

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 28 octobre 2013 à Poitiers
par **Elodie MONOD**
née le 09/08/1983

PEDOPSYCHIATRIE de LIAISON en MATERNITE :
EXPERIENCE de SIX MOIS au CHU de POITIERS

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Madame le Docteur Florence RAFFENEAU

Directeur de thèse : Madame le Docteur Florence RAFFENEAU



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

A Monsieur le Professeur GICQUEL
Professeur des Universités de Pédo-Psychiatrie
Chef de Service

Pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, nous le
remercions sincèrement.

Pour son accueil, et les conseils qu'il nous a prodigués au cours de notre cursus en
pédopsychiatrie, qu'il soit assuré de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur SENON
Professeur des Universités de Psychiatrie
Coordonnateur régional du DES de Psychiatrie
Chef de Service

Qu'il soit remercié pour la qualité de ses enseignements,
l'attention qu'il nous a portée pendant notre cursus en Psychiatrie,
et pour avoir accepté de juger notre travail.

Qu'il veuille bien accepter toute notre gratitude et trouve ici l'expression de notre
profond respect.

A Monsieur le Professeur PIERRE
Professeur des Universités de Gynécologie Obstétrique
Chef de Service

Pour m'avoir accueillie dans son service, et pour avoir accepté aimablement de siéger
à notre jury,
Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements et de notre respect.

A Madame le Docteur RAFFENEAU
Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie
Responsable de la clinique Périnatalité-Petite enfance

Ses conseils, son soutien, sa disponibilité constante m'ont permis d'élaborer cette thèse.

Qu'elle en soit remerciée, ainsi que pour la richesse de ses remarques cliniques et pour ses encouragements permanents.

Qu'elle trouve ici l'expression de ma très sincère reconnaissance.

A celles et ceux qui m'ont enrichie de leurs expériences et de leurs connaissances
au cours de ma formation,

Au Docteur Thomas, pour sa compréhension et son soutien.

Au Docteur Changeur, pour sa conscience professionnelle, sa gentillesse,
et son intérêt pour la périnatalité.

A Madame Valet-Reix, psychologue, pour son attention, sa disponibilité, sa
coopération,

Nous les remercions.

A mes Parents,

A ma Famille,

Dont l'amour toujours constant, le soutien permanent, le respect de ma liberté
ont permis que ce travail s'achève, concrétisant la réalisation d'une voie choisie.

Que cette thèse soit pour eux un cadeau.

A ceux qui ont contribué à mon cheminement,

Au Docteur Londechamp, qui m'avez par votre approche globale du patient, et l'ouverture dont vous faites preuve, permis d'appréhender ces études avec un autre regard,

A la famille Conjeaud, pour votre accueil toujours agréable, et vos soins revivifiants,

Au Docteur Candillier et au Docteur Lafaurie, pour votre bienveillance, ainsi que pour m'avoir fait partager dès le début de mon internat, votre passion pour cette discipline,

A Monsieur A. Harly, pour son accompagnement au cours de ce cursus d'internat, et pour ses interventions, rares, mais toujours bénéfiques,

Qu'ils en soient chaleureusement remerciés.

Aux amis,

Dont la rencontre est une richesse,

Odile, tout spécialement, pour ton enthousiasme, ta bonne humeur,

Damien, pour m'avoir encouragée à prendre mon envol,

Soyez en généreusement remerciés.

A Sylvain,

Pour ta patience, ton soutien, ta constance, je te remercie.

*Aux enfants et aux mères, qui ont inspiré ce travail,
A celle qui m'a elle-même portée,
et vis-à-vis de qui je suis encore « en dette »*

PLAN

INTRODUCTION	p.1
PARTIE 1	
DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE LA GROSSESSE AUX INTERACTIONS PRECOCES.....	p.3
1. PROCESSUS PSYCHIQUES RETROUVES CHEZ LA FEMME EN PERIODE PERINATALE.....	p.3
1.1 En prénatal	p.3
1.1.1 Le désir d'enfant.....	p.3
1.1.2 Rêveries maternelles, enfant fantasmé, enfant imaginaire, enfant narcissique.....	p.3
1.1.3 L'identification maternelle.....	p.5
1.1.4 La maternalité.....	p.5
1.1.5 Au fil de la grossesse, une évolution des représentations et des investissements	p.5
1.2 En post partum : de l'enfant imaginaire à l'enfant réel.....	p.8
1.2.1 L'accouchement : un évènement psychique.....	p.9
1.2.2 Les premiers temps de la rencontre, en continuité de la grossesse.....	p.9
1.2.2.1 La préoccupation maternelle primaire.....	p.10
1.2.2.2 D'un accordage aux comportements, à un accordage affectif.....	p.11
1.2.2.3 Sur le plan des interactions fantasmatiques, la rencontre entre enfant imaginaire, fantasmatique et réel.....	p.12
1.2.2.4 Fonction de contenant, de pare excitation.....	p.13
1.2.3 Utilité de ces premiers liens pour l'enfant.....	p.14
2. PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERIODE PERINATALE.....	p.16
2.1 En prénatal :.....	p.16
2.1.1 Existence d'une pathologie psychiatrique	p.17
2.1.2 Psychopathologies spécifiques au temps de la grossesse : vomissements gravidiques et découvertes tardives de grossesse.....	p.19

2.1.3 Difficultés d'accès aux processus psychiques de la parentalité.....	p.21
2.2 En post partum :.....	p.23
2.2.1 Le Blues post natal.....	p.24
2.2.2 Les pathologies psychiatriques.....	p.26
2.2.3 Narcissisme fragile et expériences carencielles : deux éléments contribuant à une difficulté d'établissement des interactions précoces.....	p.29
 3. ELEMENTS EN FAVEUR D'UNE ACTION THERAPEUTIQUE « PSY » AU COURS DE LA PERIODE PERINATALE.....	 p.30

PARTIE 2

EN REPONSE : PSYCHIATRIE PERINATALE ET PEDOPSYCHIATRIE DE LIAISON	p.31
 1. LA PSYCHIATRIE PERINATALE	 p.31
1.1 Historique, définitions.....	p.31
1.2. Mise en place de structures et d'action sur le terrain.....	p.34
1.2.1 Les unités mère-enfant.....	p.35
1.2.2 L'arrivée de psychologues, psychiatres, pédopsychiatres en maternité.....	p.36
1.3. Etat des lieux.....	p.37
1.4. Objectif principal : la prévention des troubles des interactions précoces.....	p.37
1.5. Les réseaux	p.39
1.6. Définition de la population concernée et possibilités de repérage des difficultés.....	p.40
 2. L'ACTIVITE DE PEDOPSYCHIATRIE DE LIAISON.....	 p.42
2.1 Généralités, historique de la psychiatrie de liaison.....	p.42
2.2 Spécificités du travail de liaison	p.43

2.2.1 Transdisciplinarité.....	p.43
2.2.2 Les champs d'action : d'une formulation de la demande, à la réponse.....	p.46
2.2.2.1 Les demandes.....	p.46
2.2.2.2 Les réponses.....	p.48
2.2.2.3 La notion de prévention.....	p.48
2.3 Spécificités du travail en maternité.....	p.49
2.3.1 La maternité : un lieu spécifique.....	p.49
2.3.2 A la maternité : des demandes spécifiques.....	p.50
2.3.3 A la maternité : une spécificité de la réponse.....	p.51
3. DE L'INTERET D'UNE ACTIVITE DE LIAISON A LA MATERNITE.....	p.52

PARTIE 3

AU TRAVERS DE L'EXEMPLE DE L'ACTIVITE DE LIAISON EN MATERNITE AU CHU DE POITIERS : LA PLACE DES INTERVENANTS..... p.54

1. ORGANISATION À POITIERS.....	p.54
2. POPULATION ETUDIEE.....	p.56
2.1 Définition.....	p.56
2.2 Critères étudiés.....	p.58
2.2.1 Critères sociodémographiques.....	p.58
2.2.2 Critères cliniques.....	p.58
2.2.3 Critères liés à la demande et au suivi.....	p.58
2.3 Résultats	p.58
3. PRESENTATION DE VIGNETTES CLINIQUES.....	p.64

3.1. Un reflet du travail de la psychologue p.64

Vignette PSYCHO A. : Un cas clinique « type »

Vignette PSYCHO B. : Importance des partenaires extérieurs

Vignette PSYCHO H. : Un contexte de stress aigu

Vignette PSYCHO D. : Travail conjoint, et triple jeu de consentement

Vignette PSYCHO M. : Un premier contact à distance

3.2. Un reflet de l'activité de la pédopsychiatre..... p.69

Vignette PEDOPSYCHIATRE B. : Comment une indication en unité mère-bébé échoue « grâce » à la famille

Vignette PEDOPSYCHIATRE L. : Pour un même motif, un autre projet de prise en charge

Vignette PEDOPSYCHIATRE C. : Schizophrénie et placement à la naissance

Vignette PEDOPSYCHIATRE D. : Pédopsychiatre et placement d'enfant, notion d'IPP

3.3. Un reflet du travail de l'interne..... p.75

Vignette INTERNE X E. : Un regard différemment porté sur cette grossesse

Vignette INTERNE X S. : Un unique rendez vous, et un relais au long terme

Vignette INTERNE D. : Perdue de vue : Accouchement et départ, ni vus ni connus...ou presque

Vignette INTERNE R. : Vomissements gravidiques : un motif fréquent de consultations

Vignette INTERNE M. : Un appel à l'aide latent

Vignette INTERNE F. : Prise en charge tout au long de la grossesse, et travail conjoint

Vignette INTERNE J. : Des plaintes somatiques au premier plan pour Madame M.

Vignette INTERNE T. : IPP et échanges informels

Vignette INTERNE S. : Un contexte de stress aigu

Vignette INTERNE B. : « Clignotants » et facteurs de risque pour l'établissement de la relation mère enfant à la naissance

Vignette INTERNE D. : La patiente « modèle », enfance carencé, trouble bipolaire, imago maternelle défaillante, ne prédisent pas un échec de la parentalité

Vignette INTERNE C. : Un début « trop » adapté. Intérêt d'un étayage en post partum

4. DISCUSSION.....	p.94
CONCLUSION.....	p.98
BIBLIOGRAPHIE.....	p.100
RESUME.....	p.110
SERMENT d'HIPPOCRATE.....	p.111

INTRODUCTION

De tous temps, il a semblé normal que les femmes mettent des enfants au monde sans soutien médical ou psychologique. Le plus souvent par contre, une femme assistait l'accouchée : une *sage femme*, ou *femme qui sait*, ou alors, une femme liée à l'accouchée par des liens affectifs. Cette mise au monde avait lieu dans un endroit consacré à la naissance, l'accouchement dans le lit même de la parturiente n'étant pas le lieu privilégié. A l'origine, dans de nombreuses cultures, cette mise au monde avait lieu sur les genoux même de la mère de l'accouchée ou d'une femme qui s'y substitue. Par la suite, la chaise obstétricale qui sert aux accouchements, est, tel que le décrit M. Bydlowski, « une véritable effigie en bois du corps maternel secourable » [1]. La Maternité hospitalière remplit désormais cette fonction d'aide de la future mère, à la venue au monde de l'enfant qu'elle attend. Dans ce domaine, les progrès de la médecine se sont d'abord portés sur une meilleure sécurité à l'accouchement pour sauver la mère et l'enfant. Puis dans les cinquante dernières années, le monde médical a évolué et s'est intéressé de plus en plus à l'être humain dans son ensemble, notamment chez la future mère, à l'attente non seulement physique, mais aussi psychique, de l'enfant. Il a porté son intérêt aux processus psychiques en anténatal et postpartum, et aux dysfonctionnements qui peuvent exister à ces périodes si cruciales pour les mères et les enfants. Dans ces 30 dernières années, des travaux sur la psychiatrie du bébé ont permis de mettre en liens les contenus psychiques maternels, et en regard, les réactions du nourrisson. Il a pu être ainsi fait le constat, de cette importance toute particulière des premières interactions mère-bébé, sur le développement futur de l'enfant, ainsi que de l'importance de l'état psychique de la mère au cours de cette période. Dans ce contexte d'intérêt pour l'aspect psychique de la période périnatale, le pédopsychiatre de liaison est entré dans les services de gynécologie obstétrique.

Au cours de notre internat de psychiatrie, la possibilité d'effectuer des stages en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie, nous a permis d'appréhender les troubles qui pouvaient se rapporter à différents âges de la vie. Notre intérêt s'est plus particulièrement porté, en fin de parcours, vers la pédopsychiatrie. Celle de la petite enfance, et la psychiatrie du bébé ont tout spécialement retenu notre attention, faisant écho à des interrogations sur les premiers temps de la vie. C'est ce qui a motivé notre désir de partir au cœur de cette période périnatale, en participant à une activité de liaison en maternité. Nous avons eu la possibilité d'effectuer un stage de pédopsychiatrie de liaison à la maternité de Poitiers, au cours duquel nous nous sommes interrogée sur la place des intervenants dans cette activité.

Nous souhaitons ici, sur l'expérience d'un stage de six mois à la maternité du CHU Poitiers, évoquer les différents aspects de l'activité de liaison pour chacun des membres de l'équipe intervenant à la maternité, à savoir la psychologue, la pédopsychiatre, et l'interne en pédopsychiatrie.

Les processus psychiques périnataux permettant l'établissement des premiers liens entre la mère et l'enfant, mais aussi la psychopathologie de cette période, sont développés dans un premier temps. Nous verrons au fur et à mesure le rôle prépondérant de l'établissement de ces premières interactions, et la contribution de l'état psychique de la mère dans ces premiers liens.

Petit à petit se dessinera alors l'importance de la psychiatrie périnatale, dont les centres d'intérêt, après s'être portés sur le nouveau né, sur les interactions parents-enfant, et plus particulièrement entre mère et enfant, se sont ouverts à la période anténatale, et à la possibilité d'un accompagnement « psy » au cours de cette période. En effet, cette psychiatrie périnatale, s'étant intéressée aux troubles que présentait le bébé, a posé l'hypothèse d'un bénéfice à l'accompagnement psychique de la mère dès la grossesse, pour faciliter un meilleur accueil de l'enfant. Une des réponses proposée fut l'activité de liaison en maternité, qui a vu le jour, nourrie par ces réflexions et dont nous développerons les spécificités du travail.

Enfin nous pourrons dès lors approcher l'organisation de l'activité de liaison à la maternité de Poitiers, définir la population étudiée et les critères utilisés pour notre réflexion, et discuter du travail de chacun des intervenants de l'équipe, autour de vignettes cliniques. Nous nous sommes intéressée aux particularités du travail de chaque intervenant, tant auprès des patientes, que des soignants de première ligne et autres acteurs du réseau, ce qui nous montrera que chaque intervenant, bien que reconnu comme appartenant à l'équipe de « psys », a son rôle bien défini dans son action.

PARTIE 1

PARTIE THEORIQUE

DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE LA GROSSESSE AUX INTERACTIONS PRECOCES

1. PROCESSUS PSYCHIQUES RETROUVES CHEZ LA FEMME EN PERIODE PERINATALE

Il nous semble important de pouvoir aborder les processus psychiques normalement retrouvés au cours d'une grossesse, et lors de la mise en place des premiers liens, afin de mieux saisir les mécanismes qui sous tendent la psychopathologie de la périnatalité, et de pouvoir améliorer notre prise en charge.

1.1 En prénatal :

1.1.1 Le désir d'enfant

Du fait de la possibilité depuis quelques décennies de pouvoir maîtriser les capacités de reproduction par accès à la contraception, conduit alors, pour Bydlowski, à inscrire ce désir d'enfant dans « une démarche consciente et raisonnable, délibérée, voire programmée. » [1] Ce désir et projet d'enfants peuvent s'inscrire dans des projets de vie établis, conscients, programmés, mais pour autant, ce désir s'inscrit aussi dans des mécanismes psychiques inconscients. Alvarez et Golse [2] l'évoquent aussi, en retraçant le désir du petit enfant de « vouloir s'essayer à la puissance parentale, de s'en affranchir » en voulant très tôt devenir parent lui même. Ce désir conduit à la création d'un enfant imaginaire, et un enfant fantasmatique, qui fondent eux mêmes, avec les mécanismes et représentations qui leurs sont associés, le désir d'enfant que l'on retrouve en âge de procréer.

1.1.2 Rêveries maternelles, enfant fantasmé, enfant imaginaire, enfant narcissique

L'enfant imaginaire est un enfant rêvé, imaginé, qui serait dans l'esprit des parents, parfait et permettant de tout combler : tout désir, toute déception. Même sans être enceinte, on peut retrouver chez la femme, et chez l'homme aussi, cet enfant imaginaire plus ou moins présent, à l'esprit, faisant partie de leur système préconscient. Bydlowski le définit comme « l'enfant supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuils, solitude, destin, sentiment de perte. » [1] Il fait partie des rêveries des parents. Son lit est fait de souhaits infantiles, comme

la « réparation, l'accomplissement et le dédommagement pour les adultes et leurs lignées. » Dans leurs rêveries, les parents peuvent se représenter un enfant imaginaire. Mais au cours de la grossesse, ce fœtus est difficilement représentable pour les parents, pouvant d'ailleurs leur procurer un sentiment « d'inquiétante étrangeté » [1] par rapport à cet être en devenir.

L'enfant fantasmatique, lui, fait davantage partie de l'inconscient, et est sous l'influence de « représentations littérales », que Bydlowski décrit contenues dans les lettres et nombres rattachés à l'enfant (prénom, nom, date de conception date présumé d'accouchement, et date d'accouchement). D'autres représentations, dites d'évènements, de scénarios, en seraient aussi à son origine, mais plus enfouies dans l'inconscient. Ces représentations d'évènements et les faits associés lui préexistent (deuils, difficultés identitaires etc.), et vont en partie le constituer, mais laissant aussi place à sa propre originalité.

L'enfant s'inscrit aussi d'une autre manière dans le transgénérationnel, avec l'enfant narcissique, comme l'a décrit Lebovici [3][4]. Cet enfant serait chargé d'accomplir ce que les parents n'ont pas pu faire, ou de les dédommager des regrets par rapport à ce qu'ils n'ont pu accomplir comme ils le souhaitaient. Il est le dépositaire des espoirs et des attentes des parents. Il met ainsi en jeu un « mandat transgénérationnel inconscient » [3].

On retrouve les enfants imaginaire et fantasmatique avant l'existence de l'enfant réel. Lorsque l'un et l'autre « prennent corps » lors d'une grossesse, la compréhension de leur origine nous permet de mieux saisir comment l'enfant que porte la mère s'inscrit dans le psychisme des parents. Notamment partant du principe que ces enfants imaginaire et fantasmatique se sont inscrits dans le Moi des adultes, ils ont une composante narcissique associée. La mobilisation du narcissisme implique des changements contradictoires : source de satisfaction narcissique (identification de la femme enceinte à ses propres parents et à leur puissance), mais aussi au changement source de renoncement (à être soi même l'enfant merveilleux). » [5] La mère va tout d'abord investir son bébé de manière narcissique, en le fondant dans son Moi, formant un « tout » avec lui, puis la mère passe de ce lien narcissique, à un lien objectal. Quatre étapes peuvent en être décrites : l'objet est totalement interne : physiquement et psychiquement; puis d'un objet en soi physiquement, commençant à être externalisé psychiquement, lorsque la mère l'imagine déjà hors d'elle ; puis d'un objet intégré psychiquement, mais physiquement hors de soi, dans les premières semaines après la naissance, puis à un objet extérieur physiquement et psychiquement. [2]

1.1.3 L'identification maternelle

Pour la femme enceinte, il semble capital de pouvoir s'identifier à une image maternelle suffisamment fiable, et suffisamment faible, pour que l'image soit assez bonne, valorisante, mais pas dans la toute puissance, car alors potentiellement terrifiante. Cet état de grossesse favorise les identifications de la future mère à sa propre imago maternelle. « La grossesse peut ainsi favoriser l'émergence d'une problématique de lien, d'une représentation de sa propre mère dévalorisée ou haïe, pouvant aboutir à un important conflit au moment où elle-même va devenir mère. »[6]Bydlowski évoque aussi autour de l'identification maternelle la notion de dette de vie, devoir de gratitude envers la mère de la femme enceinte. Pour elle, la reconnaissance de la dette est nécessaire. « La vie n'est peut être pas un cadeau gratuit mais porte en soi l'exigence de transmettre ce qui a été donné. » [1]

1.1.4 La maternalité

La grossesse, période de « crise maturative », correspondrait à un moment où un remaniement identitaire se modèlerait, « en mobilisant la libido, en réveillant des conflits latents et en suscitant de l'angoisse ». Période de conflictualité exagérée, période de crise maturative tant à l'adolescence, que pour la grossesse, il s'agit de traverser une période, qui certes mobilise de l'énergie (en réveillant des conflits latents et de l'anxiété), mais qui constitue une ouverture vers un « processus de formation d'une identité nouvelle ». « Cette crise contient sa propre capacité évolutive » [7]. Racamier a décrit cette étape dès 1961[7], puis dans « mère mortifère, mère mortifiée » par le terme de « maternalité »[8]. Cette crise consisterait en la réactivation de conflits latents par des facteurs hormonaux, psychologiques, sociologiques, ethnologiques.. S'appuyant sur des travaux d'E. Erikson sur l'adolescence, il trouve des similitudes à ces deux périodes. Ainsi, comme à l'adolescence, il s'agit d'une période non seulement physiologique, mais qui consiste en elle-même à une période d'intenses remaniements psychiques. Pour Racamier, il s'agit d'une mise en mouvement psychique, et d'une prédisposition particulière à la réalisation d'un travail psychique impossible ou évoluant bien moins rapidement hors de cette période gravidique.

1.1.5 Au fil de la grossesse, une évolution des représentations et des investissements

S'appuyant sur sa recherche clinique, M. Bydlowski, une pionnière en France du travail psychanalytique en maternité, met en évidence un état psychique particulier, de « transparence psychique », où « des fragments de l'inconscient viennent à la conscience » et « un avivement des angoisses primitives ».[1] Il s'agit, tel qu'elle l'évoque, d'un phénomène

qui caractérise des troubles comme les psychoses. Or, chez la femme enceinte, il s'agit d'un élément ordinaire. Cette disposition psychique est observée dès les premières semaines de grossesse. Il s'agit d'un état relationnel particulier, « un appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent » qui se développe. [1] Elles peuvent ainsi avec facilité effectuer des corrélations entre la grossesse actuelle et des éléments du passé. Le refoulement ici se lève en partie. On observe donc une sorte d'appétence à la relation d'aide, favorisant les conditions pour établir une alliance thérapeutique. De plus, certaines, lors de cette période, se tiennent plus en retrait du monde extérieur. Et de part une certaine levée de la censure, comme le note Missonnier, « la névrose infantile fait retour », et « des reviviscences plus anciennes encore, plus archaïques, préoedipiennes, affleurent à la conscience » [9]. Bydlowski explique la survenue de cette transparence psychique, ainsi : une fois l'idée de la grossesse soutenue par des perceptions sensorielles, on observe un nouvel investissement, narcissique, et qui vise un objet qui appartient à la personne propre. Cet investissement va devenir si intense qu'aucune réalité jusqu'à l'accouchement ne pourra la troubler. Dans cette même dynamique, « les thématiques psychiques étrangères à cette invasion narcissique sont désinvesties. Le contre-investissement ne les maintient plus au secret », pouvant alors être livrés sans retenue : souvenirs gênants, souvenirs scabreux ou inavouables, abus sexuel, deuil etc. [1] Par contre le fœtus en lui-même est généralement très peu présent dans le discours de la femme enceinte : partant du principe qu'habituellement, « la mise au secret et au silence d'un secteur de l'activité mentale est l'un des plus sûrs signes de son érotisation », ici, « le secret concerne l'enfant et le silence qui l'entoure témoigne de l'érotisation dont il est l'objet. » [1] A noter parfois le contraire : de nombreuses préoccupations concernant l'enfant, sont retrouvées dans le discours de la mère. Mais « quand tout va bien, rien ne se dit ». Après la naissance, normalement on observe un retrait de l'érotisation de l'enfant, et une resexualisation de la vie conjugale. Parfois ce retrait de l'érotisation ne se fait pas, et contribuerait alors pour Bydlowski à des ruptures conjugales. Il est ainsi généralement retrouvé, un appel à l'aide latent, un retour à la conscience des remémorations infantiles, et un silence autour de l'enfant à venir. Bydlowski définit ainsi la réalité intérieure de la femme enceinte : il s'agit du « bébé d'autrefois, portant un enfant à naître et se souvenant dans son propre corps de ses propres émotions précoces ». [1][10]

Au fur et à mesure de la grossesse, cette attention toute particulière de la mère pour cet enfant à naître, va permettre la mise en place de la « préoccupation maternelle primaire », prédisposition psychique particulière afin de pouvoir accueillir le bébé, que Winnicott, pédiatre et psychanalyste, a décrit : « cet état se développe graduellement pour atteindre un

degré de sensibilité accru pendant la grossesse et opérationnel à la fin ». [11] La transparence psychique aide et prédispose à la mise en place de cette préoccupation maternelle [12]. En effet, au cours de la grossesse, on observe de manière habituelle un certain nombre de préoccupations de la femme enceinte vis-à-vis de cet enfant. Ces préoccupations, une certaine anxiété, sont considérées comme normales, et permettent d'ailleurs à la mère d'être au terme de la grossesse et au moment de la première rencontre avec son enfant, dans une prédisposition psychique adéquate pour répondre à ses besoins comme nous le verrons en suivant.

« La femme enceinte se désintéresse de ses investissements habituels pour se centrer sur elle-même et sur son état, ses rêveries à propos de l'enfant à venir, son monde interne. » [5] 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. »[11]

Au cours de la grossesse, l'investissement et les représentations concernant l'enfant évoluent. De même, des conflits intrapsychiques qui pouvaient être jusqu'ici, latents, et que l'on voit émerger, évoluent au cours de cette période. Des mécanismes projectifs vis-à-vis de l'enfant sont aussi retrouvés, sous tendus par les représentations fantasmatiques de l'enfant, et peuvent évoluer au cours de la grossesse spontanément. Ces phénomènes projectifs, ces représentations, ne sont pas nécessairement négatifs, car ils permettent un investissement de la grossesse et de cet enfant, une projection dans le futur, ainsi que l'accès à la rêverie, élément essentiel pour apporter une certaine souplesse aux représentations et la possibilité de les mobiliser comme l'évoque Ammaniti [13].

