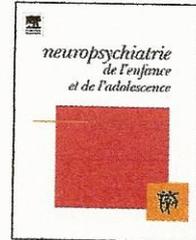


Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Enjeux pédopsychiatriques anténataux en maternité : prévention et soins précoces

Pedopsychiatric stakes before birth: Prevention and precocious care

F. Fericelli*

Service de psychiatrie infantile du Mont Blanc, antenne médicopsychologique de périnatalité, 380, rue de l'Hôpital, 74 700 Sallanches, France

MOTS CLÉS

Pédopsychiatrie;
Maternité;
Parentalité;
Prévention précoce;
Transmission
psychique;
Consultation
thérapeutique
anténatale

Résumé Les interventions de pédopsychiatres et de psychologues d'enfants en maternité sont de développement récent. Ces interventions nécessitent des collaborations avec les professionnels de la naissance, obstétriciens et sages-femmes. Le pédopsychiatre est amené à construire un cadre de travail spécifique et à se fixer des objectifs concernant la prévention précoce de la psychopathologie infantile. Les remaniements psychiques intenses en lien avec la grossesse sont propices à une intervention précoce, permettant un réaménagement du psychisme parental. Celui-ci doit avoir pour but d'assouplir les projections inconscientes sur le fœtus et le bébé à venir, afin de faciliter sa propre construction psychique. Si le travail effectué en anténatal, par définition limité dans le temps, ne peut aboutir à un réaménagement suffisant, les consultations préalables à la naissance et l'alliance thérapeutique établie avec la mère doivent permettre de préparer un dispositif de soins pour l'enfant et sa mère en postnatal. Nous illustrerons notre propos de trois vignettes cliniques afin de définir quels sont les enjeux des interventions pédopsychiatriques anténatales en maternité dans le domaine de la prévention et des soins.
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Child psychiatry;
Maternity hospital;

Abstract Pedopsychiatric interventions in maternity hospital are recent. These interventions require collaborations with professionals of birth, obstetricians and midwives. The child's psychiatrist is led to build a specific work setting and to settle of objectives concerning precocious prevention of infantile psychopathology. The intense psychical modifications

* Auteur correspondant. Établissement public de santé mentale de la vallée de L'Arve, 9, avenue de Chatillon, 74300 Cluses, France.
Adresses e-mail : fericelli-f@ch-eps74.fr, fr.fericelli@bluewin.ch.

Parenthood;
Precocious
prevention;
Psychic transmission;
Therapeutic
consultations before
birth

in link with pregnancy are advantageous for a very precocious care. This care must allow a redevelopment of parental psyche to ease subconscious projections on the foetus and future baby so as to facilitate his/her own psychic construction. If the work before birth, by definition restricted in time, cannot lead to a good enough redevelopment, it must allow to prepare an implement of care for the baby and his mother after birth. We shall illustrate our purpose with three clinical cases. At last, we shall define what stakes of therapeutic consultations before birth are, in the field of prevention and precocious care of the baby.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

De nombreuses avancées ont été effectuées ces dernières décennies dans le domaine de la psychiatrie du bébé. Des pratiques thérapeutiques se référant à la théorie psychodynamique du fonctionnement du psychisme se sont développées pour des enfants de plus en plus jeunes [1–3]. Plus récemment, des pédopsychiatres et des psychologues cliniciens pour enfants se sont aventurés sur un terrain encore plus précoce : celui de la grossesse. Des interventions thérapeutiques en anténatal dans le cadre de collaborations avec des maternités ont été mises en place [4,5]. Ces collaborations ont été largement encouragées en France ces derniers temps, avec le développement de la pédopsychiatrie de liaison périnatale et le récent plan périnatalité 2005–2007.

Nous proposons de rapporter, au travers de trois cas cliniques, l'expérience d'une unité de pédopsychiatrie à l'hôpital général, qui intervient en maternité et en néonatalogie. Après un rappel des bases théoriques sur lesquelles nous nous sommes fondés, nous exposerons le cadre général de notre travail en périnatalité. Dans chaque situation clinique, nous décrirons les motifs d'adresse des patientes, le cadre des soins psychiques et les différents partenariats mis en place, la nature des mobilisations psychiques survenues au cours des consultations et leurs effets sur l'enfant à venir. À partir de ces situations particulières, nous définirons quels sont les objectifs généraux et les enjeux des interventions pédopsychiatriques en anténatal.

2. Bases théoriques

2.1. Mécanismes psychiques propres à la grossesse

Le premier thérapeute d'enfants qui s'intéresse à l'état psychique de la femme enceinte et récemment accouchée est Winnicott [6], pédiatre et psychanalyste. Il observe l'existence d'un état psychique particulier au cours du post-partum chez les femmes normales et désigne cet état par le terme de préoccupation maternelle primaire. Winnicott repère que la préoccupation maternelle primaire « se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et opérationnel à sa fin. ». La femme enceinte se désintéresse de ses investissements habituels pour se centrer sur elle-même et son état, ses rêveries à propos de l'enfant à venir, son monde interne. Winnicott insiste sur le fait que cet état de repli narcissique progressif

est nécessaire afin que la mère puisse s'adapter au mieux aux besoins de son bébé de manière à lui assurer un sentiment continu d'existence.

De son côté, Racamier [7], dès 1961 puis dans son ouvrage « Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée » [8] a décrit chez la femme enceinte une étape essentielle, une crise maturative ou du développement comparable à la crise d'adolescence du fait de la réactivation de conflits latents par des facteurs hormonaux, psychologiques, sociologiques, ethnologiques. Racamier désigne cette phase du développement psychoaffectif de la femme par le terme de maternalité. Comme l'adolescence, la grossesse n'est donc pas qu'un processus physiologique, mais également une période d'intenses remaniements psychiques. La mobilisation psychique constatée peut être l'occasion d'une intervention thérapeutique visant à des réaménagements des instances, à des mobilisations identifiantes.

Un autre auteur, Bydlowski [4], qui fut une pionnière en France du travail psychanalytique mené en maternité, apporte une jolie description de la réalité intérieure de la femme enceinte : il s'agirait du « bébé d'autrefois, portant un enfant à naître et se souvenant dans son corps de ses propres émotions précoces ». Bydlowski évoque le regard oblique et pathétique des madones des peintres de la renaissance, qui pourrait être la métaphore de la crise émotionnelle et maturative traversée par la femme enceinte. Regard de la passion intérieure et silencieuse, tourné vers un objet invisible et mystérieux : telle pourrait être la représentation de l'objet interne des psychanalystes, avivée par la gestation. Cet auteur a également introduit la notion de transparence psychique chez la femme enceinte : des fragments d'inconscient viennent naturellement à la conscience, au travers de reviviscences mnésiques et de fantasmes régressifs correspondant à un afflux de représentations infantiles. Toutes ces motions inconscientes ne rencontrent pas la barrière habituelle du refoulement. Ce mécanisme, habituellement présent dans la psychose, correspond chez la femme enceinte à un état normal.