Ainsi, au début de la grossesse, l'enfant n'est qu'une simple idée, la pensée pour la mère prédominante est « je suis enceinte ». Cet état et cette pensée, vont principalement entraîner un remaniement identitaire de la mère, passant du statut d'enfant à un statut de future mère, avec une attention portée par celle-ci aux premières modifications corporelles, et à un retour sur sa propre histoire infantile ; c'est le début de la transparence psychique, avec une invasion du psychisme telle, qu'il y a une levée du refoulement [1]. Les pensées de la femme sont surtout orientées vers elle-même, vers l'enfant qu'elle a été. Puis cette idée est soutenue par des perceptions sensorielles au bout de quelques semaines. Le nouvel investissement permis est narcissique, et « vise un objet qui appartient à la personne propre » [1][2]. A la fin du 1^{er} trimestre, modifications physiologiques, et perceptions du fœtus confirment son existence, modifiant les sources somatiques des pulsions et apportant un surplus d'excitation à

la femme enceinte, marquant l'essor de sa vie fantasmatique et permettent l'investissement narcissique de « l'objet bébé ». L'investissement du bébé l'est en tant qu'objet appartenant au Moi maternel [1]. Au deuxième trimestre, « j'attends un enfant » pourrait être la phrase qui résume le vécu psychique de la femme enceinte: on observera peu à peu, du fait d'une vie fantasmatique et imaginaire plus présentes, le début d'une différenciation de l'enfant et d'un investissement plus objectal de celui-ci. Les rêveries sont ici très présentes. Au cours du dernier trimestre, il existe une anticipation de la prochaine rencontre avec l'enfant : « je vais être mère ». « Les préoccupations physiques et psychiques durant la grossesse concernent alternativement la mère et l'enfant » [14]. Ici, la mère se questionne principalement sur le déroulement de l'accouchement, sur cette prochaine rencontre avec son enfant, dans un but d'anticipation, qui peut aider la mère à se préparer à des difficultés éventuelles. A cette période se met en place, afin d'aider aux temps de la première rencontre, la préoccupation maternelle primaire précédemment décrite.

L'ensemble de ces éléments, spécifiques des processus psychiques de la grossesse, sont des préalables à la mise en place des liens précoces.

1.2 En post partum : de l'enfant imaginaire à l'enfant réel

Nous allons voir ici l'impact des processus psychiques habituellement retrouvés au cours de la grossesse, sur les premières interactions. Notamment, nous allons aborder comment les parents arrivent à concilier enfant imaginaire, fantasmatique, narcissique, avec le bébé réel. Afin d'assurer au nouveau né un climat propice à l'établissement des interactions précoces, il est nécessaire que l'enfant fantasmatique et imaginaire persistent, sans quoi, l'on pourrait observer des interactions marquées par les échanges fonctionnels, opératoires, mais vides de rêveries, et sans affects dans la relation. De même, s'il s'agit de l'enfant imaginaire et fantasmatique qui occupent une place prépondérante chez les parents, l'investissement de l'enfant réel risquerait d'être « inadéquat, déréel » [2].

De nombreux auteurs comme Winnicott [11,15], Golse [2], Lebovici [16], Cramer, Palacio, Brazelton [17,18], Mahler [19], Missonnier [9,20] ont souligné l'importance de ces interactions précoces, sur le développement psychique de l'enfant. Afin de permettre la mise en place de ces interactions, les processus psychiques habituellement retrouvés lors de la grossesse les facilitent.

1.2.1 L'accouchement : un évènement psychique

Avant l'accouchement, la mère, souvent, anticipe la naissance, ce qui lui permet de se préparer au choc de la séparation anatomique, à la future nécessité d'adaptation et de découverte du bébé. [17][22]

Rochette évoque pour l'accouchement, « un sensoriel déroutant qui n'a pas de précurseur, une violence pulsionnelle potentielle, l'étrangeté d'une rencontre. » [23]

Pour Tanqueray [24] il s'agit d'un véritable bouleversement psychique, y associant les notions de haine permettant l'expulsion, de souvenir de son propre accouchement. Le vécu de sa propre mère lors de l'accouchement impacterait en conséquence sur sa manière de vivre l'accouchement de son enfant.

Dans le post partum immédiat, pour la femme ayant accouché, il existe une période au cours de laquelle « son narcissisme subit un profond remaniement, se rapprochant du travail de deuil de son état de grossesse et de l'enfant des rêves, parfait, idéal et conforme à chacun de ses désirs. » [16,25]. Mais elle doit dans le même temps, accomplir le travail inverse : « celui d'attacher au nouveau né les désirs, les affects et aussi les fantasmes qui forment le patrimoine de sa vie psychique ». [2]

Ainsi, la femme est non seulement face au fait de devoir redevenir un corps isolé, réactualisant une expérience de perte, perte du sentiment de « plénitude » de la grossesse, de l'attention alors portée par l'entourage, et dans le même temps, il lui faut accueillir, rencontrer cet enfant qui vient de naître. [14]

Il est reconnu « que cette période, pour le bébé, la mère et le père, contient à la fois un fort potentiel (ré)organisateur mais aussi des facteurs de risque importants du point de vue de chaque sujet et de l'ensemble du groupe familial » [23] avec notamment une mise à l'épreuve des capacités de pare-excitation du parent, c'est-à-dire, leurs capacités à protéger l'enfant des excitations en provenance du monde extérieur, et qui risqueraient de le détruire.

1.2.2 Les premiers temps de la rencontre, en continuité de la grossesse

Le passage au temps du post partum marque à la fois le temps révolu de la grossesse, marqué par la perte et le deuil de cet état, sans pour autant être en rupture avec le temps de la grossesse, plutôt dans un continuum de certains processus psychiques ayant débuté en

prénatal, et aidant à ces premiers temps de la rencontre entre parents et enfant, malgré cette « césure de la naissance » dont parle Golse [26].

Nos propos concernent ici tout particulièrement la mère et son enfant, et non le père, en perspective de l'activité clinique que nous aborderons ensuite. En effet, lors de notre activité à la maternité, nous rencontrons principalement la future mère, ou la mère et l'enfant nouveau né. Concernant le père, nous considérons surtout le rapport qui le relie à la mère, à savoir la qualité du soutien, ou l'existence d'un conflit de couple.

1.2.2.1 La préoccupation maternelle primaire

Processus psychique ayant débuté au cours de la grossesse, elle se trouve à pleine maturité au moment de la naissance. Cet état psychique particulier pourrait sans la présence de l'enfant, être pris pour une pathologie mentale, du fait de cette exclusivité de pensée et de relation. C'est pourquoi il est nécessaire aussi que cette phase soit transitoire. Winnicott décrit la compétence maternelle face à son enfant, comme « biologiquement conditionnée » pour s'adapter aux besoins de son nouveau né. Il s'agit d'une profonde identification à la maturation du bébé, ayant donc un degré de sensibilité accrue autour de l'accouchement, et durant quatre semaines après la naissance. « Il est question ici de la capacité des femmes récemment accouchées à s'identifier et à s'adapter aux tout premiers besoins du bébé ». [2,11] Il s'agit donc d'une « identification projective normale entre la mère et l'enfant, permettant le partage d'éprouvés d'un appareil psychique adulte qui contient et met en sens les expériences d'un appareil psychique en devenir » [2]. Il s'agirait d'une résurgence de l'archaïque de la mère suscité par le côtoiement de l'archaïque du bébé.

Dans ses travaux, Winnicott développe l'idée que cette disposition psychique de la mère vis-à-vis de son enfant, contribue à la constitution du sentiment continu d'exister de son enfant. Pour autant, il précisera que cette préoccupation maternelle primaire n'empêche pas « les déceptions et frustrations qui sont inévitables dans la relation mère enfant ». Mais s'appuyant sur cette préoccupation maternelle et les soins associés, l'enfant pourra au fur et à mesure, tendre vers une autonomie croissante, s'appuyant sur ce sentiment continu d'exister, qui est nécessaire, mais non suffisant. Winnicott évoquera aussi l'importance que la mère soit suffisamment bonne mais pas « trop » [15]. Il est nécessaire que la mère soit « assez » bonne, assez présente, et répondant à l'appel de son enfant pour que celui-ci expérimente la stabilité du lien, une continuité entre sa demande et la réponse, lui procurant un sentiment de sécurité

interne, et contribuant à son sentiment continu d'exister. Mais Winnicott explique qu'il ne faudrait pas que la mère soit « trop » bonne, car alors, elle comblerait voire devancerait toutes les demandes de son enfant, en ne lui laissant pas la possibilité d'expérimenter le manque, et de constater que même si la réponse est un peu décalée dans le temps, n'est pas immédiate, il peut y survivre. Cela lui permet aussi de commencer la prise de conscience d'être différencié de celui qui répond aux demandes. A l'inverse, une mère qui n'est pas « suffisamment bonne », du fait de certaines carences maternelles, si l'enfant ne peut expérimenter une stabilité et une continuité entre sa demande et la réponse, cela peut interrompre chez lui le sentiment continu d'exister. Winnicott va même jusqu'à dire que si la mère ne peut suffisamment s'adapter à son enfant, cela produit « l'annihilation du self chez le petit enfant », c'est-à-dire l'absence du sentiment continu d'être soi même. On pourrait dire qu'être « assez » bonne permet à l'enfant le sentiment d'être soi même, et le fait de ne pas être « trop » bonne, d'être soi.

De plus, pour l'auteur, « ces femmes, ayant mis au monde un enfant, mais ayant « raté le coche de départ », se trouvent souvent alors obligées de pallier à ce déficit», et « se voient imposer la nécessité d'une thérapie pour leur enfant, c'est-à-dire une période prolongée d'adaptation à son besoin : elles sont amenées à le gâter ».D'où l'importance de la mise en place correcte de cette préoccupation maternelle, et éventuellement d'un soutien au cours de ces temps très précoces, comme nous le verrons plus loin [11].

1.2.2.2 D'un accordage aux comportements, à un accordage affectif

Cette attention portée à l'enfant, cette préoccupation tournée vers lui de manière toute particulière dans les premiers temps, laisse à penser qu'elle favorise la mise en place des interactions comportementales, affectives, et fantasmatiques [2][27].

Déjà pendant la grossesse, le bébé s'accorderait sur les rythmes de la mère (mouvements quand la mère est au repos). Après la naissance, il doit apprendre une certaine rythmicité par exemple pour les repas, le sommeil. Les macro rythmes et les micro rythmes s'installent [28]. Lemaitre évoque la notion d'accordage des parents et du bébé sur leurs rythmes, évoquant une métaphore musicale voire chorégraphique d'une mise en accord de leurs comportements [29].

L'accordage affectif lui, passe tout aussi bien par des échanges vocaux mimiques, toniques, et des échanges d'affects dans lequel baignent le parent et son enfant, et où l'un et l'autre vont

trouver une synchronisation et une harmonisation de leurs échanges, tel que l'a décrit Stern en 1989 [30]. Pour lui, « le partage des états affectifs est le problème de nature clinique qui a le plus d'incidences sur la connexité intersubjective. » [30] Il s'interroge sur la manière dont s'effectue ce partage d'affects. L'imitation ne suffit pas pour la réalisation d'un échange intersubjectif d'affects même s'il est important. Il faut d'autres conditions. Par exemple, le parent doit savoir « lire l'état émotionnel du nourrisson dans son comportement manifeste » et il lui faut présenter un comportement répondant à la manifestation du nourrisson. De son côté, le nourrisson doit comprendre que la réaction parentale correspondante a « un rapport avec sa propre expérience émotionnelle initiale ». [30]

De manière habituelle, des comportements d'imitation des parents sont retrouvés. Arrivé vers les 9 mois de l'enfant, le parent, semble-t-il instinctivement, commence « à élargir ses comportements au-delà de la véritable imitation vers une nouvelle catégorie de comportement que nous appellerons l'accordage affectif » tel que l'énonçait Stern. Les accordages présentent des caractéristiques idéales pour la réalisation du partage de l'affect : [30] il s'agit d'une part d'une sorte de correspondance au comportement manifeste du nourrisson. D'autre part, le canal de réponse de la mère peut être différent du mode d'expression employé par le nourrisson : on parle ici de correspondance transmodale, c'est à dire la possibilité d'expression par exemple par l'enfant de mimiques, et par la mère, d'une réponse correspondante en parole, en y mettant des mots. Au final ce qui est rendu, c'est un aspect du comportement qui reflète l'état émotionnel de la personne. Le référent qui entraîne la réponse serait l'état émotionnel et non le comportement manifeste.

Cet accordage va ainsi permettre à l'enfant d'avoir un retour sur son ressenti, et l'aidera à identifier les affects par lesquels il est traversé.

1.2.2.3 Sur le plan des interactions fantasmatiques, la rencontre entre enfant imaginaire, fantasmatique et réel

Les tâches qui incombent à la mère au moment de la naissance, sont : d'accepter la fin brutale du sentiment de fusion, d'omnipotence associé à la grossesse ; de s'adapter au nouvel être malgré le sentiment d'étrangeté qu'il peut provoquer ; de « faire le deuil de l'enfant (parfait) imaginaire » et s'adapter aux caractéristiques du bébé ; et enfin d'affronter des craintes qu'elle peut avoir de faire du mal à son enfant, pour Brazelton et Cramer [17]. En ce qui

concerne les enfants fantasmatiques et imaginaires, ils vont venir teinter les premiers liens, comme l'ont décrit Lebovici, et Cramer[17][31].

Ceux-ci, les bébés imaginaire et fantasmatique, existent en effet bien avant les premières interactions, et bien avant la grossesse. Après la naissance, le bébé réel et ses parents vont faire connaissance. A l'occasion de leurs échanges réciproques, la mère, dans ce bébé, investit, projette les bébés imaginaire et fantasmatique, qu'elle portait déjà. Ceux-ci sont constitués de ses désirs, ses conflits intrapsychiques, et modelés au gré du parcours de la mère, ils portent une « transmission intergénérationnelle ». [16,32]

Les contenus psychiques maternels et les réactions du nourrisson ont été étudiés et mis en relation par B. Cramer et Palacio-Espasa. Car dans tous les actes du quotidiens, les gestes de soins, les contacts, « la jeune mère met en actes des représentations (son passé, ses souvenirs, ses bonheurs et ses traumatismes) ». Ainsi, l'apport génétique du bébé, va être enrichi des apports environnementaux. Grâce à ces auteurs, d'un point de vue théorique, a vu le jour la théorie des interactions précoces fantasmatiques, et dans la pratique leurs travaux ont contribué à la mise en place de psychothérapies mère bébé. [33]

Ces interactions nécessitent de la part des parents, une certaine souplesse psychique, et des capacités d'adaptation, de réaménagements de leurs représentations, d'acceptation de leurs déceptions. D'autre part, la présence de cette transmission transgénérationnelle, doit aussi laisser la place à l'imprévu de cette rencontre, et à l'originalité de ce bébé. Une assise narcissique suffisante aidera aussi les parents à pouvoir accepter la déception pouvant être vécue avec la rencontre avec ce bébé réel, et l'écart d'avec les bébés imaginaires et fantasmatiques.

1.2.2.4 Fonction de contenant, de pare excitation

Le parent doit aussi être en mesure d'être le réceptacle de mouvements de pulsions, d'excitation, qui traversent l'enfant, pouvant les recevoir, les transformer, les absorber ou les restituer à l'enfant, dans une forme « assimilable » pour lui. Cela a pour effet d'aider l'enfant à traverser différentes étapes essentielles pour son développement.

En effet, l'enfant va traverser différentes phases : tout d'abord une phase décrite « schizo paranoïde » par M. Klein. A cette étape, l'enfant projette des pulsions sur le sein, tantôt vu comme bon, tantôt comme persécuteur. Il a alors un sentiment de clivage de lui même en bon

ou mauvais, selon ces mécanismes projectifs. Lorsqu'il peut ensuite arriver à une vision plus unifiée de l'objet extérieur, et de lui-même d'autre part, il craint d'avoir abîmé le bon sein, ce qui l'amène à une position dépressive. Dans cette position, l'enfant va arriver à une unification de l'image du sein, mais le vit avec angoisse, de par la peur d'avoir abîmé le bon sein, sous l'influence des pulsions agressives ressenties [34][35][36][37]. Il importe que lors de ces phases, la mère puisse tout autant accepter, accueillir les pulsions agressives de son enfant, que le soutenir dans la position dépressive qu'il traversera ensuite.

Des « éléments alpha » et des « éléments bêta », contribueraient à l'initiation de la pensée chez le nourrisson, tel que l'a décrit Bion, élève de M. Klein. La mère, par une certaine capacité à la rêverie, pourra recevoir, contenir, et transformer les « éléments bêta » que son enfant projette sur elle. En effet, il s'agirait de « sensations et d'émotions brutes » qui font partie des premières productions psychiques du bébé, mais ne lui sont pas directement assimilables, et pensables. Une fois qu'elle les a assimilées et détoxiquées, ils peuvent alors être définis en tant qu'« éléments alpha », assimilables par son bébé [38][39].

Ces éléments contribuent à la mise en place de la pensée chez le nourrisson. Or, on voit que pour y avoir accès, ils nécessitent certaines capacités chez la mère : contenance, étayage, rêverie. Si ces éléments sont défaillants chez la mère, on peut supposer que l'enfant risque de présenter des troubles de la pensée, voir une difficulté à accéder aux fonctions symboliques, laissant à penser un risque potentiel d'évolution vers un trouble psychotique.

M. Mahler a énoncé qu'il est nécessaire que la mère remplisse un rôle de pare excitation, pour le protéger des pulsions agressives qu'il émet ou qu'il reçoit, lors d'une phase qu'elle nomme « phase symbiotique normale » (phase de fusion mère-bébé). Cela permet de protéger son Moi, encore en ébauche [19,40].

Cette fonction de pare-excitation est « un véritable enjeu dans l'instauration des premiers liens » pour Belot, qui a dit-elle un rôle central dans le développement psychosomatique de l'enfant. Il est pour l'auteur important de « pouvoir prendre en compte le travail psychique que réalisent les parents pour pouvoir parer à ses états de tension et d'excitation » [41]. Lorsque ce travail est défaillant chez les parents, il peut être observé des troubles chez l'enfant, en l'occurrence des pleurs très fréquents dans la situation clinique exposée dans son article de 2012 [41].

1.2.3 Utilité de ces premiers liens pour l'enfant

Les premiers liens requièrent certaines capacités chez les parents, d'accueil, attention, adaptation, souplesse, fonction de pare-excitation, et détachement progressif de leur enfant.

La préoccupation maternelle primaire va favoriser la mise en place de l'accordage affectif, et permettre la mise en place du sentiment continu d'exister chez l'enfant et le repérage de ses propres affects. L'enfant est aussi porteur des représentations fantasmatiques des parents, ce qui l'inscrit dans une transmission transgénérationnelle, et lui apporte par l'intermédiaire de ces interactions comportementales, affectives et fantasmatiques, tout un apport supplémentaire à son bagage génétique initial. La fonction de contenance, de pare excitation du parent, y est aussi fondamentale, car elle permet à l'enfant de traverser des états affectifs, émotionnels, de tension, d'excitation en protégeant son Moi encore fragile. De plus, la stabilité d'une figure de référence aide à l'attachement pour Bowlby [21]. L'attachement du nouveau né aux partenaires avec lesquels il est élevé, est d'ailleurs décrit comme nécessaire à son développement par Bowlby, de même que les échanges avec ces partenaires, car pour lui, les « structures internes de fonctionnement, fondées sur l'expérience répétée d'interactions positives ou négatives » sont nécessaires à sa représentation du monde qui l'entoure. [21]

Le passage du lien narcissique à la relation d'objet, va aussi contribuer à la mise en place d'une intersubjectivité primaire [42], puis secondaire.

L'apport de ces interactions précoces lui permettra ensuite d'arriver à la phase de séparation-individuation, phase qu'a développé M. Mahler, où l'on observe chez l'enfant « les débuts du sentiment de soi, d'une relation objectale vraie et de la conscience de la réalité du monde extérieur »[19,40]. L'enfant va ici investir sa mère dans une relation objectale, où les parties bonnes et mauvaises de cet objet sont unifiées, dont la représentation est internalisée par l'enfant, et permettant dans sa représentation une constance et une permanence de l'objet. Cela est aussi possible par l'établissement chez l'enfant « d'une représentation constante du self » pour lui-même [43][37]. Le soutien de sa mère va aussi l'aider dans cette étape, pour majorer son sentiment de sécurité. La capacité de celle-ci à rester stable, présente, lui permettra des allers retours entre aller vers une autonomisation, et la savoir à proximité, pouvant revenir vers elle si besoin.

Ainsi, l'autonomisation de l'enfant est le résultat de tout un ensemble d'interactions précoces, mais aussi de processus psychiques commençant à s'établir dès la grossesse pour permettre la rencontre entre l'enfant et ses parents. Parfois, les différents processus, les différentes étapes, se mettent plus difficilement en place.

2. PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERIODE PERINATALE

La « psychopathologie » est définie par Golse comme « l'espoir et la tentative de donner du sens aux divers destins individuels et à la souffrance des personnes » [2].

« La psychopathologie de la période périnatale a bénéficié d'un regain d'intérêt depuis que la recherche épidémiologique a montré l'effet négatif du dysfonctionnement des interactions précoces entre la mère et son bébé sur le développement du jeune enfant. » pour Bydlowski [1]. Alors que pendant longtemps, il était de pensée commune de croire que pendant la grossesse, la femme bénéficiait d'une sorte « d'immunité » de décompensation psychiatrique, la maternité peut en fait être un moment de vulnérabilité pour des « pathologies mentales et troubles du comportement de gravité divers. » [1]. Les décompensations psychiatriques pouvaient aussi auparavant être attribuées à des problèmes somatiques, par exemple, attribuées à la « fièvre de lait », complication infectieuse actuellement disparue. [1]

Lors de la grossesse, les processus permettant l'accès psychique à la parentalité sont parfois bloqués. Il peut arriver, du fait d'une pathologie psychiatrique déjà connue, ou réactivés ou de novo, que ces processus soient entravés. En effet, la période de la grossesse n'est pas exempte de pathologie psychiatrique, comme cela était pensé auparavant. Il s'agit même d'une période semble-t-il particulièrement exposée aux décompensations psychiatriques. Les diverses pathologies que nous aborderons nous donnerons quelques éléments possibles de leur impact sur les processus psychiques de la grossesse.

2.1 En prénatal :

La prise en charge d'une pathologie implique d'avoir à l'esprit : « la santé mentale de la mère, le développement du bébé, la prévention des troubles de la relation mère-enfant » [44].

Longtemps considérée « comme une période pendant laquelle les troubles psychiatriques disparaissaient comme par enchantement », « les chiffres de la morbidité psychiatrique montrent aujourd'hui qu'il n'en est rien. La morbidité psychiatrique serait au mieux identique pendant la grossesse à celle en dehors de la période périnatale ». Apter [45] cite plusieurs études (Marcus 2009[46], O'hara 1996[47], Viguera 2007 [48]) qui mettent en avant le risque beaucoup plus élevé de décompensation d'une pathologie préexistante, tout particulièrement durant cette période, notamment les troubles thymiques.

« En période périnatale, la reconnaissance des troubles mentaux susceptibles d'être en lien avec les grossesses doit se situer dans une visée de santé publique » [45]. En prénatal, il peut s'agir d'une occasion unique d'accès aux soins des troubles mentaux. L'on retrouve des troubles graves et chroniques : maladies cycliques de l'humeur, ou troubles psychotiques préexistants à la grossesse, le risque majeur pour ces pathologies étant l'arrêt du traitement psychotrope par la patiente. D'autres troubles peuvent être déclenchés par la grossesse et liés à une vulnérabilité antérieure tel un épisode dépressif préalable reconnu, en dehors de tout contexte de grossesse. Ou alors des troubles peuvent apparaître de novo lorsque des éléments de vulnérabilité existent mais qui n'étaient pas repérés jusqu'alors [45].

2.1.1 Existence d'une pathologie psychiatrique

Schizophrénie :

On y observe « souvent des capacités d'adaptation largement entravées »[49][44]. Les risques sont maternel, obstétrical et pour la relation future mère-enfant : pour la mère, risque de passage de l'acte autoagressif ; au niveau obstétrical, un risque de plus grande difficulté au suivi, et augmentation du « risque de retard de croissance intra utérin, prématurité voir de malformation ou de mort fœtale » [50][44]. Puis sans soins, il risque ensuite de s'installer « des troubles graves, avec des distorsions comportementales et affectives ». Il est recommandé une prise en charge précoce et multimodale, intégrant un suivi psychiatrique régulier d'évaluation symptomatique et thérapeutique, mais aussi afin d'accompagner le « développement de l'investissement maternel en anténatal et le soutien à la parentalité en post natal ». « Il s'agit notamment d'évaluer les aspects concrets des soins de nursing apportés au bébé ainsi que la dimension affective et émotionnelle des premiers échanges mère-bébé en se centrant sur l'analyse des compétences développementales précoces du bébé. » [44]. Parfois aussi la patiente n'a pas accès à la réalité de la grossesse, pouvant par exemple intégrer cette gestation dans une interprétation délirante.

Troubles bipolaires :

S'appuyant sur les travaux de Yonkers [51], Apter évoque la prévalence du trouble bipolaire au cours d'une vie de 0,2 à 1,6%. Une femme a au cours de cette période périnatale « 7 fois plus de risque de faire un premier épisode, et 2 fois plus de risque d'avoir une rechute si elles ont déjà eu un épisode antérieur ». Et concernant ici la relation mère enfant, les risques sont surtout liés « à la survenue d'un épisode de décompensation dans la période périnatale. »

L'importance de la prise en charge ici axera surtout sur l'adhésion au traitement, et sur le suivi en prénatal et en post partum. [44]

Dépression :

La prévalence d'une dépression à tout moment de la grossesse est d'environ 18%. [44] Pour un trouble de l'humeur décompensant pendant la grossesse : son niveau de gravité est évalué, l'accès aux traitements possibles selon les recommandations du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), et une continuité des troubles et des soins avec le post partum.

Personnalité borderline :

Étudiées particulièrement par l'équipe de Gisèle Apter-Danon et Le Nestour dans leur impact sur la grossesse et le post partum, elles sont caractérisées par l'impulsivité incontrôlée, les passages à l'acte plus qu'à la fantasmatisation, le recours aux addictions, et par la suite, elles auront une particulière difficulté à entrer en synchronie et en empathie continue avec leur bébé [52]. On retrouverait en post partum des « conduites inadéquates avec l'enfant (violence, négligence ou, au contraire, excès de sollicitude inadaptée). »[1]

Troubles anxieux :

Peu étudiée, la prévalence de l'anxiété durant la grossesse « atteindrait 54% pour les troubles anxieux liés à la grossesse » selon l'étude d'Ibanez que cite Apter [53][44]. Il est important ici de distinguer les préoccupations anxieuses classiques, se rapprochant plutôt de la préoccupation maternelle primaire, et des troubles caractérisés tels « qu'une anxiété généralisée, un trouble panique, un trouble obsessionnel compulsif ou un syndrome de stress post-traumatique. » Les publications citées par Apter [53][44] retrouvent une fréquence du trouble anxieux généralisé de 5 à 7%, et une prévalence du syndrome de stress post traumatique qui serait de 4 à 7%, comme en population générale [54][44].

Il « est par ailleurs décrit dans la littérature scientifique un continuum entre le pré- et le post-partum, souvent retrouvé en pratique clinique pour les troubles anxieux comme pour les autres troubles » [54][44]. L'anxiété prénatale serait d'autre part un facteur de risque de survenue de la dépression pré et post natale. Il existerait de plus un impact potentiel sur l'enfant au niveau obstétrical : retard de croissance intra utérin ou naissance prématurée, notamment quand il y a un « deuil lié à la perte d'un autre enfant pendant la grossesse » [53][44]. Ici aussi, il faut souligner l'importance du travail en réseau pour prendre en charge ces patientes.

2.1.2 Psychopathologies spécifiques au temps de la grossesse : vomissements gravidiques et découvertes tardives de grossesse

Les vomissements gravidiques :

Nous aborderons ici les vomissements gravidiques incoercibles ou sévères nommés hyperemesis gravidarum. Ceux-ci concernent 0,5 à 10 pour 1000 grossesses [27]. Ils s'associent à une perte de poids de plus de 5% du poids initial, avec état de jeûne, désordres hydroélectrolytiques, et perdurant souvent après 16 semaines d'aménorrhée. Ils diffèrent des vomissements gravidiques simples, concernant 50% des femmes enceintes, par leur durée dans le temps, et leurs conséquences somatiques. Aucune étiologie précise n'a été retenue à ce jour concernant les vomissements sévères. Des hypothèses biologiques ont été avancées, notamment concernant une certaine homologie moléculaire entre HCG et TSH, HCG se liant sur les récepteurs de la TSH, entraînant une hyperthyroïdie biologique, favorisant les vomissements du premier trimestre [55]. Ou encore celle d'un taux élevé d'œstrogènes comme facteur étiologique éventuel, à partir d'une étude montrant que si la femme attend un bébé de sexe féminin, son risque de vomissements incoercibles au cours de la grossesse serait majoré de 50% [56][57]. Des hypothèses sur le profil psychopathologique des femmes présentant ces vomissements ont été proposées : avec figure paternelle insuffisante, échec de l'identification maternelle, absence de relation sociale profonde, névrose hystérique, phénomène de conversion. [58][59][57]. L'hypothèse aussi d'une certaine ambivalence vis-à-vis du bébé ou du père du bébé, de sentiments contradictoires, de conflits intrapsychiques non résolus, à la base de ces symptômes, a aussi été énoncée [55]. Dans l'idée de l'existence d'un conflit sous-jacent, Karpel a proposé une séparation en sous-groupes pour ces patientes, selon que le conflit est : conscient sans pour autant recourir à l'avortement (avec une résolution rapide du conflit) ; préconscient (« patientes avec antécédents obstétricaux (FCS, IVG, IMG) les confrontant au vide du bébé perdu, et à la difficulté d'accepter le bébé qu'elles portent ») ; subconscient (« craignant de vivre un drame obstétrical, que leur mère a vécu », les entretiens permettant de mettre à jour cet événement traumatisant, et la place qu'elles ont ensuite occupé dans leur famille suite à ce drame) ; ou inconscient (pour lesquelles les entretiens mettent en avant de liens mère-enfant qui furent de mauvaises qualités, avec sentiment d'abandon, et crainte de répéter les mêmes attitudes). Il met en avant pour une partie de ces patientes, des antécédents autour de l'oralité (anorexie du nourrisson ou à l'adolescence, symptômes psychosomatiques avec reflux pathologiques du nourrisson, crises d'asthme avec vomissements, ou des fixations orales avec succion du pouce tardive, vomissements fréquents), et évoque la possibilité que la future mère ici, cherche à « réinventer la présence

maternelle » autour de cette oralité, pour combler une angoisse de séparation d'avec la mère. [60]. La prise en charge des patientes hospitalisées pour ce motif est pluridisciplinaire, mais il n'y a pas de consensus établi, notamment concernant la pratique de l'isolement pour ces patientes [55,60,61]. Le rôle du psychologue ou du psychiatre serait d' « amener la patiente à travailler sur le ressenti de sa grossesse, à inscrire celle-ci dans son histoire personnelle et à comprendre les sentiments contradictoires qu'elle peut éprouver vis-à-vis de cette grossesse » [55]. Ses répercussions sur le fonctionnement de la dyade ne sont pas documentées.

Les découvertes tardives de grossesse :

On peut retrouver une dissimulation, mécanisme conscient visant à cacher la grossesse à l'entourage, elle peut être un premier degré de difficulté à énoncer une grossesse. Il peut s'agir d'une dénégation, témoignant d'un conflit intrapsychique inconscient, avec mécanisme de défense névrotique[62][63]. Le déni est pour Freud un « mode de défense consistant en un refus, par le sujet, de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante » [62], et il s'y associe ici un mécanisme de clivage du moi (clivage dans la conscience du sujet, proche de mécanismes de défense à l'œuvre dans la psychose) [63][27][57]. Le déni serait un facteur de risque de naissances prématurées, et de complications obstétricales [64]. Et il serait associé dans 50% des cas à des troubles psychiatriques (psychose, dépression, trouble de la personnalité) [65][57]. Bayle regroupe les notions de dissimulation, dénégation et déni, sous le terme de négations de grossesse. Au cours d'une grossesse, l'enfant a été conçu physiquement, mais doit l'être aussi dans la tête de ses parents, la mère notamment. Or, Bayle évoque que pour « concevoir par l'esprit », il faut percevoir le réel, pour se le représenter, que l'activité de représentation est inséparable de la perception. Et qu'ainsi « c'est bien ce que les cliniciens observent lors des négations de grossesse : l'impossible perception corporelle, interne et proprioceptive, de la grossesse rend impossible la représentation mentale de la grossesse et vice versa. Cette incapacité de perception et de représentation se prolonge alors pendant une grande partie de la gestation : aucun espace psychique n'est créé pour l'enfant. Les négations de grossesse, en s'accompagnant d'un tel vide perceptif et représentationnel, soulignent tout le travail de représentation mentale qui a lieu en temps ordinaire lors de la conception et de la gestation de l'enfant », « représentation de l'enfant à naître et représentation de la femme devenant mère »[63]. On peut alors envisager deux niveaux de blocage sur le plan des représentations, pouvant d'ailleurs se conjuguer : « soit l'enfant lui-même est irreprésentable, impensable, inconcevable, comme dans les cas extrêmes du viol et de l'inceste, mais aussi dans le cas d'enfants fantasmatiquement « trop » incestueux » ; « soit

c'est le fait d'être mère ou d'être enceinte qui est mentalement inconcevable, ce qui n'est certainement pas équivalent, et sollicite notamment les imagos maternels ». Donc soit il s'agit du « contenu », l'enfant, qui est inconcevable et bloque le travail de représentation de la grossesse, retrouvant ici la question de l'ambivalence du désir et du refus de l'enfant, et dont alors on peut se demander comment se fera l'accueil de l'enfant une fois né. Soit, l'inconcevable de la grossesse peut être lié à l'inconcevable du « contenant », le corps de la femme enceinte. Dans cette seconde situation, Pierronne observant les premières interactions après une situation de négation de grossesse, évoquera une courte période de sidération, puis une mise en route des interactions, sans difficultés particulières, sans « affects agressifs exprimés ni de gestes destructeurs à l'égard de l'enfant » [66][63], pour certaines de ces patientes. Mais il semblerait important de pouvoir être particulièrement vigilant à l'instauration des premiers liens avec l'enfant, étant donné qu'il n'y a pas eu accès aux diverses représentations au cours de la grossesse, et aidant à l'instauration des premiers liens.

2.1.3 Difficultés d'accès aux processus psychiques de la parentalité

On peut ici retrouver « la difficulté que peut représenter cette internalisation de l'objet, qu'est le bébé attendu ». Le futur parent, lors de sa vie de nourrisson peut lui même, devant des soins insuffisants ou discordants, avoir été confronté à « l'angoisse du chaos » [1]. Devenant enfant puis adulte, il peut avoir alors construit un objet interne qui soit « peu fiable et même menaçant ». Aussi, quand la femme attend elle même un enfant, on retrouve une internalisation du bébé en tant qu'objet interne. Cet enfant, qui représente l'objet interne de la mère, « risquera, alors, d'être perçu avec effroi » : un objet intérieur « menaçant, morcelant, morcelé ». Ce « retour d'angoisses passées » peut se manifester lors de la vie onirique pendant la gestation. On retrouve des exemples de rêves où le bébé du rêve représente leur vision de cet objet interne (exemple découpé, ou en pleurs), leur vision d'elle-même bébé parfois.

Ainsi, chez des femmes narcissiquement fragiles, cette réactivation d'angoisses anciennes, précédents le langage, en début de grossesse, peut « entraîner la crainte d'un effondrement psychique si la grossesse suit son cours ». Là devant : la femme peut se montrer demandeuse d'une interruption volontaire de grossesse, ou si elle poursuit cette gestation, on peut lors de ce temps retrouver une prépondérance de l'angoisse, ou une grossesse « émaillée de symptômes psychosomatiques. » [1]

Parfois c'est l'image de leur propre mère, ou de leur « imago maternel » de référence, sa représentation, qui leur pose une difficulté. Parfois elles se retrouvent dans l'impossibilité de se représenter à la fois une image suffisamment faible (mère toute puissante, « dévorante »)

et suffisamment fiable (pour apporter assez de sentiment d'assurance dans l'identification qu'elle pourrait en avoir). Il faut d'abord, pour que la future mère puisse s'identifier à sa propre mère, qu'elle puisse voir celle-ci faible et « aimée parce que faible » [1]. Puis l'identification à une mère fiable, même idéalisée, viendrait dans un second temps. Chez certaines femmes, au lieu de pouvoir investir cette image, s'y identifier, être dans une position de reconnaissance et de dette par rapport à leur mère, il y a une impossibilité d'envisager la dette de vie, ce qui peut amener à une demande d'arrêt de cette grossesse, d'avortement pour « tuer sa mère à l'intérieur de soi », et ne pas avoir à reconnaître le sentiment de gratitude par rapport à sa mère. Pour Bydlowski, on peut ainsi « comprendre certains avortements volontaires comme des équivalents matricides ou suicidaires ». Pour d'autres femmes on constate une impossibilité de voir leur mère faible, de reconnaître que leurs mères sont maintenant infécondes, mais que elles mêmes peuvent l'être les entrave. Car il est « nécessaire pour pouvoir recevoir en cadeau l'enfant qui vient sceller la dette liant les deux femmes », de « pouvoir se la représenter faible, vaincue, perdante, aimée parce que faible ». [1] Enfin chez certaines, pour qui « l'idéalisation de la mère a manqué », elles « ne peuvent pas supporter de savoir qu'on pourrait, en les aimant, aimer quelque chose de leur propre mère en elles ». [1] « L'idéalisation maternelle est un besoin pour le bon déroulement de la grossesse. » Il s'agit ici de l'image de « celle qui viendra prendre soin de l'enfant si la mère vient à défaillir, la seule femme à laquelle une mère puisse confier son propre enfant sans arrière-pensée, sa propre mère idéalisée. » [1] Il s'agit d'une confiance particulière qui s'établit juste le temps de la grossesse, même s'il ya pu y avoir auparavant « d'intenses conflits » entre la mère et la fille. Comme une sorte de « trêve, même transitoire, même fugace », qui se porte sur une personne étrangère, pour qu'une maternité puisse « être menée à bien ».

Il peut aussi se développer des difficultés pouvant entraver psychiquement la disponibilité d'accueil à cet enfant : l'impossibilité de penser cette grossesse, comme dans certains troubles psychotiques, ou dans le déni total de grossesse.

La grossesse peut être difficile à accepter et investir. Pour Cohen, toute grossesse est teintée d'ambivalence, ce qui se retrouverait tout particulièrement dans les vomissements gravidiques. La part d'acceptation et la part de rejet pouvant être concomitant dans certains troubles comme dans le cas de personnalités limites [55].

Du fait de cette disposition psychique normale de levée partielle du refoulement, d'une résurgence de souvenirs parfois enfouis dans l'inconscient jusque là, il peut se retrouver aussi

mis à jour des conflits intrapsychiques tels qu'ils entravent ou perturbent tout du moins les processus d'accès à la parentalité et à la transmission. Souvenirs traumatiques, identifications à la mère impossible, résurgence d'un vécu complexe d'une grossesse précédente, ou d'un deuil périnatal, peuvent compliquer le vécu de cette grossesse. Fraiberg a évoqué ces « fantômes dans la chambre d'enfant » et leurs répercussions éventuelles sur une grossesse ultérieure et l'investissement de l'enfant à venir. On peut assister ici à des difficultés à la mise en place des processus d'accès à la parentalité, sans pour autant un blocage complet, une mise en mouvement peut être possible, partiellement spontanément, mais aussi plus aisément avec l'aide d'un acteur du soin.

2.2 En post partum :

La naissance fait revivre « à chaque parent et tout particulièrement à la jeune mère les moments conflictuels de sa petite enfance et les difficultés qui ont été celles de son propre attachement » [1].

Cramer et Palacio-Espasa, mettent en avant dans cette période les situations de « conflit de la parentalité ». Il ressort, que face au bébé, les adultes devenus ses parents, traversent une période de réaménagement psychique, de nécessité de faire le deuil de leur position « d'enfant de », pour investir leur parentalité, ce qui laisse émerger des conflits intrapsychiques jusqu'ici latents. [33,67]

Un certain nombre de risques sont corrélés à des pathologies psychiatriques, à type de risque de décompensation de trouble bipolaire ou schizophrénique dans les premières semaines post partum. En cas d'épisode délirant, un des risques principaux en terme de gravité est le passage à l'acte auto agressif ou hétéro agressif avec infanticide. Dans les épisodes dépressifs ou anxieux, d'installation plus insidieuse, le risque principal est l'installation de troubles relationnels avec son enfant. Au long terme, par exemple « les enfants de mère déprimées dans la première année de leur vie, ont un risque accru de troubles du comportement associés à des difficultés des apprentissages, notamment les garçons. » [68,69][44]. Enfin, dans les troubles de la personnalité limite, il s'agit surtout de troubles de la relation mère-enfant à type de carences et négligences [52].

Nous allons aborder tout d'abord le blues post natal, avant les pathologies psychiatriques en tant que telles, et avec elles, les difficultés que rencontrent certains parents pour procurer à l'enfant les soins dont il a besoin. Car « le premier risque pour le nouveau-né est de se trouver

dans une situation dans laquelle il n'existe pas de personne en mesure de lui procurer les soins et la relation dont il a besoin ». [44].

2.2.1 Le Blues post natal

Guillaumont adhère aux propos de Cramer de 1985, comme quoi le passage en maternité est « un lieu privilégié de prévention », et précisant que depuis, cette constatation se confirme [70]. La maternité est le lieu où l'on donne la vie et où, « sous l'emprise du poids socioculturel et médiatique, les affects négatifs peuvent être perçus de manière péjorative. On peut retrouver banalisation, rationalisation, méconnaissance de cet incident émotionnel ». Aussi lorsque la jeune mère exprime sa souffrance au travers de plaintes fonctionnelles, « elle nous jette une bouteille à la mer » [70]. « Les différents acteurs qui gravitent autour de la mère pensent que le passage en maternité reste un temps particulier pour l'histoire des mères, où tout en étant attentif aux éléments somatiques la dimension affective ne doit pas être sous estimée ».

Bon nombre de termes ont été proposés : baby blues, maternity blues, syndrome du 3^e jour, blues du 3^e jour, day five, puerperal blues, post partum blues, transitory syndrome, blues post partum. Quel que soit le terme employé, il s'agit d'une brève période dysphorique quelques jours après l'accouchement [70]. Survenant entre le 2^e et le 10^e jour post partum, avec pics d'intensité au 3^e et 5^e jour, et avec une évolution rapide en 10 jours environ, plus de 50% des accouchées sont concernées. Manifestation physiologique du processus de maternage « se concluant par un retour à l'état antérieur "ad integrum", il existe un caractère universel du postpartum blues (PPB) [70].

Auparavant, considéré sans incidence pathologique, et si fréquent qu'il avait été « référé à la normalité », il soulève maintenant l'intérêt des chercheurs en périnatalité. Évènement en rupture dans son comportement habituel, « insolite, non motivé par des circonstances psychologiques extérieures, les femmes sont averties de sa possible survenue. Elles s'y abandonneraient d'autant plus facilement qu'un environnement contenant les rassurerait », permettant ainsi une certaine régression psychique [71]. Elle est classiquement constituée par des pleurs, en crise de larmes sporadiques [72], une labilité de l'humeur, une élation, et pour Pitt, une certaine confusion [73] s'y ajoute dans les premiers jours du post partum. A noter que les pleurs, emblématiques du blues, s'accompagnent rarement de tristesse. La guérison spontanée survient une dizaine de jours plus tard. L'entourage souvent le banalise. La cause en

est complexe : liée pour certains à l'accumulation de stress de fin de grossesse et d'accouchement, ou encore aux conditions hormonales nouvelles. Il pourrait aussi traduire le phénomène de sensation de perte de grossesse, de deuil de l'objet intérieur qui l'accompagnait depuis des mois, couplé à « une sorte de dénudation psychique qui lui permet de se mettre en phase avec son nouveau né » [70].

Pour Bydlowski-Aidan, un post partum blues présent serait le témoin de la capacité de contenance maternelle à l'égard de son propre chaos, et garante même de cette capacité de contenance à l'égard de son enfant. Dans sa forme transitoire, le post partum blues « contribuerait ainsi à une meilleure régulation du bébé et à de meilleurs ajustements relationnels ultérieurs entre mère et enfant » [71].

Elle émet l'hypothèse qu'un post partum blues absent (éventuellement indicateur d'un fonctionnement défensif visant à mettre à distance les affects), « silence émotionnel », ou un blues « triste » (qui s'inscrit dans le cadre du risque de maladie dépressive) serait le signe d'une fragilité du pare-excitation et des capacités de contenance maternelle, et sont par la même les expressions d'un débordement. Ces catégories de post partum blues se retrouvent dans les difficultés d'ajustement interactif mère-bébé au terme de l'étude de S. Bydlowski, à deux mois post partum [71].

Guillaumont émet l'hypothèse psychopathologique sous tendant ce post partum blues : l'existence d'un travail de deuil, le contrecoup du stress de l'accouchement et ses angoisses de mort, les questionnements liés au nouveau statut de mère [70].

Le but spécifique et primordial du post partum blues serait l'attachement précoce entre mère et nouveau né, favorisé pour Winnicott par la préoccupation maternelle primaire « préparation nécessaire de l'esprit de la mère à saisir les indices provenant de son enfant » [70].

Il pourrait scander la fin du processus de la grossesse, correspondre à un moment signifiant des transformations psychiques accomplies. En effet, pour Rochette, la période allant de la naissance à environ 40 jours post partum, est une période de « désordre aléatoire », un temps où la mère et son bébé cherchent leur propre style interactif, en place à la fin de cette période [74]. « La curiosité actuelle pour cette manifestation sans signification péjorative se formule ainsi : si le blues témoigne de la capacité empathique de la mère et de son aptitude à éprouver l'état émotionnel de son bébé, le style interactif ultérieur de la dyade pourrait en porter la trace [71]».

Si le post partum blues est sévère (évaluation quantitative ou qualitative par l'équipe soignante), Guillaumont rapporte qu'il y aurait un risque 4 à 10 fois supérieur de dépression post natale en s'appuyant sur des travaux de Gard 1986, Pitt 1973, Hannah 1992, Fossey 1995, Henshaw 1996. Des échelles d'évaluation ont d'ailleurs été proposées : par Yalom 1968, Pitt 1968, Handley 1977, Stein 1980, Kendell 1981, Kennerley 1989, Rochette et Mellier 2007 [75] et des facteurs favorisants ont été recherchés : facteurs biologiques, syndrome prémenstruel et problèmes gynécologiques, et/ou des événements ou une psychopathologie comme une dépression anténatale, une ambivalence pour la grossesse. [70]

Lorsqu'il est sévère et durable, durant plus de 8 jours, il peut être le précurseur ou en continuité d'une authentique dépression post natale, et il est important en ce cas de le considérer comme pathologique et pouvoir demander de l'aide.

2.2.2 Les pathologies psychiatriques

Les dépressions post natales

Les dépressions post natales concernent l'ensemble des dépressions du 2^e mois à la fin de la première année du post partum. En sont exclus : les troubles psychiques immédiats du 1^{er} mois (blues et psychoses du post partum), et les troubles psychiques non dépressifs [76][77].

Il s'agit d'un terme sous lequel on retrouve des présentations cliniques très différentes, tant dans la symptomatologie, la gravité, que le pronostic et la prise en charge.

Dépression atypique, elle touche au moins 10% des accouchées [47][78][44]. Souvent méconnue, elle dure des mois sans prise en charge adaptée. Souvent, dans l'après coup, les soignants (médecin généraliste, pédiatre) que la mère va consulter, comprennent « rétrospectivement le profond malaise que ces jeunes mères ont traversé ». [1] Leur malaise silencieux peut tout à fait passer inaperçu auprès des soignants et de leur entourage. Sur le plan de la symptomatologie, on retrouve une jeune mère qui reste fatiguée, qui « ne s'adapte pas à la prise en charge à la fois émotionnelle et pratique que représente la présence du nouveau né » et qui « se retire dans un désintérêt et un ralentissement » qui n'alertent pas toujours l'entourage. (Bydlowski, 6^e éd. 2008) Pour Cox, le tableau peut être complet dès les 6^e ou 8^e semaines. Lui et son équipe, ont mis au point, l'auto-questionnaire EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scare), pour un dépistage fiable dès la 8^e semaine du post partum [79]. Une traduction française, validée a été mise au point par Guedeney [80]. « Non soignée, elle

transforme en épreuve douloureuse la première année de vie commune avec l'enfant. Elle risque même d'entraver le premier développement de celui-ci tant le partage quotidien joyeux avec une jeune mère est un ciment vital essentiel » [1]. Et le point capital sera bien là : quel est l'impact de l'état maternel sur les premières interactions qui s'échangent avec son bébé ? Pour que se construise l'intersubjectivité, il est nécessaire à la mère de pouvoir être assez empathique pour pouvoir ressentir l'état émotionnel de son bébé. Devant une mère inexpressive, le bébé va d'abord chercher à la « réanimer » en initiant la relation, et devant l'absence de réaction de sa mère « l'enfant se fatigue, se lasse et se retire lui-même de la communication » [81]. Parfois aussi la symptomatologie anxieuse est au premier plan, pouvant donner des interactions « hyper stimulantes, mais discordantes » À plus long terme, selon les études de L. Murray 25% des enfants exposés à la dépression post-natale sont à risque de troubles du développement cognitif et affectif [68].

Dans son article de 1998, Guedeney s'interroge sur les arguments pouvant justifier l'individualisation de ces troubles et en émet plusieurs [77]:

- Les difficultés de l'évaluation diagnostique liées aux « modifications physiologiques et psychologiques du post partum » et qui « rendent plus difficile la reconnaissance des symptômes dépressifs » (symptômes imputables à des éléments somatiques, biologiques classiques de réaménagement par exemple le sommeil) « on pourrait dire que les cliniciens ont tendance à banaliser les symptômes maternels et les outils d'évaluation à exagérer les diagnostics de dépression » [77].
- Les dépressions post natales ne sont jamais vues directement par les professionnels « psy »: médecins généralistes, pédiatres, professionnels de Protection maternelle et Infantile (PMI), « ce sont eux qui assurent le passage à d'éventuels soins spécialisés ».
- L'adulte déprimée est une femme qui vient de devenir mère : parce que pour la mère, son entourage, parfois, les soignants qu'elle rencontre, et pour la société, il est difficilement concevable que l'on puisse être déprimé dans ces circonstances post natales, cela « accentue les difficultés diagnostiques ».
- Enfin l'adulte déprimée est une mère avec un nourrisson : et l'on ne peut négliger, ignorer les conséquences de l'état dépressif sur le développement de l'enfant.