Nous assistons en particulier pendant la grossesse à une mobilisation du narcissisme qui implique des changements contradictoires : changements à la fois source de satisfaction narcissique (identification de la femme enceinte à ses propres parents et à leur puissance), mais aussi changements source de renoncement (à être soi-même l'enfant merveilleux). En tout état de cause, la grossesse favorise l'émergence d'une problématique en lien avec les identifications de la future mère à sa propre imagoma-

ternelle. Cette imago peut parfois correspondre à une représentation dévalorisée ou haïe, ce qui sera source d'un intense conflit au moment de devenir mère soi-même.

La grossesse provoque également une réactivation des fantasmes œdipiens, source d'angoisse et de culpabilité. Mais ce sont incontestablement les fantasmes les plus archaïques et les mécanismes psychiques habituellement présents dans la psychose (déli, clivage et projections) que l'on rencontre fréquemment chez la femme enceinte.

L'intérêt d'une intervention sur le psychisme maternel semble évident, particulièrement lorsque les processus intrapsychiques normaux liés à la grossesse sont bloqués. Il reste à préciser quel est l'intérêt d'une telle intervention pour l'enfant à venir. Habituellement, le pédopsychiatre est convoqué plus tardivement, sur la scène des symptômes chez l'enfant, signalant l'existence d'une souffrance psychique. À cette occasion, des entretiens familiaux révèlent fréquemment l'existence de projections parentales invalidantes pour l'enfant ; nous arrivons parfois à les mobiliser, mais nous ne parvenons en général pas à les modifier fondamentalement. Or, pendant la grossesse, nous assistons à la mise en place de ces mécanismes de projection sur l'enfant, en lien avec l'histoire générationnelle de chacun des parents.

2.2. Psychiatrie du bébé

Les développements de ces 30 dernières années concernant la psychiatrie du bébé avec des auteurs comme Stern [3], Lebovici [2], Cramer et Palacio-Espasa [1], nous permettent de faire le pont entre les contenus psychiques maternels et les réactions du nourrisson. Il s'agit essentiellement de la théorie des interactions précoces et de la pratique des psychothérapies mère-bébé. On a pu ainsi construire une véritable métapsychologie des relations précoces. Cramer et Palacio [1] ont théorisé l'existence d'une nouvelle topique avec le fonctionnement mental du post-partum, nouvelle topique déterminant les mobilisations psychiques possibles au cours des thérapies conjointes mères-bébés. Palacio-Espasa [9] en 2001, définit différents types de conflits de la parentalité (normale, névrotique, masochique, narcissique) et leur effet sur l'organisation psychique de l'enfant.

Golse [10], dans son récent ouvrage intitulé « L'être bébé », spécifie que les processus de transmission mère-bébé ne portent pas que sur des contenus de pensée mais aussi, voire parfois surtout, sur les contenants de pensée. De ce fait, deux types de processus peuvent se transmettre : d'une part les processus qui permettent la transmission, et d'autre part les processus qui sont susceptibles d'entraver la transmission, phénomènes que l'on appelle aussi travail ou transmission du négatif.

Nourri de ces pratiques et de ces avancées théoriques, il devient alors tentant pour le pédopsychiatre de s'aventurer sur un chemin encore plus précoce, celui de la grossesse, et de réfléchir à ce qui pourrait devenir un outil de prévention extrêmement précoce des troubles psychopathologiques de l'enfant.

3. Dispositifs de prévention et de soins en pédopsychiatrie périnatale

Le cadre général d'inscription des dispositifs existant en France est celui du secteur de psychiatrie infantile et plus précisément de la circulaire de 1992 précisant que le fonctionnement des secteurs de pédopsychiatrie doit permettre de développer la précocité des interventions spécialisées. Sur le terrain, plusieurs modes de travail se sont développés :

- Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé qui se sont constituées à titre expérimental dès 1980 [11,12]. Dans un second temps sont apparus des dispositifs articulant consultations, accueil thérapeutique à temps partiel, observations au domicile, hospitalisations conjointes. Garret-Gloannec [13] a développé ce type de dispositif sur la base d'un travail de collaboration entre le secteur de psychiatrie infantile et la protection maternelle et infantile (PMI).
- Le travail de liaison à l'hôpital général dont l'objet est de développer une action conjointe entre les équipes de pédopsychiatrie et les services de maternité et de pédiatrie. Une des idées qui sous-tendent la pédopsychiatrie de liaison périnatale est de nouer et d'intriquer les actions curatives et les actions préventives [5,14] sur une période s'étendant pour la plupart des auteurs entre la conception et les 18 mois de l'enfant. Un des intérêts de ce dispositif est de donner directement accès au pédopsychiatre à la période anténatale.

Ces modalités de prévention et de soins se sont développées différemment selon les régions en fonction des équipements accordés et des orientations institutionnelles (par exemple, 2/3 des lits d'hospitalisation conjointe se situent en région parisienne). En tout état de cause, les auteurs s'accordent pour insister sur la nécessité d'un travail en réseau avec les professionnels de première ligne (maternités, PMI, pédiatres...), l'intérêt des approches pluridisciplinaires et des articulations entre les différents dispositifs existants [14-16].

4. L'antenne médicopsychologique de périnatalité à l'hôpital général de Sallanches (Haute-Savoie)

Il y a quatre ans, nous avons cherché à mettre en place au sein de notre service de psychiatrie infantile une petite unité de pédopsychiatrie qui puisse intervenir dans l'hôpital général de notre secteur, en maternité et en néonatalogie [17]. Nous l'avons dénommée antenne médicopsychologique de périnatalité. Trois soignants à mi-temps y travaillent : deux psychologues cliniciennes et un pédopsychiatre. Notre service de pédopsychiatrie est rattaché administrativement à un établissement public de santé mentale. Le service de gynécologie-obstétrique, lui, dépend de l'hôpital général. L'hôpital général met à notre disposition des locaux spécifiques. Nous intervenons en maternité selon les modalités classiques décrites en France pour la pédopsychiatrie de liaison périnatale [18]. Les consultations effectuées relèvent d'un triple jeu de consentements :

- les professionnels de première ligne (sages-femmes, obstétriciens) repèrent les patientes susceptibles de pouvoir relever de nos soins ;
- les patientes acceptent l'idée d'une telle consultation et contactent le secrétariat de l'antenne médicopsychologique de périnatalité pour demander un rendez-vous ;
- l'équipe de l'antenne de périnatalité étudie la demande de la patiente et les renseignements transmis par les professionnels. En acceptant de recevoir la patiente, le thérapeute concerné reconnaît que la situation relève bien de son champ.

Il est à noter qu'un nombre conséquent de grossesses sont suivies hors de l'hôpital, les patientes n'arrivant alors en consultation en maternité qu'au neuvième mois pour l'ouverture de leur dossier pour l'accouchement. Or nous souhaitons développer le travail en anténatal et offrir une continuité entre l'anténatal et le postnatal. Il a donc été décidé de permettre à des professionnels extérieurs à l'hôpital de nous adresser des patientes.

Le volume total de nos consultations en maternité a considérablement augmenté, ce qui témoigne de l'accroissement rapide de la sensibilité des sages-femmes et des obstétriciens aux situations pouvant bénéficier de nos interventions. Nous avons effectué 81 consultations en 2004 contre 302 en 2007, pour un nombre d'accouchements stable (environ 1200 par an). Le plus souvent, il s'agit de cinq ou six consultations s'échelonnant sur quelques mois, démarrant pendant la grossesse, et se poursuivant quelques mois après la naissance. Nous suivons également les femmes ayant subi une mort fœtale in utero ou une interruption médicale volontaire de grossesse, dans un but d'accompagnement du deuil et de prévention pour la grossesse et l'enfant suivant.

Les liens avec la maternité sont assurés par une réunion commune bimensuelle permettant d'aborder les situations qui préoccupent l'équipe de maternité et les questions de fonctionnement entre nos deux équipes. Nous assistons le plus souvent possible aux staffs médicaux hebdomadaires du service d'obstétrique. D'autres échanges plus informels ont lieu autour d'une situation clinique précise, entre les professionnels plus spécifiquement concernés. Ces échanges s'effectuent avec l'accord des patientes.

Nous effectuons également un travail de réseau avec les différents professionnels de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance concernés par chaque situation : obstétriciens et sage-femmes installés en libéral, sage-femmes et puéricultrices de PMI, pédiatres, psychiatres et infirmières de psychiatrie adulte, etc.

5. Vignette clinique 1 : une transmission problématique

5.1. L'adresse par le professionnel de première ligne

Mme A. est adressée par une sage-femme obstétricienne de l'hôpital. La patiente a deux filles de sept et cinq ans. La première grossesse est survenue après plusieurs années d'infertilité, suite à une procréation médicalement assistée. La deuxième grossesse a eu lieu spontanément et rapidement après la première. Actuellement, la patiente

souhaite une troisième grossesse qui ne vient pas, malgré la prescription d'inducteurs de l'ovulation. Mme A. a fait part à l'obstétricienne d'une préoccupation concernant sa fille aînée. Cette enfant, atteignant bientôt ses sept ans, doit se soumettre prochainement à un bilan médical complexe visant à rechercher une maladie familiale touchant les organes vitaux, maladie dont la mère et le frère de Mme A. sont décédés il y a plusieurs années. Elle ne sait pas comment parler de cette question à sa fille. La gynécologue suppose que cette inquiétude n'est pas sans lien avec la grossesse actuellement désirée qui ne vient pas et se demande également si, dans ce contexte, un soutien de l'éventuelle grossesse à venir ne serait pas nécessaire.

5.2. Les consultations

Il s'agit d'une jolie jeune femme de 37 ans, enseignante de biologie, dont le mari est ingénieur. Son élocution est facile, elle a déjà beaucoup réfléchi à son histoire, les associations viennent sans difficulté.

La vie de cette patiente lorsqu'elle était adolescente et jeune adulte a été rythmée par des décès brutaux dans son entourage. Alors qu'elle avait quinze ans, ses parents sont partis pour une banale journée de ski. À cette époque en pleine opposition adolescente, la patiente refuse d'aller skier avec ses parents. Seul son père reviendra de cette journée sportive : la mère, alors âgée de 40 ans, fait un arrêt cardiaque sur les pistes, est réanimée et transférée en urgence dans un service de réanimation. Elle y restera environ deux mois, n'émergera pas de son coma et décèdera à l'hôpital. Les causes de ce décès restent obscures, le père de la patiente semble avoir cherché à « épargner » ses enfants : Mme A. n'est pas allée voir sa mère à l'hôpital, n'a pas rencontré les médecins qui se sont occupés d'elle. Elle s'est à cette époque jetée à corps perdu dans ses études, n'évoquant jamais avec son père le décès de sa mère. Le père s'est remarié, la patiente est partie faire ses études dans une autre région et a rencontré son conjoint actuel quelques années plus tard. Peu de temps avant la date prévue de son mariage, elle reçoit un appel de son père : son jeune frère vient de mourir brutalement lors d'un entraînement sportif intensif. Suite à ce deuxième décès, Mme A. a des contacts répétés avec les médecins ; le dossier de la mère est ressorti, la famille se soumet à de nombreux examens. Un diagnostic de maladie rare est évoqué concernant une malformation cardiopulmonaire atteignant la lignée maternelle, maladie dont Mme A. serait, pour l'instant, indemne. Le professeur consulté, spécialiste de cette maladie, aurait dit à la patiente, alors âgée de 22 ans : « il n'y a aucune inquiétude à avoir maintenant pour votre santé à vous. Il faudra tout de même faire des bilans tous les deux ou trois ans, mais il y a très peu de chances que la maladie se manifeste chez vous. En revanche, si un jour vous souhaitez une grossesse, il faudra revenir me voir. »

Il m'apparaît que la parole médicale professorale telle que rapportée par la patiente fait peser le poids d'un destin angoissant sur l'éventuelle descendance de Mme A. Un destin mortel, certes comme tout un chacun, mais un destin de mort subite et mystérieuse, pouvant survenir n'importe quand, alors que le processus vital se déroule en apparence normalement. Je communique à la patiente les

réflexions que je me fais à propos de son histoire et de ses difficultés actuelles. La jeune femme m'arrête énergiquement : elle m'explique que cette annonce ne l'avait pas atteinte puisqu'à l'époque elle ne désirait pas d'enfant et qu'actuellement ce qui la préoccupe et ce pourquoi elle est venue me consulter, c'est pour avoir des conseils pour sa fille aînée. Cette enfant va atteindre ses sept ans, l'âge conseillé du premier bilan à propos de cette maladie, les rendez-vous sont déjà prévus, et Mme A. ne sait comment expliquer la chose à sa fille. Bien que percevant à quel point cette affirmation concernant une non-atteinte, un non-ressenti de la jeune femme à propos de l'annonce ancienne du médecin est importante du point de vue psychique, j'accepte de travailler sur la thématique apportée au sujet de la fille aînée. Je propose alors à Mme A. de la recevoir avec son mari afin d'en discuter. Le soulagement de Mme A. est visiblement intense : par ma proposition, je lui rappelle que sa fille est également celle de son mari, qu'elle ne porte pas seule la responsabilité d'expliquer la chose à l'enfant, donc pas seule non plus la responsabilité d'avoir mis au monde une enfant potentiellement atteinte de la maladie maternelle. Assez rapidement lors de l'entretien suivant, le couple convient de parler à la petite fille du décès de sa grand-mère et de son oncle, du lien avec les examens médicaux que Mme A. a dû subir il y a quelques années et que l'enfant va également, comme sa mère, subir.