La prévalence des dépressions post partum va de 5 à 20% selon le critère retenu (épisode dépressif d'intensité majeure ou mineure), ou la population étudiée. 13% sur la méta analyse de O'hara sur 59 études [82]. La prévalence est non différente en pays occidentalisé, pour une

population féminine de même âge mais non en situation de post partum. Les facteurs de risque sont variables selon les pays : socio psychologiques pour les pays occidentalisés, liés à la morbidité néonatale dans les pays en voie de développement. Pour O'hara les facteurs les plus prédictifs sont les antécédents psychopathologiques de la mère, les problèmes psychologiques pendant la grossesse, les difficultés conjugales, le support social de mauvaise qualité dont l'isolement, les évènements de vie stressants. Bydlowski note comme facteurs de risque de survenue d'une dépression post natale, « l'idéalisation de la grossesse et de la maternité », « les conditions socio économiques et d'environnement défavorables », « la reprise du travail trop précoce et le sevrage », ou encore « des conditions particulières entourant la naissance » comme la prématurité. [1]

Nombre d'hypothèses ont tenté d'apporter leur éclairage sur les mécanismes sous tendant ces dépressions post natales. Nous avons plus particulièrement adhéré à l'aspect développemental et interactif mère- bébé. Selon le modèle de la psychiatrie développementale développé par les psychanalystes : « dans une perspective interactive, le bébé révèle et fait revivre à ses parents leurs propres conflits de développement et d'attachement ». Pour Selma Fraiberg « le nouveau parent peut ne pas trouver de solutions adéquates à ce conflit de développement : la survenue d'une dépression post natale peut être une des conséquences de cet échec du parent à résoudre le conflit réveillé par le bébé » [83][77].

La prise en charge de cette dépression, sera « avant tout relationnel » pour Bydlowski. Le plus grand facteur limitant la prise en charge, sera la réticence, ou même l'incrédulité de la patiente ou de l'entourage, à venir consulter. Le temps nécessaire aussi aux soins du bébé la laisse peu disponible pour se plaindre pour elle-même. De plus, une fois de retour à son domicile, le pédiatre sera souvent le seul professionnel rencontré. Elle reprend les travaux d'Appleby, qui ont montré que « la requalification de la jeune femme en tant que mère peut être aisément accomplie par des soignants non surqualifiés, mais attentifs et disponibles. Il est souvent plus facile à mettre en œuvre sous forme de visites à domicile » [1,84]. Les principes d'une prise en charge sont avant tout d'être relationnelle, mise en place le plus précocement possible, avec un interlocuteur stable pendant trois à quatre mois. Des visites à domicile peuvent être éventuellement envisagées. L'objectif est de l'aider à reprendre confiance en ses capacités maternelles. Exprimer son ambivalence par rapport à l'enfant, se détacher d'images maternelles internes trop rigides et idéalisées, peuvent l'aider à se requalifier en tant que mère acceptable, et lui permettre de mieux objectiver son bébé.

Les psychoses aiguës post natales

Ce trouble concerne 1 accouchée sur 2000 ou 3000, concernant principalement des jeunes femmes primipares sans antécédents psychiatriques. Sur le plan de la clinique, il existe trois types de décompensation : un état mélancolique aigu, un état maniaque mêlant plus ou moins des éléments dépressifs, ou un tableau associant troubles de l'humeur et troubles de la conscience. D'installation brutale quelques semaines après l'accouchement, la durée spontanée est de quelques jours à quelques semaines. Il y a « très souvent un déni de la naissance de l'enfant », et ce qui permet de reconnaître la psychose, une montée de l'excitation et une confusion. Il n'y a « pas de corrélation entre le pronostic et le caractère bruyant des troubles » [44].

La création des premières UME (Unités psychiatriques Mère-Enfant) en Angleterre, a été pensée dans le principe de l'hospitalisation conjointe et non plus de séparation mère- enfant tel que pratiqué avant, pour ne pas renforcer le déni de la naissance, lutter contre le risque d'infanticide et les effets néfastes d'une séparation.

Racamier, à partir d'une étude sur une population de femmes hospitalisées pour psychose puerpérale, a montré que « ces cas pourtant marqués du sceau de la pathologie sévère témoignaient de la survenue de remaniements réversibles du psychisme concomitants à la maternité. Il en généralisait l'existence, en forgeant le concept de maternalité. La psychopathologie postnatale même grave serait donc l'évolution conflictuelle de processus normaux. » [1,7,8]

2.2.3 Narcissisme fragile et expériences carencielles : deux éléments contribuant à une difficulté d'établissement des interactions précoces

La naissance, l'arrivée d'un enfant, sollicite chez la mère ses assises narcissiques. En effet, pour Bydlowski [1], « aussi désiré soit il, l'enfant à peine né s'impose comme un rival narcissique obligé. Toute jeune mère est confrontée à la violence fondamentale propre à l'être humain que suscite cette rivalité », violence qu'énonce aussi Bergeret [85]. Ainsi, une femme au narcissisme solide pourra laisser un autre, son propre enfant, prendre la place « sans avoir le sentiment ou la crainte d'être détruite ». « Elle l'intègrera dans un courant de tendresse et de créativité. » Alors qu'une femme au narcissisme fragile risquera de le percevoir avant tout comme un rival, étant alors portée vers des mouvements violents, qui pourront plus ou moins susciter en retour une certaine culpabilité chez elle [85].

D'autre part, la mère qui avait elle-même reçu des soins insuffisants ou discordants, celle qui avait elle-même fait l'expérience de carences précoces, peut avoir eu au cours de sa grossesse, un vécu persécutif de cet enfant attendu qui représente son propre objet interne, peu fiable. Une fois né, « représentant d'un objet interne menaçant, l'enfant pourra être vécu comme persécuteur » [1]. Les exigences de l'enfant pourront lui apparaître insupportables, elle risque alors de ne pas pouvoir assurer la fonction de contenant, de pare excitation nécessaire à l'enfant pour son développement, elle peut adopter une attitude de rejet, ou honteuse de « ne pas être conforme à son idéal de mère, ne pourra que se déprimer ou se défendre devant l'irruption des exigences insupportables de l'enfant » [1]. Il y a ici un intérêt certain à un accompagnement « psy » pour travailler sur ces représentations, et ce si possible, dès l'anténatal.

3. ELEMENTS EN FAVEUR D'UNE ACTION THERAPEUTIQUE « PSY » AU COURS DE LA PERIODE PERINATALE

Des éléments sont en faveur d'une action thérapeutique « psy » au cours de la période périnatale, et dès le plus tôt possible. En effet, « la mobilisation psychique constatée peut être l'occasion d'une intervention thérapeutique visant à des réaménagements des instances, à des mobilisations identificatoires. » [5]

L'accès à une mobilisation psychique, une appétence à l'évolution, à la résolution de conflits peut se retrouver. Favorisée par cette vulnérabilité psychique, cette transparence psychique, mais aussi par un élément fréquemment retrouvé auprès de tous les acteurs qui gravitent autour de cette grossesse : le désir des futurs parents d'« accueillir au mieux » cet enfant, et l'idée que tout, ou presque, est possible. Un travail de groupe par les différents acteurs les aide à une prise de conscience différente, une découverte de leur enfant différente.

On pourrait émettre cette hypothèse que formule certains auteurs, qu'un premier contact en période de périnatalité dispenserait l'enfant de la présentation de certains troubles par la suite, avec à la fois moins de nécessité de consulter en pédopsychiatrie, mais aussi peut être sans appréhension de la part du parent à demander un rendez vous si besoin, du fait d'un premier contact, une première approche et un accompagnement précoces, dans ces moments de disponibilité psychique, de vulnérabilité, de doutes, et où « tout est possible ». [5] Un travail à la maternité pourrait être l'occasion d'un premier contact en période périnatale.

PARTIE 2

EN REPONSE : PSYCHIATRIE PERINATALE ET PEDOPSYCHIATRIE DE LIAISON

1. LA PSYCHIATRIE PERINATALE

C'est ainsi que l'on peut aborder le développement d'une discipline particulière, celle de la psychiatrie périnatale. Discipline récente, les auteurs pionniers se sont tout d'abord intéressés à la mère, notamment en Angleterre, puis à l'enfant et à la rencontre entre les deux, et plus récemment, à la rencontre entre les trois : père, mère, enfant.

1.1. Historique, définitions

La pédopsychiatrie est une discipline de développement récent, mais la pédopsychiatrie s'intéressant à la petite enfance, et la pédopsychiatrie périnatale le sont plus encore.

La particularité de la psychiatrie périnatale est qu'elle s'adresse à une période de vie, plus qu'à un patient pour une pathologie donnée. Cette période va de la conception au post natal. Mais dans cette période, la limite du post natal reste floue dans la littérature psychiatrique: elle s'étend du temps de la conception aux 18 mois de l'enfant pour certains auteurs, tandis que pour d'autres, il s'agit de la période allant de la conception aux 8-9 mois de l'enfant [42]; pour d'autres encore, jusqu'aux 28 jours post partum, ou jusqu'à la date du terme théorique en cas de prématurité. « On considère aujourd'hui, la première année de la vie comme le post natal au sens large ; au minimum il s'étend vers 8 ou 9 mois, à la période de ce que l'on appelle pour l'enfant, la survenue de l'intersubjectivité secondaire » [42]. Lorsque l'intersubjectivité secondaire s'est mise en place, après les 9 mois de l'enfant, on y retrouve les comportements d'attention conjointe, l'enfant et autrui pouvant porter leur attention et regarder ensemble la même cible.

Outre la notion de période, cette discipline relie « deux spécialités médicales : la psychiatrie et la médecine périnatale ». La médecine périnatale correspondant au soin de la grossesse, du nouveau né et du nourrisson jusqu'à environ 1 an (société française de médecine périnatale). Pour Golse[86], la psychiatrie périnatale représentant une nouvelle occasion de rencontre entre somaticiens et soignants de la psyché, est tout particulièrement transdisciplinaire. Il y a ici en jeu la notion d'une discipline où somaticiens et « psys » sont concernés, avec une

multiplicité d'acteurs potentiels : Pédiatres, psychiatres, psychologues, psychanalystes d'adultes, psychiatres, psychologues, psychanalystes d'enfants, gynécologues-obstétriciens, endocrinologues, sages-femmes, puéricultrices, travailleurs sociaux et autres professions associées.

On peut aussi parler, comme Apter[45] d'une « multiplicité de patients potentiels : le bébé, la mère, le fœtus, la future mère. » Donc la psychiatrie périnatale pourrait être celle de la femme enceinte, de l'enfant à naître, nouveau né et du nourrisson. L'auteur précise aussi qu'« en psychiatrie périnatale, il ne s'agit pas seulement de « tenir compte » des parents : la (future) mère et le bébé sont tous deux des patients à part entière. Les interactions entre eux doivent faire l'objet d'un examen et d'une analyse car elles sont intégrées dans la compréhension psychopathologique des troubles ». [45]

Légalement, au cours de la grossesse, il n'existe qu'un seul patient, la future mère. « Le fœtus ne possède pas de statut juridique de « personne » ». « Cependant, se développe au fur et à mesure du déroulement de la grossesse, une préoccupation pour le bébé et pour la mise en place de la parentalité » [45]. Et la psychiatrie périnatale s'intéressera particulièrement à la mise en place de la parentalité au cours de la grossesse, et dans les premiers liens, avec alors une prise en compte pas uniquement de la mère, mais des dyades ou triades qui se mettent en place, de leur fonctionnement, leurs interactions. En effet pour Golse [86], la psychiatrie périnatale renvoie fondamentalement au concept de maladie interactive, et pour Apter [45], à la notion de continuité des soins du prénatal au post natal, qui reste un élément essentiel parfois difficile à assurer tant les dispositifs médicaux et obstétricaux sont morcelés ». [45]La psychiatrie périnatale se situe « aux confins de la psychopathologie du bébé et de celle de la maternité ».

Depuis environ 30 ans, on note un développement considérable de ce domaine, un essor et un intérêt tout particulier pour cette période de la petite enfance et de la périnatalité : au niveau des spécialistes du psychisme de l'enfance, mais aussi au niveau des somaticiens, et au niveau de la santé publique. Un désir aussi d'orientation vers une prise en charge globale dans le domaine du soin quel qu'il soit. Plusieurs rapports et circulaires ont été écrits dans le sens de cette prise en charge globale, et dans un souci de développer la prise en compte de l'aspect psychopathologique et l'intérêt d'une prise en charge lors de cette période. On peut ici citer les travaux de Molénat, dans cette réflexion autour de la place des différents partenaires, dans

« Naissance : pour une éthique de la prévention »[87], ou encore dans son rapport de 2004 [88].

Les textes officiels nationaux font état de la situation en France, et établissent des préconisations quant à la place et aux fonctions des psychiatres et psychologues en maternité.

- Le rapport de l’OMS sur Les aspects psychosociaux de la santé mentale des femmes, en 1993 et le ministère de la santé en France en 1992 (n° 70 11 déc 1992), qui avaient attiré l’attention sur les troubles psychiatriques gravido-puerpéraux, et l’importance de conduire des recherches dans ce domaine pour proposer des mesures préventives. [89]
- En 2003, le Plan d’actions en psychiatrie et santé mentale (propositions n° III-05 et n° III-06) avait mis en avant la nécessité d’une structure médico-psychologique dans toutes les maternités.
- Le rapport de l’HAS 2005, qui porte sur les recommandations pour “la pratique clinique concernant la préparation à la naissance et à la parentalité.
- La circulaire DHOS-DGS-02-6C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, qui pointait l’importance de continuer à développer cette approche, et qui faisait suite au rapport de Françoise Molénat [90]. Celle-ci prévoit : « la mise en place d’un entretien individuel du 4^e mois, la prise en compte de l’environnement psychologique de la naissance et le développement des réseaux en périnatalité ».
- Et le plan périnatalité de 2005-2007 intitulé « Humanité, proximité, sécurité, qualité », met l’accent sur le projet d’« une meilleure prise en compte de l’environnement psychologique de la naissance » en veillant à donner aux acteurs du soin psychique une place dans les maternités, sans pour autant préciser dans quelles conditions, ni une distinction selon la fonction : psychologue, psychiatres d’adultes, ou pédopsychiatres.

D'autre part, la différence de positionnement entre prise en compte par la psychiatrie adulte ou par la pédopsychiatrie se retrouve dès les commencements.

En Angleterre, l'intérêt premier fut pour la mère, et avec développement d'unités mères enfants par les psychiatres adultes. Baker aurait été le premier à en créer une en Angleterre. La psychiatrie périnatale s'y inscrit surtout dans le champ de la psychiatrie biologique et quantitative [69,78].

En France, l'intérêt premier fut pour l'enfant en devenir, les interactions précoces et son développement psychique ultérieur, avec en post natal le développement de théories différentes : interactions précoces ou théorie de l'attachement, mais toutes deux dans une orientation psycho dynamique. Elle fut plus initiée en France par les pédopsychiatres et les psychanalystes, et se situe plus dans le champ de la psychanalyse et d'une psychopathologie dynamique. Pour Golse cette discipline est menacée en France « du fait de résistances à l'égard de la psychanalyse, alors même que les problèmes qu'elle pose en termes de santé publique appelleraient des mesures intensives et généralisées ». [86]

Dans la psychiatrie périnatale, il y a d'abord eu un intérêt et une description pour le post natal, puis un intérêt tout particulier s'est développé pour l'anténatal, avec ce désir d'aller toujours plus avant dans les possibilités de mobilisations psychiques, de prévention, d'intervenir avant la nécessité du soin psychique que l'on pourrait retrouver par la suite pour ces enfants.

Ainsi, forts de ces théories et des pratiques pour la période postnatale, de la mise en place des premiers liens, certains ont été tentés de s'aventurer sur le domaine de l'anténatal. Portés par l'observation des troubles psychopathologiques retrouvés chez les enfants rencontrés en consultations, et par les éclairages récents apportés par l'étude du post partum, l'intérêt s'est porté sur le prénatal, avec l'hypothèse qu'il pourrait y avoir un intérêt à une intervention précoce, dès le prénatal, comme un outil de prévention très précoce.

1.2. Mise en place de structures et d'action sur le terrain

D'une équipe à l'autre, d'un lieu à l'autre, l'intervention des « psys » en périnatalité peut avoir lieu : au niveau des maternités en elle-même, des unités d'hospitalisation mères-bébés, au niveau de consultations conjointes PMI-pédopsychiatrie, voire pour certaines équipes par des

interventions au domicile des patients. Ces prises en charge peuvent être sous forme de consultation en ambulatoire, d'hospitalisation de jour avec ateliers thérapeutiques, hospitalisation complète selon le lieu et l'organisation des services. Elles peuvent utiliser des méthodes d'observation, telle que celle d'Esther Bick, des échelles d'évaluation, et des interventions psychothérapeutiques en post partum, thérapies brèves parents-enfant, mère-bébé, s'appuyant sur la théorie de l'attachement ou des interactions précoces.

Nous ne pouvons être exhaustifs quant à cette diversité d'action mises en place. Mais nous aborderons quelques points concernant les unités mères-bébés, et nous nous arrêterons un peu plus loin, sur l'activité de liaison en elle-même qui concerne le cœur de notre travail.

1.2.1 Les unités mère-enfant

Les premières hospitalisations mère-bébé furent attribuées en France à Racamier, en 1961, et la première unité d'hospitalisation à temps plein a ouvert en 1979 à Créteil, suite aux travaux effectués sur la psychiatrie du nourrisson. L'hospitalisation conjointe veille à soigner la mère, accompagnée de son enfant, pour leur permettre de « développer ou de soigner les interactions et les processus d'attachement entravés par la pathologie mentale maternelle ». [89][90][91][92]. Le travail est axé sur le soin de la relation précoce mère-nourrisson, en prévention ou en soin d'une pathologie du lien, permettant « d'ancrer dans le réel la continuité d'existence de celui-ci (le bébé), et les positions mutuelles d'altérité » [93]. En France, elles comportent au total une soixantaine de lits d'hospitalisation, ce qui correspondrait à 10 fois moins de lits que nécessaire [89]. Une étude anglaise estime le besoin à un lit et demi en psychiatrie pour deux mille naissances, ou à un lit s'il existe des possibilités de visites à domicile [94]. Selon les résultats d'une étude de 1999-2000 en France et en Belgique, les mères hospitalisées présentent majoritairement « des pathologies psychiatriques graves (schizophrénie, troubles délirants chroniques, psychose du post partum ou « bouffées délirantes », troubles bipolaires ou unipolaire de l'humeur avec caractéristiques psychotiques) et des troubles de l'humeur sans caractéristiques psychotiques ». Il est aussi retrouvé des troubles de la personnalité ayant motivé l'hospitalisation, ou « plus rarement, le motif principal d'admission est uniquement un trouble de la relation mère-enfant, sans pathologie psychiatrique avérée » [95]. En 2002-2003, sur une étude en France : 29% de schizophrénie et autres troubles délirants aigus ou chroniques, 46% de troubles de l'humeur (bipolaire, maniaque, dépressif et anxieux), 20% de troubles du comportement et cognitifs et 5% d'autres troubles psychologiques, correspondaient aux motifs d'admission, comme l'énonce Glangeaud-Freudenthal [96]. Sur une enquête française de 2001-2007, l'âge moyen des

enfants à l'admission est de neuf semaines, et 10% d'entre eux sont placés en UMB sur décision judiciaire. Pour 15% d'entre eux, il y a une séparation de leur mère à la sortie d'hospitalisation [96]. Élément constitutif du réseau de soin en périnatal, ces unités mère-bébé peuvent être sollicitées dans des situations où il est repéré chez les mères une vulnérabilité psychique telle qu'elles risquent de « mettre en péril l'établissement des liens avec le bébé » [97]. Nezelof écrivait concernant les prises en charge dans ces unités : « Les indications sont multiples, mais l'objectif de leur intervention est de symboliser la présence concrète du bébé, afin que des liens puissent se tisser avec ce bébé reconnu dans son altérité ». [93]

1.2.2 L'arrivée de psychologues, psychiatres, pédopsychiatres en maternité

L'arrivée des « psys » à la maternité, et en néonatalogie, s'est d'abord effectuée dans les services de diagnostic anténatal et de procréation médicalement assistée : dans la chronologie les psychologues furent les premiers à arriver dans les services touchant à la périnatalité, étant implantés maintenant depuis plus de 30 ans dans certains services. L'arrivée de pédopsychiatres ou de psychiatres d'adultes s'est réalisée plus tardivement. En Angleterre, dès 1956, Baker travaillait régulièrement dans un service de maternité. Au début, en soutien des femmes s'il y avait des complications obstétricales ou néonatales, ou pour la prise en charge de pathologie psychiatrique chez ces femmes. Dans un deuxième temps, l'intervention a pu porter sur la dyade mère enfant, ou pour des soins directs au bébé. [98] Ces collaborations avec les maternités ont été encouragées en France, par le développement de la pédopsychiatrie de liaison périnatale, et grâce aussi aux textes nationaux officiels, comme le récent plan périnatalité 2005-2007 [5]. Une des pionnières de cette activité « psy » en maternité, est M. Bydlowski, qui débuta son travail de recherche en maternité en 1978. Celle-ci a postulé, au début de son travail, que la transmission de la vie « suppose l'action incontrôlée de l'inconscient des futurs parents » [1]. Au fil de ces travaux de recherche, elle a permis de mieux définir les processus psychiques de la grossesse, ce à quoi s'est intéressé aussi S. Missonnier [9,99,100]. Les résultats de ces travaux de recherches, outre une meilleure connaissance de la psychologie et la psychopathologie périnatale, ont permis la mise en place de consultations thérapeutiques anténatales [100]. Ces consultations se positionnent non dans l'idée de soigner les futurs parents, mais dans l'idée d'une prévention précoce de la psychopathologie de l'enfant à naître, ce, en intervenant sur les processus de parentalisation et de transmission [10].

1.3. Etat des lieux

Si l'on cherche à faire un état des lieux actuel, de manière générale on peut dire qu'il existe une grande diversité des actions en plan en France, avec une réelle disparité des moyens et des organisations. Cela pourrait être considéré comme une richesse ou un élément en défaveur de la psychiatrie périnatale.

Les unités mère-enfant, une vingtaine en France, ont évolué dans leurs missions notamment dans les demandes d'évaluation des relations mère-enfant.

L'activité de liaison en maternité présente une hétérogénéité de fonctionnement selon les structures, vis à vis des moyens en place, de la présence constante ou à la demande, l'intervention de psychologue, psychiatre adulte et ou psychiatre d'enfant, diversité aussi par le service de rattachement, l'existence de conventions ou non, dans les lieux et les modalités d'intervention : maternité, néonatalogie, procréation médicalement assistée-diagnostic anténatal (PMA-DAN), et la participation aux staffs. Il est difficile d'établir des données précises sur cette activité au plan national.

Nombreuses sont les autres structures existantes en périnatalité : réseaux de périnatalités, divers professionnels concernés : médecin généralistes, pédiatres hospitaliers et libéraux, sage femme, service de PMI, de maternité, néonatalogie, PMA-DAN, les gynécologues obstétriciens, les psychologues d'enfants, les pédopsychiatres, les psychiatres d'adultes, les auxiliaires de puériculture, les puéricultrices.

1.4. Objectif principal : la prévention des troubles des interactions précoces

L'objectif premier des interventions de pédopsychiatrie de liaison en maternité est une intervention à but préventif des troubles des interactions précoces.

La population à rencontrer dépend des demandes faites par les soignants de « première ligne », à savoir, gynécologues, sage femmes. Notre intervention ensuite est réfléchi dans une optique de prévention par rapport à l'enfant à venir : prévention du développement d'une psychopathologie à ensuite prendre en charge chez l'enfant, et qui passe par la prévention de la difficulté à la mise en place des interactions précoces.

La limite est parfois étroite entre prévention et prédiction : Golse [86] les mettant en regard « prévention versus prédiction » et évoquant les « bénéfices de la prévention, et maléfices de la prédiction ».

Par exemple pour les dépressions post natales : 10 à 15% des femmes qui accouchent présentent une dépression dans les 5-6 semaines qui suivent la naissance, et leurs enfants seraient une population à risque de suivi pédopsychiatrique ultérieur [68,69,101]. Il est impossible de suivre les 800000 femmes qui accouchent chaque année en France, d'où l'importance de repérer les populations à risque, et avec une prévention ciblée pour ces femmes. « Malheureusement, nos dispositifs actuels sont dans l'impossibilité de réaliser cette prévention dans de bonnes conditions, car ils sont obsédés par une attitude prédictive » [86].

Il a été proposé la mise en place d'un entretien prénatal précoce du 4^e mois dont le but initial est de repérer en fin de 1^{er} trimestre les femmes « vivant dans des conditions socio familiales difficiles, et susceptibles de déprimer dans les suites de leur accouchement », mais ce qui peut être vu comme du prédictif et non préventif. Ou vu comme de l'obligatoire et non du systématiquement proposé, et peut alors créer le risque d'une population soupçonneuse, et d'une intention soignante « policière ».

Pour le repérage prénatal des risques de maltraitance Golse évoque aussi un risque lié aux « staffs de parentologie » censés dépister les parents risquant de devenir maltraitants pour leur enfant, mais pouvant, pour l'auteur, « aboutir à une stigmatisation de personnes qui n'ont encore commis aucun acte répréhensible » [86].

Le repérage des risques est réalisé par les équipes de maternité qui rencontrent les futurs parents et qui peuvent repérer, dépister certains facteurs de risque de maltraitance, ou de troubles de la santé mentale de la mère. Cependant nous pouvons imaginer qu'il n'est pas possible aux équipes de maternité d'être exhaustifs dans ce dépistage, pour une question de temps, mais aussi parce qu'elles n'y sont pas nécessairement formées.

Cette prévention de troubles des interactions précoces comprend des soins psychiques aux parents en vue des répercussions sur l'enfant à venir.

1.5. Les réseaux

La notion des réseaux fait partie de la psychiatrie périnatale, dans cette optique d'un travail en continuité. En effet, si le travail du « psy » était isolé, peut être même ne pourrait il pas débiter, en l'absence de reconnaissance de sa fonction et de demandes qui lui seraient adressées. En cours de prise en charge, se dessine aussi une activité de partenariat. De plus, son travail, qui parfois nécessite une poursuite de prise en charge, resterait limité en l'absence de réseau et possibilités de relais. Et justement, il s'agit tout à la fois d'être inscrit dans un réseau et garder pour chacun des intervenants la spécificité de son travail. Le « psy » s'inscrit ici dans des réseaux qui existent à différentes échelles

Nous pouvons citer le réseau primaire que constitue la famille, où le « psy » n'intervient pas, mais dont il lui est nécessaire de tenir compte.