Après cet entretien, le discours de la patiente va se modifier lors des consultations individuelles. Il sera possible de revenir sur les affects dépressifs éprouvés suite au décès de la mère, affects dépressifs alors transformés en colère à l'égard du père qui s'est remarié si vite, qui n'a rien voulu savoir ni expliquer à ses enfants à propos du décès de sa femme... Les éprouvés ou plutôt les non éprouvés de cette époque s'actualisent pendant les entretiens, la patiente pleure beaucoup. Des liens s'effectuent entre des ressentis passés concernant le décès et des éprouvés actuels en lien avec le projet d'enfant. À l'issue de cinq consultations étalées sur presque trois mois, Mme A. s'est déclarée soulagée. Parallèlement, la troisième grossesse est survenue et le bilan médical de la fille aînée est revenu négatif. La patiente est venue me consulter à plusieurs reprises pendant sa grossesse : son déroulement a été plus calme que les deux précédentes grossesses qui avaient été marquées de beaucoup d'anxiété quant aux capacités à faire avec l'enfant à venir. Cette fois-ci, Mme A. se sentait apaisée, disponible pour sa grossesse et le futur bébé.

Un garçon est né, sans difficulté obstétricale particulière. Je suis passée voir la patiente et son bébé lors de son hospitalisation en maternité, puis Mme A. est venue me consulter une dernière fois avec l'enfant, alors qu'il avait un mois. L'accordage mère-enfant était de bonne qualité, Mme A. était très enveloppante et précautionneuse dans ses gestes, elle parlait beaucoup à l'enfant. Le bébé s'est assoupi dans ses bras au cours de l'entretien. À la fin de cet entretien, Mme A. dit :

« Vous voyez, j'ai pris le risque d'avoir un garçon. J'ai pris le risque qu'il meure un jour, peut-être même trop jeune comme mon frère. Transmettre la vie, c'est transmettre la mort, je ne peux pas en faire abstraction, je

suis trop bien placée pour le savoir ». La patiente pleure, le bébé ouvre les yeux et la regarde intensément. Je lui fais remarquer l'intensité de ce regard.

« Vous croyez qu'il comprend ? » demande Mme A.

Comme je ne réponds pas, la patiente reprend :

« Je lui ai peut-être transmis la maladie ; mais il y a aussi plein d'autres choses que je peux lui transmettre ; je ne me l'explique pas bien, ce sont des regards, des idées, de la tristesse, du rêve... »

5.3. Le cadre de soins

Pour Mme A., le cadre de soins mis en place est directement lié au triple jeu de consentements que nous avons évoqué plus haut : repérage et adresse par le professionnel de première ligne (médecin obstétricien) constituant le premier pan du cadre de soins, acceptation par la patiente constituant le deuxième pan du cadre, et enfin reconnaissance par le pédopsychiatre d'une situation qui relève de son champ d'action constituant le troisième pan du cadre de soins.

La situation de Mme A. n'a pas nécessité la mise en place d'un réseau de soins plus complexe, ni la poursuite des soins en postnatal.

À propos des consultations pédopsychiatriques elles-mêmes, il est à noter que, même si Mme A. accepte le conseil de sa gynécologue et prend rendez-vous avec nous, elle ne se reconnaît guère, au début, dans ce qui lui est proposé. Elle attend avant tout des conseils pour sa fille aînée et non des interprétations sur les craintes qu'elle pourrait avoir à propos de sa grossesse. C'est en accueillant cette première demande de la patiente et en m'appuyant sur ma pratique de pédopsychiatre (en soulignant que cette enfant de sept ans est également issue de la lignée paternelle), que l'espace d'élaboration intrapsychique concernant la parentalité pour l'enfant à venir va pouvoir s'ouvrir pour la patiente.

5.4. Nature des mobilisations psychiques

Une conflictualité intrapsychique particulière en lien avec la maternalité s'est révélée au cours des entretiens. L'accès à la parentalité chez Mme A. était barré par une double identification mortifère : d'une part l'identification à la mère morte, insuffisamment bonne, abandonnant sa fille adolescente à ses pulsions agressives susceptibles de se réaliser dans la réalité ; d'autre part l'identification à la mère d'un enfant mort : la mère du frère décédé de Mme A. L'intrication de ces identifications aurait pu être source de projections extrêmement toxiques pour le troisième enfant, premier enfant garçon de la patiente. Les entretiens antenataux ont permis la mobilisation de ces identifications. Lorsque la patiente revient en consultation avec son fils après la naissance, les deux membres de la dyade donnent à voir une relation mère-bébé détoxifiée des projections mortifères qu'on aurait pu craindre. Les interactions au sein de

la dyade témoignent de la vitalité des processus de transmission à l'œuvre.

6. Vignette clinique 2: une transmission chaotique

6.1. Adresse par le professionnel de première ligne

Mme B. est envoyée par une sage-femme de l'hôpital consultée par la patiente pour un entretien du quatrième mois. Au cours de cette consultation, la sage-femme repère chez Mme B., âgée de 23 ans, des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie à l'adolescence pour dépression apparemment en lien au décès de sa propre mère lorsqu'elle avait 12 ans. Mme B. a emménagé il y a un an avec son conjoint dans la région et a arrêté à l'occasion de ce déménagement son travail d'agent administratif et le suivi psychiatrique médicamenteux et psychothérapeutique qu'elle effectuait depuis l'âge de 18 ans. La patiente se plaint d'anxiété importante depuis le début de la grossesse et d'une situation conflictuelle avec son conjoint qui lui fait craindre un désaccord au sujet de l'éducation de l'enfant à venir. Lorsque la sage-femme propose à la patiente de prendre rendez-vous avec nous, Mme B. accepte immédiatement, et insiste auprès de notre secrétariat pour rencontrer un psychiatre et non un psychologue.

6.2. Les consultations

Mme B. est une jeune femme blonde au visage enfantin, avec laquelle le contact s'établit assez facilement. Sa présentation est sans particularité et cohérente avec son âge.

Dès le premier entretien, Mme B. explique qu'elle a été « diagnostiquée bipolaire », qu'elle n'est pas là pour elle, mais pour son futur bébé. Elle pense que son état actuel risque de faire du mal au bébé, raison pour laquelle elle a accepté la proposition de la sage-femme. Mme B. a lu beaucoup d'ouvrages de puériculture et de conseils aux futures mamans. Elle s'est également activement renseignée sur Internet à propos de ce qu'elle nomme « les bipolaires ». Au-delà d'un discours convenu et cohérent, Mme B. a beaucoup de difficultés à évoquer ses affects et passe sous silence de nombreux événements de sa vie, qui n'apparaîtront que beaucoup plus tard au cours des entretiens.

La jeune femme est venue s'installer près de chez ses grands-parents paternels qui sont selon elle compréhensifs et chaleureux avec elle depuis son enfance. Son conjoint, d'origine malgache, a trouvé un travail dans le tourisme. La patiente se dit soulagée d'être plus à distance de son père, avec lequel elle explique avoir eu une relation fusionnelle dans son adolescence. Elle a un jeune frère de 15 ans qui vit avec son père et la nouvelle épouse de celui-ci. Son père et son conjoint ne s'entendent pas, ce qui aurait motivé la décision du couple de s'éloigner du lieu de résidence du père. Mme B. est traitée depuis l'âge de 18 ans par des antidépresseurs et des stabilisateurs de l'humeur, prescrits par un psychiatre de la région d'où elle vient et

renouvelés actuellement par son médecin généraliste. La grossesse a été désirée par Mme B. et son conjoint et est survenue rapidement après leur installation dans la région. Aucune réflexion ou prise de conseil par rapport au risque du traitement médicamenteux pour une éventuelle grossesse ne semble avoir eu lieu de la part du couple avant la grossesse. Lorsque je fais part à Mme B. de mon étonnement à ce sujet, ce d'autant plus que la patiente s'était beaucoup renseignée antérieurement sur les troubles bipolaires et les traitements médicamenteux, la jeune femme s'interrompt et dit qu'elle ne sait pas, que c'est bizarre, qu'elle n'y avait pas pensé. Je lui propose alors la construction suivante :

« C'est comme s'il y avait eu vous qui vouliez être enceinte et vous qui connaissiez les médicaments et que ces deux parties de vous ne se sont pas parlé. »

Mme B. se saisit fortement de cette construction. C'est à partir de cette reconnaissance et de cette nomination du clivage que certains éléments de l'histoire de la patiente vont pouvoir s'aborder et, parfois, être mis en lien avec la situation actuelle. Je recevrai cette patiente de façon très régulière avant son accouchement, pendant six mois. Mme B. viendra également deux fois en consultation avec son conjoint et une fois avec son père. Petit à petit, la patiente put se montrer plus authentique et accéder à une représentation de l'enfant à venir, voire à une capacité de rêverie à son sujet. Cependant, au cours de l'abord de certaines thématiques, la crainte de l'effondrement fut si forte, que Mme B. reprit ses défenses par clivage. Par exemple, Mme B. avait affirmé énergiquement lors des premiers entretiens que sa mère était décédée d'un cancer. Progressivement, apparut le fait que ce décès était survenu lors d'une hospitalisation en psychiatrie de la mère. Un entretien avec le père de Mme B. permit à la patiente, très soutenue par le thérapeute, d'interroger son père à ce sujet. Le père révéla les motifs d'hospitalisation en psychiatrie de la mère de Mme B. : la survenue d'épisodes récurrents de graves dépressions de type mélancolique. La mère de Mme B. était bien atteinte d'un cancer, mais s'est suicidée par pendaison à l'hôpital. Mme B. manifesta beaucoup de colère à l'égard de son père, qui, affirma qu'il avait toujours dit la vérité à sa fille. À la suite de cet entretien, Mme B. cessa les nombreux appels téléphoniques quotidiens qu'elle effectuait auprès de son père et décréta :

« Il a sa vie avec mon idiot de belle-mère et moi j'ai la mienne. »

La question de l'identification avec la mère malade psychiquement et décédée par suicide ne put pas s'aborder en anténatal. Cependant, la présence réelle de l'enfant après la naissance viendra reposer cette question, dont l'élaboration pourra se poursuivre.

6.3. Le cadre de soins

En anténatal, il ne fut pas nécessaire de renforcer le cadre de soins par l'intervention d'autres professionnels. Mme B. vint régulièrement et accepta, en fin de grossesse, d'aller

consulter un psychiatre pour adultes au sujet de son traitement médicamenteux.

La situation en postnatal fut toute autre : après une césarienne en urgence pour raisons obstétricales, Mme B. inquiéta fortement l'équipe de maternité par une très grande difficulté à s'occuper du bébé, Nathan, qui par ailleurs dormait beaucoup. Le père semblait prendre le relais dans la journée, mais son départ le soir déclenchait une anxiété importante chez Mme B. Une visite de ma part au lit de la patiente confirma ces inquiétudes. Mme B. tenait son enfant comme un paquet étranger à elle, et il était impossible de capter le regard du bébé pendant les soins. Dans ce contexte, l'allaitement maternel envisagé par la patiente en anténatal ne put se mettre en place. De concertation avec l'équipe de la maternité, nous décidâmes d'alerter la PMI et des visites de puéricultrices se mirent en place deux fois par semaine dès la sortie de l'hôpital. Ce furent la puéricultrice et la pédiatre de PMI, inquiètes pour Nathan, qui ramenèrent Mme B. à ma consultation. Rapidement se posa la question de soins mère-bébé. Nathan présentait des moments de repli intense, alternant avec des phases d'hypervigilance. Mme B. ne se sentait pas à la hauteur, sans présenter toutefois de symptômes de la lignée psychotique. Une hospitalisation de jour en unité mère enfant fut proposée mais refusée par la patiente, au motif d'un éloignement géographique trop important de ses grands-parents, et probablement du fait d'une connotation trop psychiatrique de l'hospitalisation, ramenant la patiente trop violemment à la question de sa lignée maternelle. Il fallut donc travailler en lien étroit avec la pédiatre et la puéricultrice de PMI, ainsi qu'avec le service de psychiatrie pour adultes en ambulatoire. Un cadre de thérapie intensive mère-bébé fut mis en place, fortement renforcé par les interventions de la PMI au domicile et les liens effectués entre la PMI et l'antenne de périnatalité. Vers l'âge de neuf mois, une poursuite des soins en CMPI pour Nathan fut acceptée par Mme B. et son conjoint. Nathan a aujourd'hui trois ans et vient d'entrer en petite section de maternelle. L'école ne relève aucune difficulté particulière d'apprentissage ou de relation avec les autres enfants.

6.4. Mobilisations psychiques

Pour Mme B., qui présentait vraisemblablement avant d'être enceinte un trouble narcissique, la grossesse est venue majorer les mécanismes intrapsychiques de clivage. La patiente se reconnaissait dans sa maternité, mais semblait s'en absenter par moment, mettant ainsi en évidence un processus de transmission psychique chaotique. Les entretiens anténataux témoignent de l'existence d'imagos maternelles clivées : celle correspondant à la grand-mère paternelle aidante d'un côté, celle correspondant à la mère malade psychiquement d'un autre côté. Ces imagos se retrouvent après la naissance dans les interactions mises en place avec le bébé, caractérisées par une certaine discontinuité : Mme B. se montre parfois adéquate avec l'enfant, parfois totalement absente. Les symptômes du bébé sont en miroir de cette discontinuité. Si le travail en anténatal n'a pas permis de travailler plus sur ces imagos clivées, il a cependant jeté les ponts pour un travail ultérieur de soins pédopsychiatriques auprès de la

dyade, travail qui reprendra ce qui a été amorcé en anténatal.