A une autre échelle, le micro réseau défini par Molénat, correspond à la constitution d'un groupe de professionnels autour d'une situation donnée, il s'agit d'un réseau humain, permettant le soin psychique [87].

Le réseau de proximité, ou « réseau local de périnatalité » [87][97,102] crée pour sa part un « tissage de liens entre professionnels de services différents qui assurent une fonction de contenant pour les familles ». Ce réseau qui n'est jamais constitué une fois pour toutes : réunions de partenariat, conventions contractualisant et inscrivant ces liens. Dugnat les situe à l'échelle d'une maternité.

Quant aux réseaux « venus d'en haut », agis par les pouvoirs publics, ils correspondent aux « macro réseaux » de Molénat [87], réseaux régionaux qui articulent les institutions (généralement quelques dizaines de maternités, plusieurs services de néonatalogie et de réanimation médicale).

Dans le meilleur des cas les réseaux de proximité et les réseaux institutionnalisés peuvent se synchroniser en partie. Mais reste la « question essentielle des conceptions sous jacentes du réseau qui peuvent être divergentes : dépistage, étiquetage des populations à risque, contrôle social sous couvert de prévention ou « prévention prévenante » » comme le souligne Neyrand [103,104]. « Si le réseau est un maillage, est il un filet qui emprisonne et peut faire fuir les familles ? » [104] L'idée pour Molénat, de ce travail en réseau, avec la différenciation des places de chaque professionnel, serait le resserrement des liens, et le refus de dépistages stigmatisants [87].

1.6. Définition de la population concernée et possibilités de repérage des difficultés

« A qui et pour qui le médecin va-t-il dispenser des soins ? En vue de soulager les souffrances du ou desquels de ces patients et de la protection de qui ? » Pour Apter [45], il importe de se poser ces questions, et de se dire que « si le psychiatre s'intéresse généralement à l'adulte, la notion de l'intérêt du (futur) enfant doit toujours rester présente ». Il est « essentiel de préserver tout à la fois les capacités propres du futur bébé en tant qu'individu autant que celles du futur parent dont le bébé dépend ». Comment alors ne pas « appréhender la relation de dépendance et d'obligation mutuelle où ils se trouvent dans la période périnatale ? » Car « pendant la grossesse et dans les mois qui suivent l'accouchement, tous deux sont intimement liés sans être confondus ». En post natal « les aptitudes parentales doivent se développer, être soutenues et maintenues dans l'intérêt du bébé, mais aussi parce qu'aujourd'hui c'est précisément le souhait des (futurs) parents ». Or, à notre époque: « alors que dans nos sociétés occidentales la venue et le moment de la conception des enfants ont le plus souvent été souhaités et « programmés » par les parents, ceux-ci cherchent à devenir les « meilleurs parents » possibles. IL s'agit d'ailleurs d'un phénomène de « conscientisation » très puissant de la société à l'égard de la parentalité » [45]. Et cela peut parfois être difficile aussi pour les futurs parents, de pouvoir correspondre à leur idée du « meilleur parent » possible.

Légalement, au cours de la grossesse, il n'existe qu'un seul patient, la future mère. « Le fœtus ne possède pas de statut juridique de « personne » ». « Cependant, se développe au fur et à mesure du déroulement de la grossesse, une préoccupation pour le bébé et pour la mise en place de la parentalité ».

Apter va ici « chercher des moyens de respecter les protagonistes en jeu dans leurs multiples attentes parfois contradictoires » d'où la nécessité de « trouver un tempo adapté à l'individualité de chacune de ces femmes, de leur couple, et de leur (futur) enfant » [45].

En ce qui concerne le repérage des pathologies psychiatriques en cours de grossesse, il existe des facteurs le favorisant.

D'une part, l'accès aux soins somatiques est facilité par la prise en charge de la grossesse, mais peut être aussi « une occasion unique » d'accès aux soins pour les troubles mentaux.

De plus, le fait que la grossesse soit une période où une histoire est en cours d'écriture, peut aussi être favorable pour Apter à un repérage des difficultés, puis une inscription dans des soins : « En miroir de la préoccupation du bébé du psychiatre d'enfant qui tente de faciliter la mise en place d'un environnement suffisamment bon pour celui-ci, il faut constater que la

mise en place de la parentalité s'accompagne habituellement d'un élément commun aux scénarii narcissiques des parents : celui de la motivation d'accueillir au mieux l'enfant à venir. Cet « au mieux » prendra des formes et des colorations variées en fonction de l'histoire des parents et des caractéristiques propres à chaque enfant. Il représente le levier thérapeutique, la motivation ou encore le « pré transfert » positif a priori, de toute équipe qui se présentera à ce moment là, pour soutenir la mise en place des premiers liens. Il s'agit donc d'une période particulièrement favorable aux soins. Il serait anti thérapeutique de ne pas s'en saisir. C'est une question autant d'éthique que de santé publique ! » [45]

Pour autant, il peut exister aussi des obstacles au repérage : « d'un côté la crainte de la stigmatisation et de la « non objectivité » du soignant face à des troubles qui les déroutent, et de l'autre, dans de nombreux lieux, l'absence d'équipe de prises en charge en aval ». [45]

Or il semble « peu éthique de proposer un repérage systématique s'il n'y a pas de possibilités de prise en charge en suivant. » [45]

Une autre limite aux demandes qui peuvent être formulées aux « psys » intervenants en maternité est la notion de l'« expertise » : si le psychiatre ou le psychologue était perçu non plus comme un acteur du soin, mais comme un « expert », cela peut entraîner une certaine forme de malaise chez les soignants du service de liaison. [86]

Autour de cette clinique, il existe pour Golse le risque d'un double clivage [86] entre organogenèse et psychogenèse, et d'autre part entre une clinique descriptive à un instant donné, et une clinique qui permettrait d'historiciser les troubles du patient.

« D'où l'intérêt, à l'évidence, de mener conjointement ces deux types d'approche, et notamment dans le champ de la psychiatrie périnatale où, peut être plus qu'ailleurs, l'anamnèse vaut déjà comme un premier temps thérapeutique, en permettant aux parents de tranquilliser leurs propres représentations d'enfance dont l'insécurité peut venir infiltrer et gravement entraver les interactions qu'ils ont mises en place avec leur bébé d'aujourd'hui, soit leur bébé de chair et d'os. »[86]

2. L'ACTIVITE DE PEDOPSYCHIATRIE DE LIAISON

2.1 Généralités, historique de la psychiatrie de liaison

D'abord, la psychiatrie de liaison s'est intéressée aux troubles psychologiques et psychiatriques liés aux pathologies somatiques des malades hospitalisés à l'hôpital général. Puis à tout trouble avec ou sans pathologie organique associée. Enfin une partie d'activité clinique s'adressant non plus aux patients, mais aux soignants, s'est développée (soutien aux équipes, groupes de paroles) avec la « prise en compte des aspects psychologiques et sociaux et souci de les intégrer aux données somatiques ». [105]

Concernant l'arrivée de psychiatres en pédiatrie, certains pédiatres se sont intéressés au vécu psychique des enfants malades, dès l'après guerre. « Bien que la pédopsychiatrie soit totalement intégrée à la psychiatrie, certains apports des plus importants lui ont été donnés par des pédiatres » [106].

Depuis environ 20 ans la pédopsychiatrie de liaison est reconnue comme telle avec des travaux et recherches surtout depuis 1990. Consoli parle de « liaisons dangereuses » [107] entre somaticiens et « psys » de liaison, en essayant d'attirer l'attention sur les exigences éthiques de cette discipline et les risques de cette activité. En effet, il explique que l'activité de liaison n'est pas sans danger pour certains patients, car elle peut lever le voile, sur des parties entières de leur vie psychique. Un des risques pour lui, serait aussi, celui de vouloir trop ou tout comprendre, et vouloir le faire ensuite comprendre aux autres en leur donnant des leçons. Un autre risque qu'il évoque, serait d'être pour le psychiatre, dans un enjeu narcissique; en cherchant à se faire reconnaître comme un bon collaborateur, à se faire accepté, le psychiatre pourrait alors à son tour devenir dépendant des partenaires somaticiens. Enfin un des risques, serait un clivage entre les prises en charge du psychiatre et du somaticien. Voilà en quoi les liens, bien qu'essentiels : « entre soma et psyché », « entre pédiatrie et pédopsychiatrie » [105], peuvent y être dangereux.

Aucun texte législatif en France ne régit la psychiatrie de liaison. En 2010, il n'y a pas d'homogénéité dans l'organisation de la pédopsychiatrie de liaison en France, mais :

- « des modèles « éclatés » qui reposent sur l'existence de vacation de spécialistes « attachés » à des services de pédiatrie, dans le fonctionnement desquels ils sont intégrés ;

- des modèles « centralisés », où un service, un département, ou une unité de psychiatrie de liaison regroupe l'ensemble des moyens d'intervention psychiatrique et psychologique d'un hôpital général [107]». Ce modèle permet pour Duverger [105] l'identification d'un dispositif stable et d'une équipe de pédopsychiatrie de liaison homogène, équipe dans l'idéal où coexistent pédopsychiatres, psychologues cliniciens, infirmières « psy ».

Mille et Mutombo énoncent pour eux l'importance des « conditions institutionnelles préalables », c'est-à-dire la reconnaissance officielle et validation du dispositif d'intervention par les chefs de service et de pôle, pour permettre un meilleur ancrage du travail de pédopsychiatrie de liaison [108].

2.2 Spécificités du travail de liaison

La psychiatrie de liaison nécessite des compétences variées, une sensibilité aux aspects médicaux, une grande souplesse dans les relations. De plus le professionnel en pédopsychiatrie de liaison, « doit être expérimenté (compétence, expérience, recul) pour pouvoir prendre la distance nécessaire dans chacune des situations cliniques rencontrées. Les mouvements transférentiels sont en effet très souvent intenses. » [105]

2.2.1 Transdisciplinarité

Nous retrouvons une part importante de transdisciplinarité dans cette activité, avec ce que cela comporte de différences de formations, représentations, temporalité.

Au sein de l'équipe :

Le pédopsychiatre a un rapport au corps différent du psychologue, du fait de sa formation médicale. Il est au premier plan pour les urgences et le médico-légal, les aspects décisionnels, le cadre de soin, qui sont de sa compétence. Il est pour Duverger, le « chef d'orchestre » de l'équipe de liaison. Il a, par rapport à ses collègues pédopsychiatres hors activité de liaison, un contact et intérêt permanent pour la médecine somatique. Il doit utiliser ses facultés « d'intégration du biologique, du pharmacologique, du développemental, de l'intrapsychique et de l'interrelationnel familial » [105] comme tout pédopsychiatre, à ce cadre particulier des soins somatiques.

La place du psychologue est plus dans l'accompagnement que dans l'urgence ou l'intervention en médicolégal.

Duverger évoque son opinion quant à l'intérêt de ce travail en binôme pédopsychiatre-psychologue, qu'il qualifie de « toujours fructueux et complémentaire » [105].

Dans l'équipe de liaison, chacun doit y trouver sa place, les liens entre chaque membre étant très importants. « Des réunions régulières sont indispensables, pour se retrouver « entre psys » (en dehors de l'urgence des situations). Ce travail institutionnel d'équipe permet non seulement l'analyse clinique de chaque cas, mais aussi l'analyse clinique de ce qui lie (et de ce qui sépare) les professionnels psys et les équipes pédiatriques » [105]. Il semble notamment important, que dans l'organisation de l'équipe de liaison, il y ait une cohérence, une organisation d'équipe, afin de permettre, en évitant l'improvisation qui en psychiatrie de liaison peut être périlleuse, d'éviter aussi d'être « instrumentalisé » par l'équipe où a lieu la liaison. [105]

Dans son lien avec les soignants du service qui l'accueille :

Une autre particularité est le fait d'être « invité » dans un service autre qui n'est pas le nôtre, dans le domaine du somatique, où la place prépondérante est donnée au corps, son fonctionnement ou son dysfonctionnement, et où la création, le maillage des liens, de la confiance mutuelle, et du respect des pratiques de chacun, se tisse au fur et à mesure.

De plus, « de nos jours l'image et les représentations du psychologue et du pédopsychiatre ont beaucoup évoluées et ne suscitent plus l'angoisse ou l'effroi » d'où la nécessité de trouver un entre deux, entre « leur place dans les services de pédiatrie et à la maternité (qui) n'est plus remise en question (et) une tendance sociologique trop « psychologisante » » [105].

Les contacts réguliers avec l'équipe du service d'accueil sous forme de conversations informelles, ou de réunions avec le personnel soignant, peut y aider. Il est nécessaire comme Duverger l'énonce, [105] de s'imprégner des préoccupations de l'équipe, de les sensibiliser à la « dynamique inconsciente » à l'œuvre dans toute maladie somatique [105], et à la dimension transférentielle de la relation. Enfin, il est important de créer une possibilité non d'évacuer mais d'exprimer, être une sorte de réceptacle, de contenant, des attitudes contre transférentielles éventuelles du personnel soignant au contact quotidien de la situation, supposant là une « solide insertion dans le service, et un maniement très délicat car peuvent apparaître des mouvements émotionnels violents, voire des remises en cause du fonctionnement institutionnel qui nécessitent une solide expérience pour être bien

contenus »[109]. Le psychologue en pédiatrie ou en maternité, a la possibilité de « diffuser et réguler une culture psychologique », tout en gardant à l'esprit que « sa liberté d'action, son positionnement et son rôle dépendent aussi bien sûr de son rattachement médico administratif et hiérarchique. » [105]

Les approches spécifiques entre somaticiens et psychiatres sont aussi à prendre en considération. Le somaticien est du côté de la demande et du savoir. Le pédopsychiatre est du côté de l'écoute. Le pédopsychiatre ne se situant pas dans « l'idéal de bien traiter », mais au niveau de « l'idéal du sujet » [105], il répond et questionne plus qu'il ne cherche un résultat. Il suscite les questions, et n'a pas d'attente de réponse univoque. Il a une place de tiers et rétablit la capacité de penser. Il a un regard extérieur, une capacité de rêverie, sortie de la fascination du corps et de la maladie, et introduit du sujet, « de la psyché » comme le dit Duverger [110][111]. Le pédopsychiatre est le garant de la vie psychique, et a une prise en compte systématique des aspects psychologiques et sociaux et le souci de les intégrer au somatique. [105] Le pédopsychiatre de liaison doit avoir une identité propre, une autonomie, de la transversalité, faire un travail de fond et « penser le soin ».

Ce sont des différences non pour accentuer un clivage, mais travailler sur nos divergences comme un outil renseignant sur le fonctionnement de l'enfant lui-même. D'où articulation et complémentarité. Il rencontre un autre danger : la confusion des rôles, le problème de l'identité professionnelle ce qui conduit à la nécessité d'une définition claire de la place de chacun. Il faut éviter le risque de devenir trop psychiatrisant pour les somaticiens, et trop somatisant pour les psychiatres. Il est important même nécessaire de garder sa spécificité, son recul, « qui garantissent son bon fonctionnement et notre capacité à répondre aux souffrances », ce qui permet au « psy » de faire tiers et rester décalé donc de « s'adapter pour assurer une continuité de penser sans être absorbé par l'univers de la pédiatrie »[105], mais applicable aussi à la maternité, car cela nécessite aussi de toujours conserver une capacité de prise de recul par rapport à l'univers de la gynécologie obstétrique.

Afin d'aboutir à une alliance il faut du temps, une « légitimité reconnue, et une estime réciproque ». Pour Haulle, « tout se passe comme si, pour avoir le droit d'être différent, pour avoir le droit à son identité propre, il fallait d'abord rassurer en montrant qu'on aurait pu être (presque) pareil... » [111] L'échange n'est pas exempt de « conflits de personnes, de conflits narcissiques ou d'enjeux de pouvoirs » [111]. L'idéal d'ailleurs n'est pas sans conflits ni divergences qui renseignent sur l'intégration psychosomatique, mais tend à un travail sur la

compréhension empathique du vécu subjectif de l'autre. Par delà les clivages et confusions, il est important de créer des passages pour la parole et la rencontre.

Dans son articulation avec les soins extra hospitaliers :

Son inscription dans le réseau est fondamentale, non « en îlot », mais en lien étroit avec les secteurs de psychiatrie, la PMI, les structures médico-sociales. La psychiatrie de liaison étant alors une sorte de « travail préliminaire » à l'inscription dans des soins au plus long terme, en ayant permis l'amorce d'une mentalisation des difficultés.

2.2.2 Les champs d'action : d'une formulation de la demande, à la réponse

Les champs d'actions peuvent concerner une partie de diagnostique, thérapeutique, ou de dépistage précoce en consultation. Elle peut concerner aussi une activité de formation auprès des équipes de soin notamment par les formations universitaires.

2.2.2.1 Les demandes

La demande est l'« action de demander quelque chose, de faire savoir ce qu'on souhaite, ce qu'on désire » dans la définition du Larousse. Elle nécessite un demandeur qui formule une demande au receveur, renvoyant à la notion d'intersubjectivité et aux affinités entre le demandeur et le receveur.

Afin de mieux voir quelles peuvent en être les applications en clinique, nous pouvons observer :

- Qui fait la demande : Il peut être intéressant de le savoir car l'origine de la demande peut impacter la consultation elle-même. Très souvent, la demande n'est pas directement formulée par l'intéressé, mais par l'équipe soignante. En reprenant ce que disait P. Duverger à propos des services de pédiatrie nous pouvons nous demander comment la femme hospitalisée pour un motif gynécologique peut elle se saisir d'une consultation « psy » qu'elle n'a pas demandée [105]. L'important c'est l'accord de la femme même si elle n'est pas à l'origine de la demande et que l'intérêt de la consultation « psy » leur soit expliquée, et ne soit pas vécue comme « un lâchage » ou avec un sentiment de trahison.

- La forme de la demande, qui peut être orale, téléphonique, par courrier, ou fax. La demande directe permet de faire préciser au demandeur quelles sont ses attentes.
- A qui s'adresse la demande : certaines sont destinées à toute l'équipe, d'autres plus spécifiquement à un professionnel donné, distinguant alors pédopsychiatre et psychologue.

Pour Duverger le pédopsychiatre est directement interpellé surtout pour les situations urgentes comme un état d'agitation par exemple, graves comme des éléments délirants, avec implications médico-légales comme le risque de maltraitance, ou des situations complexes nécessitant une évaluation diagnostique ou thérapeutique.

Le psychologue est contacté préférentiellement s'il y a une anxiété réactionnelle, une demande d'accompagnement, de travail sur les émotions, le ressenti, les éprouvés.

Parfois la demande peut être adressée directement, non en fonction de son statut, mais en fonction d'affinités relationnelles, ou peut être aussi car il s'agit de la personne présente à ce moment là. Le risque est de ne pas centraliser et d'arriver à des « demandes sauvages » qui peuvent court-circuiter une prise en charge en cours, au lieu d'en discuter en équipe.

- Pour qui s'adresse la demande : car la demande peut être adressée pour les patients, mais parfois peut être aussi en partie pour les membres d'une équipe soignante, « dans un contexte de prise en charge complexe et éprouvante ». [105]
- Même s'il existe différents types de demandes, il n'y en a pas de « bonnes » ni de « mauvaises ». « Toutes les demandes sont à prendre en compte » [105]. « Le psychiatre de liaison ne devrait jamais opposer un non de principe aux demandes qui lui sont adressées, puisque toute demande a du sens, du point de vue de celui qui la pose » [112], mais essayer de comprendre ce qui sous-tend la demande.

Par exemple dans l'urgence : « l'urgence ressentie par le soignant demandeur et le consultant de pédopsychiatrie de liaison sont parfois variables et source d'incompréhension voire de conflit. » [105] Il y a nécessité de rencontrer le demandeur pour expliquer pourquoi l'on peut différer la réponse. La demande posée en urgence, peut survenir quand « les équipes soignantes sont confrontées à l'impuissance et aux limites de la médecine, à une souffrance importante, et à une angoisse forte. » [105][113]

Parfois il peut s'agir d'une « demande rejet » : le pédopsychiatre est sollicité lorsque le somaticien « se trouve en situation d'impasse ou d'échec » [105]. Il faut là être attentif aux éventuels sentiments d'abandon ou d'incompréhension vécus par le patient, et au sentiment d'échec auquel peut être confronté les équipes.

- Les motifs et la nature des demandes diffèrent selon les services. Il peut y avoir aussi une modification des demandes au cours du temps, selon les modifications d'équipes de part et d'autre (personnes et organisation), mais aussi en fonction des évolutions dans le domaine du soin (progrès de la médecine).

2.2.2.2 Les réponses

Il faut entendre toutes les demandes, mais la réponse parfois peut être décalée par rapport à la demande formulée. Car parfois, pour Duverger, il peut être demandé au pédopsychiatre d'occuper des positions difficiles, voire inadéquates telles qu'une position moralisatrice, éducative ou rééducative (par exemple pour l'observance thérapeutique), normalisatrice (étant attendu que les troubles rentrent dans l'ordre), ou de prévention de la récurrence.

Pour lui, « La demande doit être décryptée avant toute intervention, de façon à bien en saisir les enjeux ». Il faut saisir le sens de cette demande, penser à l'intérêt du patient concerné, négocier la réponse en fonction de l'identité qu'il s'attribue. « L'enjeu pour le « psy » n'est pas de répondre à toute demande, tout de suite et tout le temps : c'est impossible et dangereux » [105][113] mais toujours garder la place de tiers [114].

La forme de la réponse sera un retour direct au demandeur, puis un retour écrit dans le dossier. « S'efforcer de répondre clairement à la demande du (pédiatre), sans toutefois tout restituer de son entretien avec l'enfant. », car il s'agit de « transmettre sans trahir », comme l'évoque Consoli [115]. Elle ne doit pas oublier le respect de la confidentialité et de l'intimité [111].

Cela nécessite aussi l'utilisation d'un langage clair, compréhensible, restitué à ceux qui nous ont formulé la demande.

2.2.2.3 La notion de prévention

« L'éthique de la prévention, dès lors qu'on s'oriente à partir d'une clinique du sujet, se doit d'être aussi une éthique de l'imprévisible. » pour Ansermet [116]. Duverger, dans un article de 2009, définit d'ailleurs le pédopsychiatre de liaison comme « un praticien de l'inattendu » [110], avec cette importance, d'être toujours attentif à cette limite entre prévention et déterminisme. Car « le sujet émerge, se crée, en s'appuyant sur ce qui était, et en même temps en créant ce qui fait défaut. » [105] Un des risques de la prévention est de rester fixé sur des facteurs de risque. Or ce ne sont pas tous les facteurs de risque qui déterminent le sujet. Il y a une part d'imprévisibilité : « l'histoire n'est pas le destin ». [105] Dans son ouvrage de 2001, Françoise Molénat met aussi en garde par rapport au risque de confondre facteurs de risque et déterminisme [87]. Ainsi après avoir entendu la demande, et répondu à ce qui était demandé, il paraît important de pouvoir être soi-même surpris [111], afin de laisser la place à l'inattendu de la rencontre et aux possibilités d'évolution des facteurs de risque initiaux.

2.3 Spécificités du travail en maternité

En ce qui concerne l'intervention de liaison en maternité, il comporte en plus certaines particularités : la double position, entre l'adulte et l'enfant, la présence de la vie et la mort, de la rencontre d'un nouvel être qui se prépare, se mûrit, et mobilise spécifiquement les acteurs du soin qui interviennent lors de cette période.

La principale fonction attendue de ces professionnels en périnatalité comporte la prévention des troubles psychopathologiques chez les bébés et leurs parents. Pour cela, des soins psychiques peuvent être proposés aux parents avant l'accouchement par des consultations thérapeutiques anténatales, dont l'objectif défini par Missonnier est de « se positionner dans l'idée d'une prévention précoce de la psychopathologie de l'enfant à naître ». [5], et par la mise en place de relais en post natal avec des acteurs du soin psychique. L'on pourrait citer des objectifs secondaires de formation du personnel, des travaux de recherche, et, pour Duverger [105], une participation aux décisions éthiques.

2.3.1 La maternité : un lieu spécifique

« Lieu de vie et de bonheur » [105], c'est un lieu où la plupart des femmes hospitalisées sont en bonne santé. Mais « si la grossesse n'est pas une maladie, elle reste une période de vulnérabilité ». Elle peut comporter lors de ce temps une résurgence des traumatismes.

Concernant les hommes, c'est un lieu où la place faite au père est de plus en plus importante, mais pourtant : « la maternité reste une affaire de femmes. D'ailleurs en 2009, ce que l'on attend d'un père en maternité, c'est qu'il materne ». [105]

Pour les maternités, le risque est qu'elles ne deviennent des « usines à bébés », et le risque grandit avec l'augmentation du nombre d'accouchements par maternité, et du fait du raccourcissement du nombre de jours d'hospitalisation en post partum[117], ce qui diminue les chances de rencontrer les mères vulnérables, et de repérer les signes de souffrance.

2.3.2 A la maternité : des demandes spécifiques

A la maternité les demandes sont particulièrement variées pour des problématiques en amont, pendant ou au décours immédiat de la grossesse. L'activité de liaison peut être extrêmement variable, et diffère selon les services. A Poitiers, les femmes avec antécédents ou décompensations psychiatriques, grossesses à l'adolescence, difficultés d'accès au processus psychiques menant à la parentalité, antécédent gynécologique traumatique, celles hospitalisées pour des vomissements gravidiques, ou encore les situations de découvertes tardives de grossesse, et d'accouchement sous X, sont adressées à l'équipe de liaison.