7. Vignette clinique 3 : une transmission impossible

7.1. Adresse par le professionnel de première ligne

Mme C. nous est envoyée par la sage-femme de PMI. Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans, enceinte de six mois, dont la grossesse n'est pas encore déclarée. La sage-femme a suivi Mme C. lors d'une précédente grossesse qui a donné naissance à une petite fille, Sophie, actuellement âgée de 18 mois et vivant avec Mme C.

La jeune femme est serveuse dans un restaurant. La grossesse actuelle est une sixième grossesse : les trois premières grossesses ont donné lieu à des interruptions volontaires de grossesse (IVG) à l'étranger en raison d'un terme dépassé, la quatrième a abouti à la naissance d'une petite fille décédée par noyade à 16 mois, la cinquième grossesse a abouti à la naissance de Sophie, et la sixième grossesse semble n'avoir été repérée par la patiente que très récemment, malgré le terme déjà avancé. C'est pour solliciter de nouveau une IVG que Mme C. prend contact la sage-femme de PMI, qui a déjà suivi sa précédente grossesse. Celle-ci annonce à Mme C. que toute IVG est impossible à ce terme et entreprend de l'informer de la possibilité de confier l'enfant pour une adoption et de l'existence de l'accouchement sous X.

Les antécédents de la patiente et le comportement de la jeune femme à l'égard de la grossesse actuelle font suspecter à la sage-femme de la PMI l'existence d'un trouble psychiatrique chez la mère mettant en danger la grossesse et l'enfant à venir, ce pour quoi elle nous l'adresse.

7.2. Les consultations

Mme C. viendra régulièrement me voir jusqu'à son accouchement, au début accompagnée par la sage-femme de PMI jusqu'à la salle d'attente, puis seule.

Il s'agit d'une jolie jeune femme, dont la grossesse est bien visible. Elle est plutôt vêtue comme une adolescente de 16 ans que comme une femme de son âge. Son mode de contact lors du premier entretien est particulier, à la fois distant, voire opposant par moment, trop proche à d'autres moments comme si la patiente voulait annuler toute différence entre nous. Les mécanismes psychiques de projection et de clivage sont intenses, évoquant fortement les troubles narcissiques que l'on rencontre à l'adolescence.

« Je n'en veux pas de cet enfant et je me fiche de ce que vous allez me dire. » m'assure-t-elle en préambule.

Cependant, lorsque je lui dis que je ne suis pas là pour la juger ni lui dire quoi faire, mais pour essayer de comprendre avec elle ce qui lui arrive, Mme C. s'apaise rapidement et accepte d'apporter des éléments de son histoire.

La patiente a été placée en famille d'accueil à trois ans par décision judiciaire, puis adoptée à l'âge de dix ans par un couple aisé exerçant une profession libérale. On retrouve

la notion de plusieurs tentatives de suicide à l'adolescence, apparemment banalisées par les parents adoptifs et n'ayant donné lieu ni à hospitalisation ni à suivi psychologique. Après l'obtention de son bac, Mme C. a quitté le domicile familial dans un contexte d'affrontement avec sa mère et est venue s'installer dans la région où ses parents avaient une résidence secondaire. Elle a exercé plusieurs métiers dans le domaine du tourisme et a vécu en couple à plusieurs reprises, avec le père de l'enfant décédé et avec le père de Sophie.

Mme C. reproche la grossesse à son compagnon actuel qui ne lui aurait pas dit que le préservatif utilisé s'était ouvert. Elle reproche à son patron de s'être aperçu de la grossesse et de ne rien lui avoir dit, alors qu'il était encore temps pour elle de faire une IVG à l'étranger. Elle reproche à sa copine de ne pas la comprendre lorsqu'elle lui a parlé de son projet d'accouchement sous X. Elle reproche à son père de ne pas l'avoir appelée depuis des mois : c'est lui qui a payé les frais des précédentes IVG, il aurait aussi compris cette fois. Pas une fois Mme C. n'interroge sa propre attitude à l'égard de la contraception dont elle connaît pourtant toutes les modalités disponibles sur le marché. La vie de Mme C. semble être régie par des passages à l'acte, des mises en danger d'elle-même, des conflits répétés ne prenant aucun sens pour elle. Aucun lien ne semble être possible pour la patiente entre sa situation actuelle, son histoire d'enfant et ses grossesses précédentes.

Au cours du second entretien, Mme C. critique violemment la sage-femme qui l'a amenée ici, puis un transat pour bébé qui est dans mon bureau. « Je n'ai jamais vu un truc aussi moche » spécifie-t-elle.

« Vous êtes vraiment en colère... Le transat est moche comme... ? »

« Comme moi avec ce gros ventre et ce truc qu'il y a dedans. Je ne devrais pas être enceinte, ce n'est pas ma vie ». La patiente évoque alors longuement ses ressentis haineux à l'égard de l'enfant qu'elle porte et à l'égard d'elle-même.

Lors d'un entretien ultérieur, Mme C. parvient à évoquer les circonstances du décès de sa première fille. Alors que Mme C. était à son travail, le père de l'enfant l'a emmenée passer l'après-midi chez des gens possédant une piscine. L'enfant est tombée dans la piscine et n'a pu être réanimée. À l'évocation de ce décès, Mme C. témoigne d'affects dépressifs authentiques. Une autre fois, Mme C. viendra avec sa fille Sophie et me donnera à voir des éléments de sa relation avec elle. Elle s'appuiera même sur des souvenirs concernant la naissance de Sophie pour évoquer son accouchement à venir.

La crudité des premiers entretiens laissera petit à petit la place à l'expression possible d'une souffrance de sa part. Une amorce de liens psychiques pourra s'effectuer entre certains éléments de l'histoire chaotique de la jeune femme, la grossesse actuelle et l'accouchement sous X prévu. Parallèlement, un réseau de soutien et de soins a pu s'installer autour de Mme C. : la patiente a accepté de déclarer sa grossesse et de se faire suivre par un obstétricien

de l'hôpital. En accord entre les différents partenaires et la patiente, l'accouchement a été déclenché et s'est déroulé normalement sur le plan obstétrical. Mme C. a émis le souhait de ne pas voir son bébé, ce que les sages-femmes en salle de naissance ont respecté. Contact a été pris un mois avant la naissance avec la cellule adoptions de l'aide sociale à l'enfance (ASE), alors que le projet d'accouchement sous X se confirmait. Mme C. n'a pas souhaité donner de prénom à l'enfant mais a laissé une lettre pour le bébé. Dans cette lettre qu'elle m'a montrée au cours d'un entretien, la patiente spécifiait qu'elle avait trop de problèmes pour apporter ce qu'il fallait à un enfant, qu'il y avait trop de choses qu'elle n'avait pas reçues elle-même pour pouvoir les lui transmettre. Pour ces raisons, elle préférerait le confier en adoption le plus tôt possible, afin qu'il ait une chance de recevoir ce dont il aurait besoin. Mme C. a quitté la maternité dès le lendemain de l'accouchement. Le bébé y est resté cinq jours, sous l'œil attentif de la sage-femme cadre de la maternité qui a assuré le relais avec l'assistante sociale de l'ASE venue chercher l'enfant pour le conduire à la pouponnière.

J'ai revu Mme C. deux fois après la naissance, dont une avec sa fille Sophie. Les mouvements projectifs de la patiente étaient beaucoup moins intenses que pendant la grossesse, le mode de contact moins en décalage avec son âge, la relation entre la patiente et Sophie plus adaptée que ce que j'avais constaté auparavant. Je n'ai pas réussi à lui faire accepter l'idée d'un suivi pour elle-même. En revanche, un suivi à domicile par une puéricultrice de la PMI a été accepté, ainsi qu'un rendez-vous pour Sophie au CMPI du secteur.

7.3. Le cadre de soins

Dans le cas de Mme C., le cadre de soins s'est, comme pour Mme A et Mme B., construit autour des trois volets que nous avons antérieurement décrits : le repérage du soignant de première ligne (la sage-femme de PMI), la demande de la patiente et enfin l'acceptation de la situation par l'antenne médicopsychologique de périnatalité. Cependant, étant donné l'intensité des troubles présentés par cette patiente, le cadre a dû être « renforcé » par un intense travail de réseau. Tout d'abord, la demande de la patiente a dû être activement soutenue par le professionnel de première ligne, qui a accompagné plusieurs fois la patiente aux rendez-vous avant que celle-ci puisse se saisir elle-même de ce qui était proposé.

Ensuite, des transmissions importantes ont dû s'effectuer entre le pédopsychiatre et le personnel de la maternité autour de cette situation : avec l'obstétricien, avec la sage-femme cadre, avec les sages-femmes présentes lors de l'accouchement ou susceptibles de s'occuper de l'enfant après la naissance. Ces transmissions se sont effectuées avec l'accord de la patiente. Elles ont consisté en une information concernant la psychopathologie de Mme C., le projet d'accouchement sous X, la manière de faire avec l'enfant à la naissance et pendant son séjour à la maternité. Les psychologues de l'antenne ont été sollicités pour recueillir les inévitables mouvements émotionnels intenses engendrés dans l'équipe de maternité par la situation de cette mère qui ne voulait pas de son enfant.

Enfin, le cadre à l'intérieur même des consultations a été adapté : attention particulière portée à maintenir la contenance, la continuité, à recevoir les mouvements projectifs, à ne pas être excessivement interprétatif, acceptation de recevoir l'enfant aîné à certains entretiens.

7.4. Nature des mobilisations psychiques

Dans le cas de Mme C., les entretiens anténataux ont révélé l'existence d'une transmission psychique impossible :

« Ce n'est pas mon histoire à moi, cette grossesse », affirme-t-elle après plusieurs entretiens, témoignant par cette dénégation persistante de l'absence de sens pour elle de la survenue de cet enfant. Ne pouvant se reconnaître dans la grossesse, Mme C. ne pourra pas non plus reconnaître son enfant.

Au cours des entretiens, Mme C. s'est trouvée confrontée à des imagos maternelles insupportables et dévalorisées : celle correspondant à sa propre mère biologique maltraitante dont une décision judiciaire l'avait dans la réalité séparée, celle correspondant à sa mère adoptive stérile incapable de contenir les pulsions agressives de sa fille adolescente. Enfin, l'imgo de la mère d'un enfant mort, la patiente elle-même qui n'a pu sauver sa fille de la noyade, événement tragique venant confirmer son incapacité à être mère. Toutes les voies identificatoires maternelles semblent barrées à cette jeune femme pour la grossesse en cours. De ce point de vue, aucune mobilisation psychique n'a pu s'effectuer.

Pour Mme C., le travail a essentiellement porté sur la réalité de la grossesse. À partir de la reconnaissance par la mère de ses mouvements haineux à l'égard de l'enfant, Mme C. a accepté l'existence même de cette grossesse, et l'idée d'un soin minimum nécessaire à son égard : suivi médical de la grossesse, préparation de l'accouchement, et même possibilité d'adresser à l'enfant quelques mots par écrit concernant ce qu'elle ne pouvait lui transmettre. On peut espérer que cet acte minimum de prise en compte de la réalité de la grossesse et de transmission écrite, associé aux liens qui se créeront avec la famille de substitution permettront à l'enfant de se construire.

8. Objectifs et enjeux des interventions pédopsychiatriques en anténatal

En référence aux données théoriques que nous avons développées dans le premier chapitre et suite à l'illustration de notre propos par les vignettes cliniques, il nous est maintenant possible de définir plus explicitement les indications, les objectifs et les mécanismes des consultations thérapeutiques anténatales (CTA) [19] sur le psychisme parental et celui du bébé.

8.1. Indications

Les consultations thérapeutiques anténatales s'adressent à toute femme (et son conjoint) ayant investi psychiquement l'idée d'une grossesse ou étant enceinte.

L'indication se pose lorsque les processus psychiques propres à la grossesse sont bloqués, lorsque la construction de la parentalité est entravée, en lien avec l'histoire générationnelle des futurs parents.

8.2. Objectifs

L'objectif des CTA n'est pas de soigner les adultes que sont les futurs parents, même si ces consultations peuvent les éclairer et les soulager. Il s'agit avant tout pour le thérapeute de se positionner dans l'idée d'une prévention précoce de la psychopathologie de l'enfant à naître. Pour pouvoir poser clairement cet objectif, une formation et une pratique pédopsychiatrique nous paraissent indispensables.

Dans le cas des patientes présentant des troubles de type borderline avant la grossesse, les CTA déboucheront souvent sur la question des soins pour l'enfant en postnatal. En fonction du type de parentalité en cours de construction, des symptômes présentés par le bébé, du contexte familial et des différents dispositifs de soins disponibles, il faudra évaluer la nécessité d'une thérapie mère-bébé, parfois l'indication d'une hospitalisation conjointe mère-bébé si le dispositif ambulatoire n'est pas suffisamment contenant. Le fait d'avoir amorcé une relation avec la patiente et une alliance thérapeutique en anténatal permet, dans notre expérience, une mise en place moins chaotique des dispositifs nécessaires. Dans ces cas, l'objectif devient clairement un objectif de soins, plaçant les consultations anténatales comme un temps préalable qui facilite l'entrée en soins précoce de l'enfant.