Parfois il peut y avoir une sollicitation du « psy » dans des « situations impossibles », avec du côté de l'équipe, l'idéalisation du psychiatre dans une sorte de « toute puissance magique et dénié du fait de son manque d'efficacité apparente » [105]. Mais comme le souligne Duverger, il nous faut aussi accepter qu'il y ait des questions sans réponse, ou ce qui peut être perçu comme notre manque d'efficacité apparente.

Parfois aussi, il n'y a pas de demande. Il est alors important de se connaître en dehors des contextes d'urgence par exemple par les échanges informels de situation. Ces échanges peuvent faciliter la demande, aider les équipes à saisir ce qui peut être de notre ressort.

Etant aussi dans un service où les équipes sont confrontées à des nouveaux nés, cela peut solliciter chez les équipes soignantes, des mouvements psychiques archaïques, comme en néonatalogie. En effet, les soignants sont confrontés à l'archaïsme du bébé, ce qui déclenche des mouvements psychiques archaïques chez eux [85], et peut favoriser des contre transferts massifs, et des phénomènes d'identifications. Pour Duverger, il s'agit « d'identifications projectives massives ; au bébé pour certains professionnels, à la mère pour d'autres. » [105]. Ces mouvements participent aussi à la demande, dans sa tonalité ou son motif.

2.3.3 A la maternité : une spécificité de la réponse

De part la grossesse, période en cours d'écriture, et où il importe de respecter, de ne pas prédéterminer l'avenir, le « psy » vient à la demande de la sage femme pour accompagner certains processus de la maternalité [7]. La prévention ici prend tout son sens : permettre « d'accoucher » certains conflits intrapsychiques [105].

Souplesse et adaptabilité y sont à envisager, de part la variété des lieux de rencontre (bureaux, couloirs, au pied du berceau, au lit de la patiente), et par une notion d'imprévisibilité quant à l'évolution de la grossesse (accouchement prématuré par exemple).

Pour Duverger [105], plusieurs niveaux de réponse sont à mettre en œuvre. Tout d'abord, aider à ce que chaque naissance s'inscrive dans l'histoire familiale avec le souci du bien être du bébé, de la mère et du père, du « devenir parents »[99]. Cela en tenant compte de la fragilité et des troubles psychiques maternels, pour veiller à la mise en place des interactions précoces et au développement de l'enfant, à l'instauration des premiers liens entre parents et enfant. Le « psy » « préserve la dimension psycho affective des premiers échanges, il est à l'écoute des conflits que suscite l'arrivée du bébé, il aborde le vécu de chacun à la lumière de l'histoire individuelle, conjugale, familiale, et culturelle. » [105]

Le pédopsychiatre veille aussi à une mise en lien pendant cette période, pour les parents, de l'anté avec le postnatal, et au « dépassement des clivages entre psyché et soma, normal et pathologique, maternité et pédiatrie, soignants du prénatal et soignants du post natal » [105], requérant une attitude institutionnelle « sur mesure ».

Il est aussi là pour les troubles psychiques maternels au cours de la grossesse et du post partum, le dépistage de signes cliniques, la prise en charge en urgence ou en différé. Le pédopsychiatre de liaison en maternité, peut être amené à prescrire un traitement à la mère, ce qui constitue un des points spécifiques lié à son activité de liaison, cette prescription aux parents n'étant pas une habitude de travail dans l'activité de consultation.

Les « psys » peuvent aussi être présents pour un soignant ou une équipe en difficulté directement ou indirectement, et qui sont confrontés à une situation complexe. « La discussion du cas permet alors parfois de relancer une réflexion sidérée et de mobiliser des ressources psychiques propres aux soignants, sage femme ou obstétriciens ». [105]

Et quand il y a une nécessité de soins psychiques mais sur une durée dépassant le temps du séjour à la maternité, les « psys » de liaison s'inscrivent dans la mise en place de lien avec PMI,

services sociaux, secteurs de pédopsychiatrie, ou psychiatrie adulte. Ce réseau de soin ne s'établit pas en urgence.

Dans cette activité de liaison, les « psys » cherchent à s'inscrire dans un travail multidisciplinaire sur la parentalité. Ils doivent pour cela adopter avec les équipes elles mêmes une attitude bienveillante et contenante et les aider à acquérir une attitude bienveillante et contenante (plutôt que « suspicions et précautions aliénantes devant des situations inquiétantes »[105]). Ils veillent aussi à organiser une action préventive commune. C'est pourquoi le travail dans le cadre d'une maternité est indissociable d'une sensibilisation et implication des professionnels concernés extérieurs. L'attention est partagée dans un accompagnement périnatal de la parentalité, en faisant toujours attention à la limite entre l'attitude thérapeutique contenante ou l'attitude thérapeutique suspicieuse.

3. DE L'INTERET D'UNE ACTIVITE DE LIAISON A LA MATERNITE

Se basant sur l'observation de la clinique du postpartum, tant pour le bébé que ses parents, et les interactions entre eux, les cliniciens de la psychiatrie périnatale se sont ensuite intéressés à la période anténatale. Ils ont eu dans l'idée qu'une intervention auprès des parents avant la naissance, pourrait aider à l'instauration de ces tous premiers liens, et à la prévention de troubles psychopathologiques observés en postpartum. Dans cette idée, soutenue par les pouvoirs publics, une intervention au plus près des femmes enceintes a été pensée, et instaurée avec l'arrivée de « psys » à la maternité. Les organisations de l'intervention de « psys » en maternité sont très différentes selon les services : avec l'intervention de psychologues, psychiatres d'adultes ou pédopsychiatres, avec une présence régulière ou à la demande, un rattachement au service qui accueille ou au service psychiatrique, représentent autant de modalités possibles que de lieux où une intervention a pu se mettre en place. A l'heure actuelle, l'organisation en France de ces interventions n'est pas homogène, bien que des points communs tels que la transdisciplinarité et l'inscription dans des réseaux de soin y soient partout retrouvés. Cette notion de transdisciplinarité se retrouve à différents niveaux : au sein de l'équipe d'intervention en elle-même, mais aussi du service qui l'accueille, et du réseau extra hospitalier. Duverger énonce que la place du psychologue ou du pédopsychiatre n'est pas identique dans une équipe de liaison.

Cette notion de la place de chaque intervenant nous a particulièrement intéressée, et c'est ce que nous avons voulu aborder avec l'expérience de ces six mois de stage en équipe de liaison à Poitiers.

PARTIE 3

AU TRAVERS DE L'EXEMPLE DE L'ACTIVITE DE LIAISON EN MATERNITE AU CHU DE POITIERS : LA PLACE DES INTERVENANTS

1. ORGANISATION À POITIERS

A Poitiers, l'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison s'effectue à la maternité du CHU, dans le service de gynécologie obstétrique dont le Professeur Pierre occupe la chefferie.

Deux psychologues sont rattachées au pôle mère enfant du CHU : l'une intervient en néonatalogie et en pédiatrie, et une autre psychologue partageant son activité entre le service de diagnostic anténatal et le service de médecine de la reproduction. Il existe aussi une psychologue au planning familial dont une antenne se situe au CHU.

L'activité de pédopsychiatrie de liaison à la maternité comporte l'intervention d'une psychologue pour 0,5 équivalent temps plein (ETP), d'un praticien hospitalier (PH) en pédopsychiatrie pour 0,2 ETP, et d'un interne en pédopsychiatrie pour 0,5 ETP. L'équipe comporte aussi un temps d'activité d'infirmière en pédopsychiatrie, mais dont l'activité ne sera pas détaillée ici du fait qu'elle n'intervient pas à la maternité en elle-même, mais en visite à domicile, après l'accouchement à la sortie de la maternité si nécessaire. L'arrivée de l'interne est récente dans ce service, étant la 3^e interne à y être venue. La première interne ayant participé à cette activité de liaison était arrivée en novembre 2011. Les professionnels de l'équipe qui interviennent de manière pérenne à l'hôpital sont la psychologue et le praticien hospitalier de pédopsychiatrie. L'interne change tous les 6 mois. Le service de rattachement est le service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL), au niveau du pôle périnatalité petite enfance dont le Dr Raffeneau est responsable. Ce pôle fait partie des services de pédopsychiatrie du département, dont le Professeur Gicquel a la responsabilité.

L'équipe de liaison intervient à la maternité sur des temps fixes, au niveau des consultations, de l'hôpital de jour, et des unités d'hospitalisation à temps plein pour la gynécologie, les grossesses pathologiques, et les suites de couches. Les unités sont informées par affichage de notre planning de présence, et un signalement de nos périodes de congés dans chaque unité et au niveau du cadre de service est notifié. Chaque jour, quelqu'un de l'équipe se rend dans les unités d'hospitalisation en gynécologie obstétrique (hospitalisation de jour, ou hospitalisation complète). Outre ces passages réguliers, il existe la possibilité de contacter par téléphone le secrétariat de rattachement au centre médico-psychologique pour enfants et adolescents (CMPEA) périnatalité-petite enfance, si besoin, pour signaler des situations particulières et convenir du moment où pourra être rencontrée la patiente.

Pour le service des consultations, les demandes s'adressent directement à la psychologue qui y a son bureau de consultation, ou sont adressées au secrétariat de pédopsychiatrie.

L'articulation avec les acteurs du soin psychique pour le post partum s'effectue avec l'unité mère enfant de Poitiers, rattachée au pôle intersectoriel en psychiatrie adulte du Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL), et avec le CMPEA car un certain nombre des situations suivies en externe au décours de l'accouchement rentrent dans l'activité du CMP. Il est aussi possible d'effectuer des relais avec la psychiatrie adulte, en orientant les patientes vers les Centres Médico Psychologiques Adultes. A noter aussi qu'il n'existe pas de convention établie entre la maternité du CHU, et le service de pédopsychiatrie du CHHL, vis-à-vis de cette activité de liaison à la maternité.

En ce qui concerne l'unité mère enfant, elle est située sur le site du CHHL et rattachée à la psychiatrie adulte, pour la mère, et à la pédiatrie pour l'enfant hospitalisé. Elle dispose de plusieurs lits d'hospitalisation à temps complet la semaine : 3 lits pour les mères, et 4 lits pour les enfants au cas où il y aurait des jumeaux. De plus, un accueil mère enfant est possible en hôpital de jour, ainsi qu'une activité en ambulatoire de consultations. Elle est composée par un psychiatre référent en la qualité du Dr Chavagnat, un praticien hospitalier en psychiatrie adulte, une psychologue pour enfants, une équipe de puéricultrices, une secrétaire, une assistante sociale.

A Poitiers, la collaboration entre maternité et « psys », a débuté par une recherche action en 1990-1991 [118]. Les auteurs y avaient analysé des indicateurs de risque qui pouvaient être relevés à la maternité, et ensuite ont observé le devenir des enfants concernés, mettant en avant l'intérêt supposé qu'il pourrait y avoir, non seulement, à une prise en charge en post partum, mais aussi d'une évaluation et une prise en charge de ces grossesses à « haut risque psychosocial », en maternité. L'intervention de « psys » à la maternité a été initiée par la recherche dans laquelle psychologue et pédopsychiatre s'étaient impliqués.

Le service où a lieu cette activité est le service de gynécologie obstétrique du CHU de Poitiers, avec une intervention de l'équipe de liaison dans les trois unités d'hospitalisation à temps complet, l'hôpital de jour, et le secteur des consultations de gynéco-obstétrique. L'équipe soignante y est composée de gynécologues obstétriciens, internes en gynéco obstétrique, PH en pédiatrie détachés du service de pédiatrie, et internes en pédiatrie, des sage femmes, auxiliaires de puériculture, et infirmières. Une assistante sociale est aussi rattachée au pôle mère-enfant. Au cours de nos six mois de stage, 1333 accouchements ont eu lieu au sein de la maternité, dont 47,5% par des primipares.

Concernant le travail avec les partenaires, au sein du service, il s'agit déjà du travail en lien avec le personnel soignant du service de la maternité. Nous verrons par la suite que les sage femmes sont les professionnels qui nous adressent le plus grand nombre de demandes.

Vis-à-vis des partenaires extérieurs, des rencontres régulières, mensuelles, sont organisées avec le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), plus particulièrement avec les intervenants du prénatal (gynéco obstétricien, et sage femmes), et les psychologues de PMI. De même, il a été mis en place des rencontres régulières, mensuelles, avec les intervenants de l'unité mère bébé (PH, psychologue, assistante sociale, secrétaire). Ces rencontres permettent d'évoquer des situations connues par les divers partenaires, ou afin de préparer des relais de prise en charge. De plus, il existe aussi fréquemment des rencontres ou échanges téléphoniques avec d'autres intervenants de la psychiatrie adulte du CHHL, des psychiatres en libéral, ou éventuellement, avec des équipes de liaison en maternité de centres hospitaliers d'autres départements.

2. POPULATION ETUDIEE

2.1 Définition

Nous définissons la population étudiée de la façon suivante : il s'agit de toutes les patientes rencontrées pour la première fois par l'équipe de liaison, pour une grossesse donnée, sur la période allant du 02 novembre 2012 au 1^{er} mai 2013, soit la période correspond à mon temps de stage au sein de l'équipe de liaison à la maternité. Il a été décidé de tenir compte des patientes non seulement rencontrées par l'interne, mais aussi par les autres membres de l'équipe de liaison intervenant sur la maternité, afin d'avoir une vision globale sur la population rencontrée dans cette mission de liaison, en maternité, et afin de pouvoir repérer éventuellement des points communs et des spécificités d'intervention pour chaque personne de l'équipe. Il nous semblait aussi intéressant de pouvoir réfléchir sur les spécificités d'intervention en maternité, et important pour cela d'avoir la vision la plus complète possible de l'activité globale. Délibérément, les patientes déjà suivies auparavant seront uniquement évoquées dans une comptabilité globale pour la file active, mais retirées de la population étudiée en elle-même. Cela nous permet de comparer selon le consultant, les circonstances des premières rencontres de patientes au cours de ces six mois. Nous intéressent à la notion de 1^e demande, il nous fallait aussi avoir accès à l'inclusion de la 1^e rencontre dans le temps délimité.

La population prend ici en compte la jeune mère ou future mère, car il s'agit généralement de la femme enceinte ou récemment accouchée que nous rencontrons, bien que le but principal de notre intervention porte principalement sur l'enfant en devenir ou juste né. De plus, nous ne rencontrons pas toujours, nous verrons en quelle proportion, le père (ou futur père) de l'enfant.

Nous nous intéresserons donc aux circonstances de la première rencontre pour ces femmes, mais aussi au suivi, et aux relais éventuels vers les autres intervenants de l'équipe, ou vers des partenaires extérieurs. Concernant les relais, nous nous sommes intéressée aux relais effectués dans les six mois de stage, mais aussi dans les 5 mois maximum après la fin du stage, soit jusqu'à septembre 2013.

Nous avons, pour le recueil des informations, demandé auprès du Département d'Information Médical (DIM) de l'établissement Henri Laborit, l'autorisation d'accès aux dossiers papiers des patientes concernées, et dont les dossiers sont conservés au CMPEA périnatalité-petite enfance. L'accès aux dossiers informatiques n'a pas été autorisé du fait de notre départ du Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL) pour un stage hors de la filière psychiatrique, en Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour le semestre de mai à octobre 2013. Nous avons cependant pu échanger avec les membres de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison, afin de compléter au maximum le recueil des informations. Concernant les relais, nous avons recueilli les informations auprès des membres de l'équipe de liaison (praticien hospitalier, psychologue, et le nouvel interne), auprès de l'équipe de l'Unité Mère Bébé (UMB), et vis-à-vis d'une éventuelle prise en charge de l'enfant en PMI, auprès des puéricultrices des secteurs concernés (soit 20 puéricultrices concernées), dans le département de la Vienne.

Vis-à-vis d'une recherche de prise en charge en PMI, cela nous semblait important afin d'évaluer en quelle proportion les parents rencontrés dans le cadre de la liaison ont une prise de contact ou un suivi avec la PMI. Cela dans une perspective de prise en compte de la psychopathologie post partum des mères, et afin de voir en quelle proportion elles sont rencontrées par la PMI.

La population concernée comprend 13 femmes pour la psychologue, 19 pour le praticien hospitalier en pédopsychiatrie, 41 pour l'interne.

2.2 Critères étudiés

2.2.1 Critères sociodémographiques

Il sera étudié, l'âge moyen de la mère à la première rencontre, son statut marital et professionnel.

2.2.2 Critères cliniques

L'âge gestationnel ou post partum à la 1^e rencontre, la proportion de femmes primipares, les antécédents marquants gynécologiques ou psychiatriques, et la clinique actuelle, seront étudiés.

2.2.3 Critères liés à la demande et au suivi

Des critères comme les circonstances de la première rencontre, en anténatal et/ou en post natal, l'orientation de la prise en charge, et les relais éventuels sont notés dans le tableau ci-dessous.

2.3 Résultats

Nous exposerons sous forme de tableau les résultats chiffrés de nos critères, que nous exploiterons ensuite au travers des vignettes cliniques.

Nous précisons simplement que les femmes exclues de la population étudiée l'ont été car étant suivies avant le 2/11/12 pour la psychologue et la pédopsychiatre, et pour l'interne, car nous avons parfois rencontré des patientes de la pédopsychiatre en son absence, n'étant pour sa part, pas présente tous les jours à la maternité.

Nous noterons juste aussi ici les abréviations utilisées dans ce tableau :

SA semaines d'aménorrhée

NR non renseigné

G grossesse

Nb. Nombre

Cs consultation

Atcd ou ATCD Antécédents

IME Institut Médico Educatif

AT Arrêt de travail

jud. Judiciaire

indic/effectué : nombre de relais indiqués et nombre effectués

	PSYCHOLOGUE	PH	INTERNE	TOTAL
<u>Définition de la population</u>				
-File active sur les 6 mois	19	34	50	103
-Nb. de personnes retenues	13	19	41	73
<u>A la 1ere rencontre</u>				
<u>Age moyen de la mère</u>	32.7	27	28,7	28,986
*Dispersion	20 (25 à 45)	23 (16 à 39)	31 (15 à 46)	31 (15 à 46)
<u>Age gestationnel au 1^{er} rdv</u>				
*Prénatal	12 soit 92,3%	13 soit 68,4%	26 soit 63%	51 soit 70%
->Age moyen gestationnel	26 SA 6,6 mois	NR	18 SA début 5 ^e mois	NR
*Post natal	1 soit 7,7%	6 soit 31,6%	15 soit 37%	22 soit 30%
->Age moyen post partum	+5 mois	+9j (+1 à +33j)	+3 j (+1 à 7j)	+11,6j. (1j à 5 mois)
<u>Situation de couple</u>				
*Célibataire	1 soit 7,7%	3 soit 16%	9 soit 22%	13 soit 17,8%
*Couple avec le père	12 soit 92,3%	15 soit 79%	31 soit 75,5%	58 soit 79,4%
*Couple avec autre homme	0	1 soit 5%	1 soit 2,5%	2 soit 3%
<u>Séparation du père</u>				
*Avant connaissance de la G	1 soit 7,7%	4 soit 21%	10 soit 25%	15 soit 21%
*Après connaissance de la G	0	4 soit 21%	6 soit 15%	10 soit 13%
*NR	1 soit 7,7%	0	3 soit 8%	4 soit 5%
<u>Travail</u>				
*Mère				
->oui dont AT et études	11 soit 85%	4 soit 21%	20 soit 50%	35 soit 45%
->non	2 soit 15%	12 soit 63%	21 soit 50%	35 soit 46%
->NR	NR 0	3 soit 16%	NR 0	3 soit 4%
*Père				
->oui dont AT et études	13 soit 100%		29 soit 70%	NR
->non	0		30%	
->NR		NR		

<u>A la 1^{ère} rencontre</u>				
<u>Motif principal de la demande</u>				
*ATCD traumatique d'une grossesse antérieure	6 soit 46%	0 soit 0%	2 soit 5%	8 soit 11%
*Grossesse actuelle	0 soit 0%	6 soit 32%	13 soit 32,5%	19 soit 26%
->Vomissements gravidiques	0	2 soit 11%	6 soit 15%	8 soit 11%
->Découverte tardive	0	3 soit 16%	2 soit 5%	5 soit 7%
->Accouchement complexe	0	0	4 soit 10%	4 soit 5%
->Accouchement sous X	0	1 soit 5%	1 soit 2,5%	2 soit 3%
*Relation mère enfant	0	3 soit 16%	3 soit 7%	6 soit 8%
*Psychiatriques :	7 soit 54%	4 soit 21%	15 soit 37%	26 soit 36,2%
->ATCD	0	2 soit 11%	3 soit 7%	5 soit 7%
-> Décompensation				
.trouble anxieux	6 soit 46%	1 soit 5%	7 soit 18%	14 soit 18%
.trouble de l'humeur/pleurs	1 soit 8%	0	3 (pleurs) soit 7,5%	4 soit 5%
.trouble psychotique	0	1 soit 5%	0	1 soit 1,4%
.TCA	0	0	1 soit 2,5%	1 soit 1,4%
.Addiction	0	0	1 soit 2,5%	1 soit 1,4%
*Autre :	1 soit 8%	6 soit 31%	8 soit 20%	15 soit 19,8%
->Minorité	0	1 soit 5%	2 soit 5%	3 soit 4%
->Exil	0		1 soit 2,5%	1 soit 1,4%
->Couple (conflit, séparation)	1 soit 8%	2 soit 11%	1 soit 2,5%	4 soit 5%
->Retard mental, parcours	0	0	1 soit 2,5%	1 soit 1,4%
IME, Atcd traumatique				
->Atcd de mes. Socio judiciaire enfants/mes éducatives/jud.	0	3 soit 16%	0	3 soit 4%
-> Avis "psy"	0	0	3 soit 7,5%	3 soit 4%

<u>A la 1^{ère} rencontre</u>				
<u>-Adressée par soignants mat.:</u>	-9 (69%), dont :	-9 (47%)	-38 (93%)	-56 soit 77%
*Sage femme	*7	*9	*36	*52 soit 71%
-> Consultations	7	0	0	7
->Hôpital de jour	0	3	5	8
->Unités d'hospitalisation	0	6	31	37
*Gynécologue obstétricien	*2	*0	*2	*4 soit 6%
<u>-Adressée par autre personne</u>	-1 urgences(7,7%)	-1néonatalogie (5%)	-1 endocrinologie(2,5%)	-3 soit 4%
<u>du CHU</u>				
<u>-Adressée par un partenaire</u>	-2 (15,4%) dont	-9 (47%)	-3 (7,5%)	-14 soit 19%
<u>extérieur dont</u>				
*PMI	1 soit 7,7%	6 soit 32%	1 soit 2,5%	8 soit 11%
*Psychiatrie adulte	0	1 soit 5%	2 soit 5%	3 soit 4%
*Autre	1 (SF libérale)	2 (MT, éduc.)11%	0	3 soit 4%
<u>-Patiente</u>	1 (7,7%)	0	0	1 soit 1,3%
<u>A la 1^{ère} rencontre</u>				
<u>Lieu :</u>				
-bureau de consultation	13 (100%)	12 (63%)	8 (20%)	33 soit 45%
-chambre de la patiente	0	7 (37%)	29 (70%)	36 soit 49%
-autre	0	0	4 (10%)	4 soit 6%
<u>A la 1^{ère} rencontre</u>				
<u>Contexte :</u>				
*urgence/liaison	0	8 (42%)	32 (78%)	40 soit 55%
*programmé	13 (100%)	11 (58%)	9 (22%)	45 soit 45%
<u>A la 1^{ère} rencontre/suivi</u>				
<u>-Primiparité</u>	7 (54%)	10 (52,4%)	18 (44%)	35 soit 48%
*G désirée attendue	8 soit 62%	4 21%	25 61%	37 soit 51%
*G inattendue/ non désirée	1 soit 8%	5 26%	13 32%	19 soit 26%
*NR	4 soit 30%	10 (52%)	3 (7%)	17 soit 23%

<u>-ATCD psychiatrique et actuel</u>				
*ATCD psychiatrique	4 soit 30%	6 soit 32%	11 soit 27%	21 soit 28%
*Actuellement :				
->Suivi ambulatoire	0	2 soit 10%	4 soit 10%	6 soit 8%
->Traitement	0	4 soit 21%	4 soit 10%	8 soit 11%
->Hospitalisation	0	1 soit 5%	1 soit 2,5%	2 soit 3%
<u>Le suivi</u>				
<u>-Nb. de consultations</u>				
*1	3 (22 %)	2 soit 10%	15 soit 37%	20 soit 27%
*plus d'1	10 (78%)	17 soit 90%	26 soit 63%	51 soit 73%
<u>-Nb. d'intervenants/femme</u>	1 à 2	1 à 3	1 à 3	1 à 3
<u>-Suivi p/r âge gestationnel:</u>				
*Anténatal uniquement	5 soit 38%	5 soit 26%	24 soit 59%	29 soit 41%
*Post natal uniquement	1 soit 8%	5 soit 26%	15 soit 36%	21 soit 29%
*Ante et Postnatal	7 soit 54%	9 soit 47%	2 soit 5%	14 soit 20%
*Cs après RAD (nb femmes)	2 soit 15%	5 soit 26%	0	7 soit 10%
<u>-Perdues de vue</u>	3 soit 23%	5 soit 26%	9 soit 22%	17 soit 23%
<u>- Patrenaires au cours du suivi</u>				
* « psy » (CHHL , libéral, UMB, Equipe de liaison autre lieu)	0	5 soit 26%	8 soit 20%	17 soit 23 %
*Autre : PMI	2 soit 15%	8 soit 42%	12 soit 30%	22 soit 31%
<u>-Troubles retrouvés</u>				
*Troubles psychiatriques	13 soit 100%	15 soit 79%	33 soit 78%	61 soit 84%
->Troubles anxieux	12 soit 92%	7 soit 37%	27 soit 66%	46 soit 63%
->Troubles de l'humeur	1 soit 7,7%	1 soit 5%	3 soit 7%	5 soit 7%
->Troubles de la personnalité	1 soit 7,7%	6 soit 32%	6 soit 15%	13 soit 18%
->Trouble psychotique	0	1 soit 5%	0	1 soit 1,4%
->TCA	0	0	1 soit 2,5%	1 soit 1,4%
->Addictions	0	1 soit 5%	1 soit 2,5%	2 soit 3%

*Troubles associés				
-> Retard mental		1 soit 5%	1 soit 2.5%	2 soit 3%
->Difficulté d'investissement G	3 soit 22%	5 soit 26%	9 soit 22%	17 soit 23%
->Conflits intrapsychiques		NR	4 soit 10%	4 soit 6%
->Troubles des interactions	0	4 soit 21%	3 soit 8%	7 soit 10%
-> Deuil			4 soit 10%	4 soit 6%
->Conflit de couple	1 soit 7,7%		3 soit 8%	4 soit 6%
->Isolement social/familial	3 soit 22%	3 soit 16%	3 soit 8%	9 soit 13%
*Ttt instauré (nb de femmes)	1 soit 7,7%	3 soit 16%	9 soit 23%	13 soit 18%
->A visée anxiolytique	0	3 soit 16%	6 soit 15%	9 soit 12%
->A visée antidépressive	1 (suivi conjoint)	1 soit 5%	1 soit 2.5%	3 soit 4%
->Antipsychotique	0	0	0	0
-> Adaptation de traitement	0	0	3 soit 8%	3 soit 4%
-Rencontre du conjoint				
* Jamais	7 soit 54%	11 soit 58%	29 soit 70%	47 soit 64%
* Au moins 1 fois	2 soit 15%	8 soit 42%	12 soit 30%	22 soit 30%
*NR	4 soit 31%	0	0	4 soit 6%
Relais				
-Psy adulte (indic/effectué)	0	2/1	-4/2	6/3
-UMB (indic/effectué)	0	2/0	-3/2	5/2
-Equipe liaison (indic/effectué)	0	0	-7/7	7/7
-PMI du département	7 soit 54%	13 soit 70%	24 soit 60%	44 soit 66%
Abandon, placements				
*Accouchements sous X	0	0	2 soit 5%	2 soit 3%
*Placement dès la maternité	0	3 soit 16%	2 soit 5%	5 soit 7%
*Placements après RAD		1 soit 5%		1 soit 1,5 %
-Mesures				
*IPP	0	6 soit 32%	2 soit 5%	8 soit 11%
*autre mesures socio jud.	0	8 soit 42%	4 soit 10%	12 soit 17%

3. PRESENTATION de VIGNETTES CLINIQUES

3.1. Un reflet du travail de la psychologue

Nous avons ici sélectionné des vignettes cliniques qui nous semblaient les plus représentatives pour refléter le travail effectué par la psychologue.