Dans le cas particulier de Mme C., les objectifs classiques des CTA ont été impossibles à valider après coup auprès de l'enfant du fait du statut même de rupture impliqué par l'accouchement sous X. Il apparaît cependant que le travail anténatal a contribué à assurer la santé et la sécurité physique de l'enfant à naître par la reconnaissance, par la mère, de la réalité de la grossesse. L'objectif de prévention de la psychopathologie du bébé à naître a malgré tout fortement guidé les entretiens anténataux et les liens effectués avec la maternité.

8.3. Mécanismes

Au cours des consultations thérapeutiques anténatales, il s'agit de profiter de la situation de transparence psychique pour construire une alliance thérapeutique, qui, dans d'autres circonstances, mettrait plus de temps à s'instaurer. Cette alliance doit permettre une intervention du thérapeute sur les processus de parentalisation et de transmission. Cette intervention concerne ce qui se joue au niveau du narcissisme parental et qui risque, en l'absence d'intervention thérapeutique, d'être violemment projeté sur l'enfant en entravant ses propres processus de développement.

Lorsqu'à l'issue des CTA, brèves par définition, les processus de parentalisation et de transmission demeurent en souffrance comme dans le cas de Mme B., on est en raison de penser que les processus de développement psychique chez l'enfant ont grand risque d'être entravés. Il est alors important de proposer la poursuite du travail d'élaboration amorcé en anténatal.

8.4. Cadre

8.4.1. Un cadre à trois pans classique de la pédopsychiatrie de liaison périnatale

Ce cadre est posé par un triple jeu de consentement : celui du soignant de première ligne spécialiste de la grossesse, celui du pédopsychiatre et celui de la patiente. Notre cadre, visant à prioriser les interventions dès la période anténatale, est cependant élargi aux spécialistes de la grossesse extérieurs à l'hôpital.

8.4.2. Un cadre souple à l'intérieur des CTA

Un cadre souple à l'intérieur des CTA elles-mêmes, permettant de s'adapter à la problématique de la future mère et au type de parentalité en cours de construction. Cette souplesse doit permettre au thérapeute d'amener progressivement la patiente sur son terrain à partir de l'indication posée par le somaticien, comme cela a été développé dans la situation de Mme A.

8.4.3. Un cadre renforcé

Un cadre éventuellement renforcé en fonction de la psychopathologie maternelle et/ou du type de mouvement psychique déclenché chez la mère par la grossesse. Le cadre de soins devra dans certains cas (comme celui de Mme C.) s'étayer d'autres partenaires au fur et à mesure de son avancement afin que les consultations thérapeutiques anténatales se réalisent et prennent leur sens de prévention précoce de la psychopathologie de l'enfant à naître.

8.4.4. Un cadre évolutif

Un cadre évolutif permettant de s'adapter à la situation postnatale dans le cas où celle-ci témoigne d'une souffrance de la dyade. C'est le cas de Mme B. et de son fils. Ce type de situation nécessite la transformation du cadre de la consultation anténatale, qui peut alors devenir un cadre de thérapie mère-bébé, parfois brève, parfois plus longue. Dans tous les cas, le thérapeute devra clairement renommer son cadre de soins et ses objectifs. Dans notre expérience, l'existence d'une alliance thérapeutique en anténatal avec la mère autour de l'enfant virtuel donne des conditions favorables à l'instauration d'une thérapie mère-enfant après la naissance.

9. Conclusion

Le travail pédopsychiatrique en périnatalité nécessite de poser un cadre spécifique qui tienne compte du cadre de la maternité et des objectifs de mobilisation intrapsychique que l'on se donne. Outre les consultations, ce travail demande des transmissions de qualité entre les professionnels de la naissance et ceux des soins psychiques pour les enfants.

Dans notre pratique, les consultations thérapeutiques anténatales constituent un espace d'accueil des avatars du développement de la parentalité anténatale. Une écoute attentive de ces moments psychiques préalables à la naissance ouvre à des possibilités de mobilisation et

d'assouplissement des processus à l'œuvre, dans la mesure où le thérapeute garde en tête ses objectifs vis-à-vis de l'enfant virtuel : une prévention précoce de la psychopathologie infantile.

Lorsque les mobilisations psychiques survenues chez les parents n'auront pas été suffisantes pour assurer des modalités interactives permettant un développement harmonieux de l'enfant, le thérapeute qui aura effectué les consultations anténatales sera souvent en position de constater la souffrance des deux membres de la dyade, de proposer lui-même ou d'orienter vers un dispositif de soins pédopsychiatrique adapté. Le thérapeute des CTA, véritable soignant de la parentalité en construction, se situe ainsi à l'articulation entre la prévention et les soins précoces.

Références

- [1] Cramer B, Palacio-Espasa F. La pratique des psychothérapies mères-bébés. Paris: PUF; 1993.
- [2] Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. In: Les interactions précoces. Paris: Païdos Le Centurion; 1983.
- [3] Stern DN. Le monde relationnel du bébé. Paris: PUF; 1989.
- [4] Bydlowski M. La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris: PUF; 1997, 2005.
- [5] Dugnat M, Roure MT. Collaboration entre les psys et les équipes obstétricales. In: Mazet P, Lebovici S, editors. Psychiatrie périnatale. Paris: PUF; 1996. p. 247-60.
- [6] Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1956, 1969.
- [7] Racamier PC, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. Évolution psychiatrique 1961;26.
- [8] Racamier PC. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. Paris: ESF; 1978.
- [9] Palacio-Espasa F. La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique de l'enfant. Psychothérapies 2001;21.
- [10] Golse B. L'être-bébé. Paris: PUF; 2006.
- [11] Chardeau P. L'hospitalisation mère-bébé. Perspectives psychiatriques 1998;37.
- [12] Dugnat M, Thierry M. Les unités d'hospitalisation conjointe en France, état des lieux. In: Albernhe T, editor. Organisation des soins en psychiatrie. Paris: Masson; 2003.
- [13] Garret-Gloannec N. Le bébé et l'équipe de secteur infanto-juvénile. In: Delion P, editor. La souffrance psychique du bébé. Paris: ESF; 2002.
- [14] Molenat F. Naissances : pour une éthique de la prévention. Toulouse: Erès; 2001.
- [15] Delion P. La souffrance psychique du bébé, approches pluridisciplinaires. Paris: ESF; 2002.
- [16] Missonnier S. Quoi de neuf en psychologie psychiatrique? La psychiatrie périnatale. Journal de pédiatrie et de puériculture 1999;12.
- [17] Fericelli F. Grossesse, naissance et transmission : la place d'un pédopsychiatre en maternité. Psychothérapies 2008;28.
- [18] Dayan J, Andro G, Dugnat M. Thérapeutique en psychiatrie périnatale. In: Psychopathologie de la périnatalité. Paris: Masson; 1999, p 511.
- [19] Missonnier S. De la consultation thérapeutique parents/bébé selon S. Lebovici à la consultation thérapeutique anténatale. In: La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris: PUF; 2004.