La population qui nous intéresse, rencontrée par la psychologue, comporte 13 patientes, de 25 à 45 ans, rencontrées préférentiellement dès le prénatal, comme illustré par la vignette qui suit.

Vignette PSYCHO A. : Un cas clinique « type »

Mme A. est adressée par une sage femme des consultations de gynécologie, à un mois et demi du terme d'une seconde grossesse. Un mauvais vécu de son premier accouchement, à Paris, en 2009, a motivé cette demande. Lors du premier rendez vous, une symptomatologie anxieuse est au premier plan. Mme A. aborde leur installation récente sur la région, où son conjoint et elles n'ont que peu de relations localement, ce qui les préoccupe l'un et l'autre, pour savoir qui pourra garder leur fils au moment de l'accouchement. Par la suite, Mme A. et son conjoint sont rencontrés ensemble, avant l'accouchement, puis une fois l'enfant née. L'accouchement fut bien vécu pour tous les deux. Il est observé par la psychologue un bon investissement du bébé en suites de couches. Etant donné l'absence de demande après l'accouchement, une mise à disposition leur est proposée.

Comme dans la plupart des situations rencontrées par la psychologue, Mme A. lui est adressée dès la période anténatale par une sage femme des consultations, avec une demande motivée par un antécédent de vécu traumatique pour une grossesse précédente, puis la patiente s'inscrit dans un suivi jusqu'aux premiers jours post partum. Un autre motif fréquent de demandes de consultations pour la psychologue, est la présence de troubles anxieux, retrouvés par les soignants, qu'il s'agisse de soignants de la maternité, ou de partenaires extérieurs.

Vignette PSYCHO B. : Importance des partenaires extérieurs

Adressée à la psychologue par la sage femme de PMI qui la suit, Mme B. est dans sa 33^e semaine d'une quatrième grossesse, au premier rendez vous. Des antécédents traumatiques pour les grossesses précédentes (avec malformations détectées après la naissance de ses deux enfants), et la symptomatologie anxieuse au cours de cette grossesse, ont motivé cette demande de consultation. A la première rencontre, Mme B. présente une symptomatologie anxieuse, majorée par l'annonce, une semaine plus tôt, d'un retard de croissance intra-utérin

retrouvé au cours de la troisième échographie du bébé. Le couple a traversé une période complexe, suite à la naissance de leurs deux premiers enfants, puis, lorsqu'ils envisageaient une autre grossesse, cette troisième s'est finie par une fausse couche spontanée douloureusement vécue par Mme. Mme B. énonce à la psychologue au cours du premier rendez vous, un important besoin de réparation avec cette 4^e grossesse. L'annonce récente du retard de croissance intra-utérin, la laisse dans un premier temps abasourdie, avec un sentiment de ne pas être soutenue au quotidien par son mari, fréquemment en déplacements professionnels. L'investissement de cette grossesse, et de cette enfant à venir, est très fort. Des angoisses de mort sont retrouvées chez elle. La patiente manifeste aussi, pour cette fin de grossesse, une demande d'écoute importante. Elle adhère au suivi psychologique proposé. De plus, un suivi par la sage femme de PMI en parallèle, pour une prise en charge autour de la relaxation lui est proposée. Le suivi de la patiente par la psychologue, durant deux mois, jusqu'aux suites de son accouchement, est honoré par la patiente, avec une évolution favorable de ses inquiétudes, une atténuation des angoisses de mort initiales permettant l'établissement des premiers liens avec son enfant.

Cette vignette illustre bien à notre sens, l'intérêt du travail clinique de la psychologue, pour favoriser la meilleure disposition psychique de la mère à la découverte de son enfant. Elle nous permet de voir aussi l'intérêt qu'il y a à ce travail de partenariat avec la PMI, qui peut orienter aussi des patientes vers l'équipe de liaison. En l'occurrence, dans la population rencontrée par la psychologue, les partenaires extérieurs lui adressant des patientes sont des sage femmes de PMI ou libérales, pour une femme rencontrée sur quatre.

Vignette PSYCHO H. : Un contexte de stress aigu

Vue dès le lendemain de la demande, Mme H. a été rencontrée suite au contexte de rupture d'anévrisme de son compagnon quelques jours avant, encore hospitalisé au CHU. Patiente de 45 ans, primipare, à 38 semaines d'aménorrhée au premier contact, elle est adressée à la psychologue de l'équipe par une sage femme des consultations à la demande de la patiente. Elle se montre au premier rendez vous fatiguée, et demandeuse d'écoute. Elle est très soutenue par son entourage. Son compagnon, lui, est dans des perspectives préoccupantes au niveau médical étant donnée l'existence d'un deuxième anévrisme, et avec des conséquences de confusion, troubles de la mémoire, hémiplégie suite à la rupture du premier. La patiente présente une symptomatologie anxieuse réactionnelle adaptée à la situation. Par la suite, un second entretien est plus particulièrement centré sur l'accouchement et l'accueil du bébé. Etant très soutenue par son entourage, présentant une réaction adaptée à un stress aigu, et non demandeuse de nouveau rendez vous, les coordonnées du secrétariat lui sont remises si elle souhaite reprendre rendez vous plus tard.

Ici, la réponse à cette demande, s'est faite dès le lendemain de la demande. Sans parler d'urgence de la demande, comme l'avait souligné Duverger [105], le travail de liaison en maternité peut parfois demander une réactivité telle qu'elle permet de répondre à une situation aiguë. En l'occurrence, à ce contexte de stress aigu, et pour lequel un suivi court de quelques semaines, aura suffi à aider Mme H. D'après les données que nous avons, les premières rencontres pour la population de la psychologue, ont été programmées, et faisant suite à des demandes des soignants de la maternité, avec appel téléphonique au secrétariat du CMPEA qui relayait la demande. Le délai moyen entre la demande et la première rencontre était en moyenne de 7 jours, cette première rencontre ayant lieu dans le bureau de consultation mis à disposition de la psychologue, au niveau des consultations de gynécologie.

Vignette PSYCHO D. : Travail conjoint, et triple jeu de consentement

Patiente de 28 ans, Mme D. est adressée par un gynécologue du service d'obstétrique, qui suit Mme D. dans le cadre de la consultation de grossesses pathologiques alors qu'elle est à 4 mois d'une seconde grossesse. La demande est motivée par un syndrome dépressif non identifié comme tel par la patiente et non traité, dont des éléments sont repérables depuis la naissance de son premier enfant, 2 ans et demi auparavant, associé à des vomissements depuis le début de la grossesse n'ayant pas nécessité son hospitalisation.

Cette grossesse est marquée par une forte ambivalence, tant liée au moment de cette grossesse qui n'était pas attendue si tôt, que par la crainte d'une prise de poids importante. De plus, une image de sa mère, « de plus en plus malade » au fil des grossesses, lui est présente à l'esprit, et avec la crainte de l'image qu'elle donnera à son fils déjà né et au bébé si son état reste identique. Il lui est proposé un suivi psychologique pendant sa grossesse, avec, selon l'évolution, une orientation dès le second rendez vous vers le praticien hospitalier de l'équipe de liaison pour un avis concernant un traitement antidépresseur. Par la suite, un suivi conjoint s'établit avec la PH de l'équipe, avec mise sous traitement antidépresseur de la patiente. L'évolution clinique est favorable. Une observation en suites de couches n'a pu être possible, car, bien que cela ait été convenu avec la patiente, celle-ci était partie avant de rencontrer l'équipe de liaison.

Par la situation de Mme D., nous pouvons appréhender la possibilité de travail conjoint qui existe au sein de l'équipe, entre psychologue et pédopsychiatre, et la nécessité d'un travail en bonne intelligence au sein de l'équipe. Cependant, il nous semble important de souligner aussi que ce travail n'est possible que par le jeu d'un « triple consentement » comme le disait Fericelli [10]. Ce travail psychique ne peut s'effectuer que si le soignant de première ligne (gynécologue, sage femme) est attentif à l'aspect psychique de la grossesse, et formule une

demande à l'équipe de liaison quand il l'estime judicieux. Cela nécessite aussi l'accord de la patiente pour cette rencontre, et une disposition d'ouverture pour aborder sa vie psychique. Enfin, cela nécessite aussi la reconnaissance de la part de l'équipe de liaison que cette demande s'inscrit dans leur domaine de compétence. Mme D. nous paraissait bien illustrer ces trois aspects.

Vignette PSYCHO M. : Un premier contact à distance

La particularité de Mme M. est d'avoir pris contact d'elle-même, à 5 mois et demi post partum, au secrétariat du CMPEA pour solliciter un rendez vous avec la psychologue. Elle décrit une symptomatologie anxieuse, dans un contexte précédant tout juste la reprise de son activité professionnelle, symptomatologie qui s'amende rapidement après quelques entretiens. Mme M. n'avait pas du tout été suivie par l'équipe le long de sa grossesse, bien que cela lui avait été proposé par les sage femmes des consultations. Mme M. ne s'était pas alors sentie prête à un travail psychique, mais avait accepté les coordonnées du secrétariat, remises par la sage femme qui l'avait suivie.

Il est intéressant de voir que certainement, l'activité de la psychologue est reconnue par les sage femmes des consultations, qui adressent toutes leurs demandes de rendez vous à la psychologue, et que les patientes s'en saisissent parfois en décalé. Cela pose aussi la question, même si ce type de situation est rare, de savoir où s'arrête la définition de l'activité de liaison en maternité, quant au terme de la première rencontre. Parfois, lorsque les femmes sont vues après leur retour au domicile, elles peuvent être rencontrées au CMPEA ; ces situations sont rares.

Ainsi, la psychologue peut recevoir des demandes de rencontre de patientes par des soignants de la maternité, mais aussi des partenaires extérieurs. Dans les situations que nous avons étudiées, ces demandes lui étaient spécifiquement adressées. Et si un suivi est accepté par la patiente, il peut durer de quelques semaines à plusieurs mois (un peu plus de cinq mois pour cette population), avec un suivi par la psychologue seule, ou conjoint avec la pédopsychiatre.

Par son activité, la psychologue se situe dans un travail en réseau : en liens avec les soignants du prénatal (principalement sage femmes des consultations, et sage femmes de la PMI), avec la pédopsychiatre et l'interne au cours du suivi, et pouvant prendre contact si nécessaire avec les puéricultrices de secteur de PMI pour préparer un relais de prise en charge en post partum. Les patientes rencontrées présentent le plus souvent une symptomatologie anxieuse (plus de

90%), dans la moitié des cas en lien avec des antécédents obstétricaux traumatiques. L'accompagnement des patientes s'effectue, hors situations « perdues de vue », jusqu'aux premiers jours post partum. Lors de ce temps de suivi, un travail psychothérapeutique peut s'effectuer avec la mère, aidant aux réaménagements des conflits psychiques qui peuvent resurgir à cette période. Lorsqu'un suivi a lieu, les entretiens sont plus fréquents pour la psychologue : chaque semaine le plus souvent. Pour la pédopsychiatre ou l'interne, le rythme est, pour les rendez vous programmés, plutôt de l'ordre du mensuel. Cela peut contribuer ainsi au fait que le nombre total de patientes rencontrées par la psychologue est moindre, car le travail est différent. De plus, toute la file active de la psychologue n'a pas été étudiée, mais uniquement à partir des femmes nouvellement rencontrées sur mon semestre de stage. Le conjoint peut d'autre part, être présent, sur proposition de la psychologue, ou à la demande de la patiente.

3.2. Un reflet de l'activité de la pédopsychiatre

La population des 19 femmes rencontrées par le praticien hospitalier de l'équipe, et retenues pour être étudiées ne constitue qu'une partie de la totalité des patientes rencontrées par le praticien hospitalier sur ces six mois. 15 patientes n'ont pas été étudiées car leur suivi avait débuté avant le 2 novembre 2012, ou car ce n'était pas le praticien hospitalier qui les avait rencontrées initialement. Aussi, la population étudiée ne représente pas toute l'activité du praticien hospitalier sur ce semestre, mais cependant, les présentations cliniques étudiées nous ont donné un aperçu des particularités de son travail, que nous avons tenté de rapporter dans les situations suivantes.

Vignette PEDOPSYCHIATRE B. : Comment une indication en unité mère-bébé échoue « grâce » à la famille

Jeune femme de 20 ans, mère d'une petite fille de 2 ans et demi, Mme B. est rencontrée au cours de sa deuxième grossesse par le praticien hospitalier de l'équipe, à 32 semaines d'aménorrhée, pour une découverte tardive de cette grossesse trois semaines auparavant.

On retrouve pour la grossesse précédente, une découverte tardive aussi, à 22 semaines d'aménorrhée. Depuis la naissance de sa fille, Mme B. a principalement habité chez ses parents, chez qui elle loge actuellement. Il n'y a quasiment plus de contact avec le père de sa fille aînée. Une séparation avec le père de l'enfant qu'elle attend a au lieu avant même d'avoir eu connaissance de sa grossesse, et sans projet de remise en couple. Il y a la notion de consommation d'alcool régulières, et de comportement violent de la part de cet ex compagnon. Rencontrée suite à la demande de la sage femme de l'hôpital de jour, ses parents et sa fille l'accompagnent à l'hôpital, sa mère la rejoignant en fin de consultation.

Mme B. exprimera peu de questionnements, ou de réactions face à la découverte de cette grossesse. Nous assisterons à la première consultation avec le praticien hospitalier, puis autant que possible, aux suivantes. Nous observerons que Mme B. peut se montrer intéressée par la proposition de prise en charge à l'unité mère bébé de Poitiers, dans la perspective d'un accompagnement aux premiers liens, cette maman pouvant d'ailleurs exprimer avoir eu des difficultés lors des premiers temps avec sa fille aînée. Elle peut au cours des entretiens suivants, aborder avec plus de facilités la relation avec ses parents, notamment regretter le peu d'échanges avec son père. Elle pourra aussi évoquer sa relation avec sa fille aînée, et l'enfant qu'elle attend prend plus de place dans son discours, mais sans toutefois y retrouver de place à la rêverie, à l'énonciation des représentations imaginaires et fantasmatiques de l'enfant.

La situation est évoquée lors d'une réunion commune, à l'équipe de l'UMB, qui se montre disponible pour rencontrer Mme B. Il est même proposé de pouvoir organiser un rendez vous commun avec la patiente, la pédopsychiatre de l'équipe de liaison, et psychiatre de l'UMB afin de faciliter le relais.

Le terme approchant, les parents, au courant du projet, se montrent de plus en plus réservés quant à l'accompagnement en UMB. Mme B. paraît sensible à la réserve de ses parents. Elle sera revue en post partum lors de son séjour à la maternité, puis une fois après le retour à domicile, mais ne donnera pas suite à ce projet UMB.

Après la naissance, il n'y a pas de trouble des interactions majeur, mais il y aurait certainement eu un bénéfice à un étayage en unité mère enfant, pour aider à amorcer cette relation.

Cette vignette illustre le fait que, même si le personnel de la maternité est attentif à la dimension psychique de la grossesse, et à la possibilité d'interpeller si besoin le pédopsychiatre, la première rencontre peut avoir lieu tardivement au cours de la grossesse, du fait de la symptomatologie présentée : ici, en l'occurrence, la découverte tardive de la grossesse, qui représente 10% des motifs de consultation pour la pédopsychiatre.

Nous voyons aussi que la coordination pré et post partum n'est possible que sous tendue par l'adhésion des patients, et combien l'entourage y joue un rôle déterminant.

Vignette PEDOPSYCHIATRE L. : Pour un même motif, un autre projet de prise en charge

Mme L., 18 ans, mère d'un petit garçon de deux ans, est rencontrée en hôpital de jour à semaines d'aménorrhée, initialement pour une découverte tardive de sa grossesse.

Vivant au début où nous l'avons rencontrée, chez son oncle, elle avait, une fois cette grossesse découverte, caché son existence à son entourage, dont ses parents. Elle décrit ne pas avoir été soutenue par ses parents au cours de sa première grossesse, ayant été mise de côté lors de cette période : vivant chez eux, ils la faisaient manger à part, et demandaient à ses frères et sœurs de ne pas lui adresser la parole.

Décrivant ne pas penser pouvoir espérer plus de soutien pour cette grossesse, elle accepte un projet d'accueil en structure mère enfant. Elle s'oriente aussi initialement vers un accouchement sous X. Elle n'était plus en couple avec le père, qui ne s'investissait pas pour leur fils aîné, et ne s'impliquait pas pour cette grossesse.

Lors des rendez vous, elle vient toujours accompagnée de son fils aîné et il lui est compliqué de s'occuper de lui. Elle présente au début de la prise en charge, une symptomatologie dépressive d'intensité majeure et accepte la prise d'un traitement antidépresseur.

Suivie par le praticien hospitalier, nous avons eu l'occasion d'assister à plusieurs reprises aux entretiens, ce qui a facilité le relais de prise en charge lors des congés de son consultant référent.

A l'accouchement, elle demande à voir l'enfant, et le garder auprès d'elle. Deux jours après, elle choisit de revenir sur sa décision d'abandon.

Actuellement, elle vit au foyer mère enfant, avec ses deux enfants. Elle se saisit des accompagnements et ateliers proposés au sein du foyer. Suivie par la PMI, par la puéricultrice et le médecin (visites à domicile et consultations), elle semble avoir établi une relation riche d'échanges avec sa petite fille, née il y a maintenant 3 mois. Elle est dans un projet professionnel pour elle même, et de pouvoir accéder prochainement à un logement autonome. Elle reste toujours très isolée par rapport à sa famille. Le papa, lui se montre présent ponctuellement.

Par cette présentation, nous pouvons voir qu'un même motif de consultation à savoir la découverte tardive de grossesse, donne lieu à des prises en charge bien différentes. En effet, nous voyons bien ici que le consultant a un rôle d'accompagnement, mais non décisionnaire sur l'aboutissement que la patiente veut donner à cette grossesse. Devant l'orientation initiale d'accouchement dans le secret, la symptomatologie dépressive, et les conflits familiaux, la patiente a été accompagnée dans une démarche d'accueil dans un foyer maternel, et ce, avec le concours de l'assistante sociale de la maternité. Par la suite, après la naissance, l'accompagnement par la PMI contribue à l'étaillage qui a permis de soutenir Mme L. dans l'accès à la parentalité.

Vignette PEDOPSYCHIATRE C. : Schizophrénie et placement à la naissance

Mme C, 35 ans, est mère de quatre enfants dont les deux aînés sont confiés aux grands parents maternels qui habitent dans la Vienne, et les deux plus jeunes placés en structure dans le sud de la France. Elle est revenue précipitamment du sud de la France, sur Poitiers, en train, et demandant à être hospitalisée en psychiatrie à son arrivée.

Rencontrée lors de son premier contact avec le CHU, à l'hôpital de jour, la pédopsychiatre dirige l'entretien, auquel nous assistons. A cette époque, Mme C. est hospitalisée en psychiatrie adulte au Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL). Ses parents vont lui rendre visite régulièrement.

Lors de ce premier rendez vous, Mme C. présente des propos délirants, avec sentiment de persécution, de mise en danger, des propos vis-à-vis d'abus sexuels dont il est difficile d'apprécier la part réelle potentielle.

La réalité de cette grossesse est acquise pour Mme C. Il n'y a pas d'impossibilité à penser ou évoquer cette grossesse. Il n'y a pas de projet, d'intention de passage à l'acte auto agressif déclenchés par cette gestation. L'enfant est pour autant rapporté à une notion d'abus sexuel étant à son origine, et dans tout un ensemble de propos incohérents. La notion de ses autres enfants, de son parcours personnel sont flous, incohérents, et le sentiment d'être en danger, prennent le devant de ses propos. La place psychique faite pour cet enfant est limitée, notamment l'ancrage dans la réalité, dans la projection de ses besoins ultérieurs.

Au cours du suivi, Mme C. reste hospitalisée au CHHL, et est suivie par la pédopsychiatre lorsqu'elle vient en hôpital de jour.

A la naissance de l'enfant, celui-ci est accueilli dès le séjour à la maternité, chez une assistante familiale, et Mme C. retourne en hospitalisation au CHHL. Par la suite, la puéricultrice du secteur de PMI (du lieu de domiciliation de la mère) est sollicitée par l'éducatrice en charge de la situation, pour être présente dans le cadre des droits de visite, qui ont lieu, si l'état psychique de la mère le permet, une fois par semaine. Lors de ces temps, l'enfant, selon l'appréciation de la puéricultrice, est calme, dormant souvent. La maman, elle, serait en difficulté pour décrypter les pleurs de son bébé, ou adapter ses propos à la présence de son enfant.

Actuellement, Mme C. est toujours hospitalisée au CHHL. Il est envisagé que désormais l'enfant soit accueilli à l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT), avec rencontre de sa mère deux fois par mois environ. L'enfant ne changerait pas de famille d'accueil.

La pédopsychiatre de l'équipe peut ainsi être amenée à rencontrer des patientes présentant une symptomatologie psychiatrique où l'on voit toute la nécessité d'une prise en charge conjointe en psychiatrie adulte.

D'autre part, la décision de placement est bien une décision judiciaire et non du fait de l'appréciation de la pédopsychiatre. Mais l'intérêt est réel à rencontrer cette patiente avant l'accouchement, afin de ne pas être pris au dépourvu en post partum pour l'évaluation, et car cela permet d'observer s'il y a une évolution des propos, de la symptomatologie, dans le temps.

Vignette PEDOPSYCHIATRE D. : Pédopsychiatre et placement d'enfant, notion d'IPP

Mme D. est rencontrée par la PH de pédopsychiatrie en anténatal, à la demande de la sage femme de PMI.

Mme D. est mère de quatre enfants, tous placés. Le nouveau compagnon et futur père de l'enfant avec qui elle est, n'a pas d'enfant. Mme D. et son compagnon sont connus de la PMI. Les acteurs qui les connaissent, ont rédigé une Information Potentiellement Préoccupante Périnatale (IPP) concernant cette grossesse. C'est dans ce contexte qu'est interpellée la pédopsychiatre de pédopsychiatrie de l'équipe, au vu d'antécédents psychiatriques de la patiente, et pour évaluer ses capacités psychiques à être en présence de son enfant au domicile.

Une synthèse est réalisée en anténatal avec invités la PMI, la pédopsychiatre de pédopsychiatrie, la psychiatre adulte qui suit Mme, le service social de secteur, et le directeur de la pouponnière. Les éléments apportés au cours de cette synthèse, s'orientent vers un avis plutôt favorable à un accueil en placement, sans pour autant ne prendre de décision, car n'étant pas dans le domaine de compétence des intervenants.

Un placement de l'enfant a eu lieu à la naissance avec accueil en famille d'accueil, après transmission des observations sur les premiers liens établis, en complément des informations de l'IPP, à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du département, qui a elle-même transmis ces éléments au procureur pour prise de décision judiciaire.

Depuis, les parents ne veulent plus être en lien avec la PMI, ni revoir la pédopsychiatre de l'équipe de liaison.

La pédopsychiatre de l'équipe peut ainsi être sollicitée dans le cadre de ces situations où la question d'un placement de l'enfant à la naissance, se pose. Sur la population étudiée, cela représente 26% des demandes de consultations qui lui sont adressées. Nous nous interrogeons par l'intermédiaire de cette situation clinique, quand l'enfant a des risques d'aller vers un placement, sur l'opportunité de travailler sur les processus d'accès à la parentalité avec les parents. Nous nous interrogeons à savoir s'il faudrait considérer, déjà avant la naissance, que l'orientation de placement de l'enfant est déjà quasiment comme décidée au niveau des

soignants. Nous nous interrogeons aussi sur la place que nous pouvons occuper en tant que soignant, par rapport à l'aspect judiciaire de ces décisions, sur le risque de confusion qui pourrait exister pour les parents et autres soignants avec qui nous travaillons, sur le rôle qui nous est prêté.

Le dispositif des Informations Potentiellement Préoccupantes est d'autre part récent, initié par le service de PMI. Il s'est mis en place au cours de notre stage à la maternité.

Ces vignettes correspondant à des situations aboutissant à des accueils d'enfant en structure, dès la naissance, montrent toute l'importance du travail en réseau. Celui-ci peut permettre de partager des préoccupations communes, et de travailler en cohésion pour préparer au mieux le post partum. Ce travail en réseau comporte aussi des difficultés. Dans cette délicate question qu'est le placement d'enfant, nous pouvons retrouver un risque de clivage entre les partenaires du réseau. Parfois cela peut être en regard des mécanismes de déni, clivage, projections, retrouvés chez certaines patientes. Il peut s'agir de patientes difficilement suivies pendant la grossesse car adhérant peu à la prise en charge, et n'ayant pas pu être rencontrées par l'équipe de « psy » en prénatal, ne donnant pas de possibilités de préparation du post partum. Certaines, ne s'inscrivent pas dans une démarche de soins, et ne correspondent pas à une indication de prise en charge par l'unité mère enfant. De plus, il peut exister des désaccords selon les partenaires concernés, ce à quoi les patients sont particulièrement sensibles. Et cela peut illustrer combien des failles institutionnelles, ou des désaccords entre partenaires, peuvent majorer les comportements fuyants de certains patients. Parfois aussi, l'issue d'une situation de ce type, peut créer un mécontentement chez certains partenaires, risquant alors de majorer des dysfonctionnements. Nous pensons qu'un dialogue entre les partenaires du réseau y est tout particulièrement nécessaire dans ces situations.

Ainsi, la pédopsychiatre de l'équipe peut être la personne la plus spécifiquement sollicitée pour des situations qui sont à risque d'orientation vers un accueil de l'enfant en structure, mais son activité ne se résume pas à ce type de consultations. Elle assure d'autre part aussi une cohésion d'équipe, et peut d'ailleurs se montrer disponible si l'interne de l'équipe a besoin d'un avis.

La pédopsychiatre intervient souvent, sur des situations complexes, tant au niveau psychiatrique, qu'au niveau psychosocial. Elle peut être sollicitée tout autant par des soignants de la maternité (préférentiellement par la sage femme de l'hôpital de jour), que par les sage femmes de la PMI. Cela montre qu'elle est aussi bien identifiée par les acteurs du réseau extra hospitalier. Les rendez vous sont le plus souvent programmés, et les patientes, lorsqu'elles sont rencontrées en anténatal, sont suivies à l'hôpital de jour. Les patientes rencontrées

uniquement en post natal, le sont principalement pour des troubles anxieux secondaires à un accouchement complexe. Les autres femmes rencontrées pour la première fois en post partum, le sont soit car la découverte de la grossesse a eu lieu à l'accouchement, soit car elles n'étaient pas connues auparavant par la maternité, ou refusant toute rencontre « psy » en anténatal. Par la suite, 20% des enfants de femmes rencontrées par la pédopsychiatre sur ces six mois, sont accueillis en famille d'accueil ou pouponnière. De plus, pour un tiers des femmes rencontrées par la pédopsychiatre, une Information Potentiellement Préoccupante, avait été réalisée en prénatal par les services de PMI. La pédopsychiatre se situe dans une position de prévention, mais aussi de protection de l'enfant à venir.

3.3. Un reflet du travail de l'interne

41 femmes ont été retenues pour la population d'étude de l'interne, sur les 50 rencontrées au total. Ayant rencontré des femmes de 15 à 46 ans, nous avons principalement été sollicitée par les soignants de la maternité. La première rencontre a souvent eu lieu dans la chambre de la patiente, et lorsqu'elle aboutit sur un suivi, un relais par quelqu'un de l'équipe à notre départ de stage a lieu dans 25% des cas. Nous essaierons de situer l'intervention de l'interne, au cours de ces six mois, grâce à l'illustration des situations cliniques.

L'interne, au cours de son activité, peut aussi être interpellée, comme la pédopsychiatre de l'équipe, dans des situations où l'accouchement sous X est envisagé.

Vignette INTERNE X E.: Un regard différemment porté sur cette grossesse

La toute première rencontre de Mme X E. eu lieu hors du contexte de la maternité, mais mérite d'être rapportée, car permet de mieux saisir l'évolution de la patiente, et l'impact psychique qu'a eu de prime abord cette grossesse sur elle.

Un soir de garde au centre hospitalier Henri Laborit (CHHL), Mme X E. arrive pour être hospitalisée, après un passage aux urgences gynécologiques où elle a rencontré le psychiatre d'astreinte qui l'a orientée vers cette hospitalisation. Mme E était allée aux urgences sur les conseils de son médecin traitant, devant les difficultés à accepter l'idée de cette grossesse découverte il y avait une semaine, à 24 semaines d'aménorrhée. Lors de son passage aux urgences, elle demandait expressément à ce que cette grossesse soit interrompue, ou signifiant que sinon, elle passerait à l'acte sur elle-même et l'enfant.

A son arrivée au CHHL, Mme E énonçait toujours sa détermination à demander à ce que cette grossesse soit interrompue (il lui avait été énoncé aux urgences que son dossier serait étudié pour une éventuelle Interruption Médicale de Grossesse (IMG) pour cause psychique), mais elle n'était plus dans des propos et un comportement avec mise en danger d'elle-même et du bébé. Lors de son passage aux urgences, il avait été convenu qu'elle serait vue une semaine plus tard par l'équipe de liaison, dans le cadre d'une prise en charge en hôpital de jour, afin, que le pédopsychiatre donne son avis sur une décision d'IMG.

Une semaine plus tard donc, nous revoyons Mme X E., mais dans le cadre de l'activité de liaison. Au staff de gynécologie obstétrique qui avait eu lieu entre temps, quant à la décision d'IMG, celle-ci n'avait pas été retenue. Mme X E. en avait été informée. Lorsque nous la rencontrons, Mme X E. se dit « déçue » que l'IMG ne soit pas réalisable, mais on ne retrouve pas d'agitation, de velléités de passages à l'acte vis-à-vis de cette grossesse, ni d'effondrement thymique comme huit jours auparavant.

Rapidement, Mme X E. s'oriente vers une décision d'accouchement sous X, position qu'elle maintient jusqu'au terme de l'accouchement. Ayant fini notre stage, nous n'avons pas été présente au moment de l'accouchement. Ce sera le nouvel interne qui la rencontrera à ce moment.

Mère de deux enfants, Mme X E. s'était séparée du père de l'enfant qu'elle attendait, avant de savoir qu'elle était enceinte. Elle rapporte des violences conjugales de la part de cet homme, et ne plus avoir de contact avec lui.

Elle habite au moment où nous la rencontrons, chez ses parents, avec ses deux enfants. Adoptée par ce couple à l'âge de 2 mois, elle entretient de bonnes relations avec eux, expliquant qu'ils se sont toujours montrés présents qu'elles que furent ses décisions. Elle-même sait que la femme qui l'attendait à accouché d'elle sous X.

Son parcours gynéco obstétrical comprend outre les deux grossesses pour ses enfants, six grossesses ayant abouti à des IVG. Elle décrit une période avec un parcours de vie « chaotique », tant sur le plan sentimental, professionnel, que par des consommations de drogues, notamment la cocaïne.

Au cours des entretiens par la suite, elle réaffirme sa décision quant à l'accouchement sous X. Elle décrira une grossesse inattendue, non désirée, avec un homme qu'elle souhaite oublier. Elle n'énoncera pas de questionnements, ni de propos d'identification à sa mère biologique. Elle n'évoquera pas non plus de préoccupations particulières quant à l'avenir de cet enfant. Elle était disposée à un moment à lui rédiger une lettre qu'il pourrait consulter plus tard, puis s'est rétractée. Elle pointe aussi les efforts qu'elle fait vis-à-vis de cette grossesse, de cet enfant, pour lui apporter toutes les chances d'être en bonne santé. Notamment expliquant « manger sainement », « ne pas fumer », « ne pas prendre d'alcool ». Pour Mme X E., il s'agit de cette bienveillance là qu'elle porte à cet enfant.

Elle ne souhaite pas regarder les échographies, et demande à ce qu'un champ soit posé au moment de l'accouchement pour ne pas le voir du tout.

Vers la fin de la grossesse, son discours est principalement tourné vers elle-même, son avenir, sa déception de ne plus être avec le père de son dernier enfant, personne avec qui elle est encore en relation. Ce seront les moments où nous observerons une manifestation émotionnelle assez vive. A aucun moment, Mme X E. n'émettra de parallèle entre sa démarche d'accouchement sous X, comme l'avait fait la femme qui l'avait mise au monde.

A l'accouchement, elle a maintenu sa décision d'accouchement sous X, et l'enfant a été accueilli à la pouponnière.

L'intérêt de cette vignette, est de rapporter que cette prise en charge, nous a permis d'expérimenter qu'un accouchement sous X n'empêche pas le portage psychique, et qu'il y a un réel intérêt d'un accompagnement de la mère, pour, à notre sens, l'aider à cheminer, non pour qu'elle change d'avis, mais pour que cette représentation de la grossesse puisse être envisagée sans la mettre trop à mal.

Nous qui veillons par l'action préventive de la liaison, à la mise en mot de l'histoire de chaque enfant quel que soit le type d'accouchement, nous nous interrogeons sur la notion de continuité pour ces enfants et savoir si cela pourrait avoir un intérêt que leur histoire à la naissance, leur soit racontée par un soignant qui a eu connaissance de leur parcours. Il est prévu ici à la maternité du CHU qu'un album photo soit réalisé pour être remis plus tard à l'enfant, avec des photos prises tant à la maternité, que dans la structure qui l'accueille ensuite.

Vignette INTERNE X S. : Un unique rendez vous, et un relais au long terme

Mme X, rencontrée une seule fois, en toute fin de stage, a elle même amené ces questions là : « Ce que je voudrais surtout, c'est surtout un suivi après l'accouchement ». Pour Mme X, pendant la grossesse, ce n'était pas le plus « nécessaire ».

Elle même mère de deux enfants, majeurs, elle décrit une grossesse totalement inattendue. Avant même de se savoir enceinte, elle et le père de l'enfant s'étaient séparés. Il n'était pas dans l'intention de Mme X de le prévenir de cette grossesse, de crainte qu'il ne l'oblige à garder ensuite l'enfant. Ayant découvert cette grossesse à 14 semaines d'aménorrhée, Mme X avait envisagé avoir recours à l'IVG en Espagne, avait pris rendez vous, mais ne s'y est pas rendue, le rattachant à un manque d'argent.

Lorsque nous la rencontrons, elle est à 25 semaines d'aménorrhée. Elle se montre particulièrement soucieuse de cet enfant, a besoin de regarder les échographies, savoir s'il va bien. Elle se montre aussi très soucieuse de savoir si l'enfant est ensuite confié à de « bonnes personnes », elle se montre ainsi préoccupée de son bien être actuel et futur. Elle porte cet enfant psychologiquement, mais en étant principalement tournée vers l'avenir, la suite, le postnatal.

Son entourage familial est au courant de sa grossesse, elle explique qu'ils l'ont soutenue, depuis le début, quel qu'ait été son cheminement. Ses enfants, aussi sont au courant. Il s'agit même de sa fille de 19 ans qui a pensé avant sa mère que celle-ci pouvait être enceinte, trouvant qu'elle avait « pris un peu de ventre ». Vis-à-vis de sa fille, Mme X la décrit fragilisée actuellement suite à une rupture sentimentale, et craint l'arrivée d'un autre enfant, qu'elle pourrait voir comme un rival. Son fils, de 20 ans, s'est montré content de cette grossesse et d'envisager d'agrandir la fratrie. Elle même se disait certaine de sa démarche d'accouchement sous X, lorsque nous l'avons rencontrée.

Un relais de prise en charge lui a été proposé, et accepté, qui a pu se mettre en place par la PH de l'équipe jusqu'à l'accouchement. Au cours de ce suivi, Mme X S. expliquera que le fait d'envisager de s'occuper seule de son enfant lui est très compliqué, ayant été confrontée à cette situation avec ses deux enfants aînés. A la naissance, elle a préféré ne pas voir l'enfant, car craignant sinon de changer d'avis. La PH a rencontré l'enfant afin de lui raconter son histoire. Il a par la suite été confié, à la demande de la mère, à une association sur Paris.

Mme X E. et Mme X S., l'une comme l'autre, étant dans une démarche d'accouchement sous X, ont une certaine bienveillance pour cet enfant. Toutes deux, en découvrant tardivement leur grossesse, ont d'abord été dans ce souhait de l'interrompre. Au fil des jours, elles sont dans une attitude protectrice pour cet enfant. Parallèlement, elles ont exclu les pères de leur vie. Bien que n'ayant pas le même parcours, elles ont toutes les deux une famille les soutenant. Elles ont toutes les deux refusé de voir l'enfant à la naissance, moment vécu douloureusement pour Mme X S.

Dans ces situations d'accouchement sous X, les femmes peuvent plus ou moins se saisir d'une rencontre voire un suivi proposé sur le plan « psy ». Telles Mmes X E. et X S. qui s'en sont saisies, mais sur ces six mois de stage, il est arrivé à plusieurs reprises qu'une femme

accouchant sous X, non connue auparavant de l'équipe de liaison, refuse de rencontrer un « psy » avant sa sortie de la maternité.

Parfois aussi, il peut y avoir la rencontre d'une patiente, mais sans suivi par la suite. Sur notre population, 15 femmes, soit plus d'un tiers des femmes rencontrées, ne l'a été qu'une seule fois. Un certain nombre de femmes rencontrées aussi, sont perdues de vue. Nous avons considéré que nous nommions « perdues de vue » les femmes qui ne sont pas venues au dernier rendez vous proposé, et n'en ont pas demandé de nouveau. Pour les femmes de notre population, cela en représente 22%, et dont nous allons voir quelques exemples en suivant.

Vignette INTERNE D. : Perdue de vue : Accouchement et départ, ni vus ni connus...ou presque

Lundi matin, un appel au secrétariat du CMPEA : une sage femme de gynécologie demande à ce qu'une patiente ayant accouché la veille, soit rencontrée par l'équipe de liaison, car ayant découvert à l'accouchement qu'elle était enceinte.

Nous faisons la connaissance de Mme D. quelques heures après. Nous la rencontrons seule, puis elle est, en fin de rendez vous, rejointe par son mari. L'enfant, lui est hospitalisé en néonatalogie, étant né à un terme estimé équivalent à 32 semaines d'aménorrhée. Mme D., vêtue de manière assez masculine, nous explique le sourire aux lèvres, avoir accouché la veille, à son domicile d'un petit garçon, et n'avoir pas eu connaissance de cette grossesse, avant le début des contractions. Environ 30 minutes avant l'expulsion, elle a alors pensé qu'il s'agissait peut être de contractions pour un accouchement. Elle a contacté son médecin traitant, qui a pu être présente au domicile de la patiente au moment de l'expulsion. Elle se dit peu étonnée de cette situation, étant donné qu'elle a vécu une situation similaire 7 ans auparavant, pour son premier enfant.

Mme D. a en effet déjà eu deux fils, l'un de 7, l'autre de 4 ans. Pour l'ainé, elle s'est rendue compte au moment de l'accouchement, plus exactement en voyant la tête de l'enfant poindre, qu'elle avait été enceinte. Pour le second, elle n'énonce pas de découverte tardive de grossesse. Elle garde pour cette seconde grossesse un fort mauvais souvenir du suivi et de l'accouchement.

Concernant le couple parental, il s'agit du même couple pour les trois enfants. Pour l'ainé, les parents étaient séparés au moment de l'accouchement, et le couple s'est reformé à la naissance de cet enfant. Depuis, leur couple est resté stable.

Dans le discours de l'un comme de l'autre, l'arrivée de ce troisième enfant ne leur amène pas d'interrogations particulières. A la première rencontre, le lendemain de l'accouchement, la mère rapporte, avec une certaine excitation psychique, vis-à-vis de la naissance de cet enfant, principalement la réaction des personnes de leur entourage, lorsqu'elle et son conjoint les ont contactées pour leur annoncer la naissance de cet enfant. Outre l'effet de surprise lié à cette naissance inattendue, le fait que cette naissance ait eu lieu un premier avril, semble être dans le discours de cette mère, une source d'excitation, voire de jubilation. L'enfant en lui même passe au second plan de ses propos. Celui-ci est hospitalisé en réanimation néonatale, et Mme D. se dira par rapport à lui « rassurée » de savoir que son état physique est plutôt bon. L'annonce aux frères aînés ne laisse pas place non plus aux interrogations. « De toute façon les enfants, à leur âge, ça ne comprend pas comment ça se passe ». L'histoire de l'ainé, l'accouchement, la découverte de son existence à ce moment là, ne lui a d'ailleurs pas été

énoncée.

Nous revoyons le couple deux jours plus tard, après avoir échangé en équipe sur cette situation entre temps. A cette deuxième rencontre, la mère est moins dans cette excitation du premier jour, et laisse un bref instant la place à un début d'interrogation sur cette naissance. Nous lui proposons de la revoir, lorsqu'elle reviendra voir son fils en néonatalogie, ce qu'elle accepte. Mais après sa sortie d'hospitalisation, nous ne la reverrons pas. Nous savons qu'ils ont rencontré une fois la psychologue de néonatalogie, mais sans mise en place d'un accompagnement. Nous nous interrogeons sur les répercussions dans l'établissement des liens, que peut avoir cette absence d'attente de l'enfant, de représentations de l'enfant, de prédisposition psychique à son accueil. Mais aussi d'un point de vue pratique, institutionnel, comment accompagner les parents dans ses interactions, quand il n'y a pas de demandes, pas de difficultés énoncées, pas de remise en question, ni de place laissée au doute, ou à un espace psychique quel qu'il soit dans le discours.

Par la suite, étant d'un autre département, nous n'avons pas eu d'informations sur le développement de l'enfant, et la qualité de la relation parent – enfant dans les mois suivants.

Nous nous sommes interrogée aussi sur l'intérêt de recontacter les patientes « perdues de vue », ou si cela est inutile voire inopportun. En effet, ces femmes viennent initialement pour un suivi somatique, obstétrical, et non « psy ». Nous avons même initialement été étonnée que les femmes acceptent avec cette facilité une rencontre, probablement liée à la disposition particulière de transparence psychique de la grossesse, mais aussi probablement, avec une part liée à ce côté contenant de l'hospitalisation favorisant une certaine régression, et aussi par l'attention et la bienveillance que les équipes portent à la patiente. En effet, il a pu arriver, mais nous n'avons pas de données chiffrées, que les patientes hospitalisées, initialement refusent une rencontre, et l'acceptent un ou deux jours plus tard, les équipes leur en ayant reparlé entre temps. De plus, la plupart des patientes « perdues de vue » le sont une fois retournées à leur domicile.

Parfois il peut y avoir aussi un suivi plus ou moins discontinu, comme l'illustrent les deux cas suivants.

Vignette INTERNE R. : Vomissements gravidiques : un motif fréquent de consultations

Il nous a été demandé de rencontrer Mme R. lors de son hospitalisation pour des vomissements gravidiques.

Elle accepte l'entretien, sans grande conviction. Lors de ce temps, elle abordera la démarche effectuée pour cette grossesse, secondaire à une FIV. Elle ne pensait pas que « ça marcherait du premier coup », et dit, à 5 semaines d'aménorrhée, ne pas encore réaliser qu'elle est enceinte, la première fois où nous la rencontrons. Elle explique aussi être extrêmement gênée d'être hospitalisée, et de laisser à ses collègues toute la charge de travail,

précisant qu'elle n'a pas l'habitude de « se laisser aller ». Les vomissements qui ont entraîné son hospitalisation, persistent encore lors de ce premier rendez vous. Elle décrit de bonnes relations avec son entourage familial, et avec son conjoint, une grossesse désirée, pas de difficultés particulières au cours de son parcours. Ce qui est donné à voir, à entendre, par la patiente, ne met pas en avant de conflits psychiques conscients, d'ambivalence énoncée quant à cette grossesse.

Nous proposons de la revoir au cours de son séjour d'hospitalisation, ce qu'elle accepte, et convenons de la date de la prochaine rencontre.

Lorsque nous revenons le jour convenu, Mme R. est décrite par les équipes, très active, marchant beaucoup, n'ayant plus de vomissements, et demandant sa sortie. Allant la rencontrer, celle-ci est au téléphone. Proposant de revenir la voir plus tard, elle nous signifie que ce n'est pas nécessaire, de même, ne désire pas de rendez vous ambulatoire une fois sortie.

Cela nous a par la suite interrogée sur un manquement, une maladresse qui aurait pu venir de notre part, et qui aurait compromis son adhésion à un nouveau rendez vous. Cette question est restée en suspens pour un temps.

Environ un mois plus tard, dans cette même unité d'hospitalisation, nous sommes interpellée pour une patiente, hospitalisée pour des vomissements gravidiques. Il nous est dit que lorsque l'équipe a parlé à cette patiente de l'équipe de liaison, elle leur dit avoir déjà rencontré quelqu'un la fois précédente, et vouloir la revoir. Le nom de famille ne nous disait rien.

Une fois dans la chambre, nous retrouvons Mme R., qui cette fois laisse plus de place dans son discours à des interrogations vis-à-vis de ces vomissements, et une difficulté à accepter les changements physiques qu'elle observe. En effet, elle revient sur un antécédent de surpoids ayant marqué une grande partie de son adolescence, avec moqueries associées venant de ses camarades d'école. L'année de ses 17 ans, d'elle même et « sans l'aide de personne », elle dit avoir perdu plusieurs dizaines de kilos en quelques mois, en s'astreignant à un régime particulièrement restrictif. Cette perte du sentiment de maîtrise, de contrôle sur son apparence, lui est difficile avec la grossesse. Elle n'établit pas de lien avec les vomissements actuels, et rapidement après avoir énoncé cet antécédent, se ressaisit, et reparle de sa vie professionnelle, sa vie active, qu'elle souhaite reprendre rapidement.

Lorsque nous aurions dû la revoir quelques jours plus tard, elle était sortie de l'hôpital, et n'avait pas demandé les coordonnées du secrétariat pour une nouvelle prise de rendez vous.

Par la suite, nous ne l'avons pas revue. Nous avons su, par l'équipe de PMI, qu'elle avait accouché d'une petite fille, à Tours (d'où elle était originaire), pour laquelle il avait été retrouvé une malformation cardiaque lors des échographies, mais n'ayant pas nécessité d'opération à la naissance. La puéricultrice de secteur l'ayant contactée par téléphone, Mme R. lui a signifié qu'elle n'avait pas besoin de suivi par la PMI, l'enfant étant suivie par un pédiatre libéral.

Etre dans des données pragmatiques, concrètes, semble pour la patiente, moins inquiétant, que lorsqu'elle aborde des éléments de la vie psychique, associés peut être chez elle à quelque chose de l'ordre de la faiblesse. Un passage de l'inconscient au préconscient, voir au conscient et à la mise en liens avec la symptomatologie actuelle la met en difficulté.

Cette situation montre l'ambivalence, les allers retours de ces futures mamans dans leur disponibilité à aborder la vie psychique liée à cette grossesse.

Elle montre aussi que le temps de stage sur six mois, ne correspond pas toujours aux temps physiques et psychiques de la grossesse.

Pour autant, d'autres patientes, elles, se saisissent quasi immédiatement de la possibilité de suivi qui est proposée, et peuvent poursuivre cet accompagnement sur plusieurs mois, comme l'illustrent les deux vignettes suivantes.

Vignette INTERNE M. : Un appel à l'aide latent

Rencontrée au départ pour le motif des vomissements gravidiques pour lesquels elle est hospitalisée, Mme M. se montre demandeuse d'un suivi psychique au cours de sa grossesse.

Elle bénéficiait déjà d'un suivi par un psychiatre en libéral depuis deux ans, dans le cadre d'une psychanalyse, mais souhaitait un suivi différencié, et spécifique vis-à-vis de sa grossesse. Cela nous avait tout d'abord interrogée sur le bien fondé d'un double suivi. En en discutant en équipe, et en se basant aussi sur la constatation rapportée par certains auteurs comme Bydlowski, et Missonnier, que lorsqu'un suivi en thérapie, particulièrement en analyse, est déjà en place avant la grossesse, il est constaté bien souvent, qu'un silence entoure cette grossesse au cours de l'analyse. Il semble que l'appel latent que l'on retrouve au cours de la grossesse, se tournerait préférentiellement vers un thérapeute extérieur au cadre de l'analyse. [1]

Ainsi, à notre sens, le suivi de l'équipe de liaison peut prendre place. Même si spontanément nous pouvons être repérés comme dévolus à ce temps de la grossesse, aux questions s'y rapportant, et à une place psychique dans le discours fait sur l'enfant à venir, cela nécessite aussi d'établir un cadre de soins qui précise la perspective de cette prise en charge : à savoir, permettre d'accompagner les processus psychiques d'accès à la parentalité, et à la mise en place des premiers liens.

En l'occurrence Mme M. se saisit rapidement du suivi pour aborder tout particulièrement une imago maternelle en la qualité de sa mère très négative, une difficulté à s'y identifier, à en imaginer une ressemblance, notamment se projetant dès le début de la grossesse, dans la perspective des premiers liens avec son enfant. De plus, la représentation qu'elle a de l'accouchement à venir, est très empreint de ce qui lui a été raconté par sa propre mère lorsqu'elle a accouché d'elle, avec une représentation effrayante associée à ce moment (notion d'utérus « expulsé »). Les relations avec sa mère sont décrites comme distantes, et avec une conflictualité latente. Elle ne décrit pas de trêve transitoire, ni d'apaisement des conflits, pendant la grossesse. Sa vie onirique est marquée au début par des rêves où elle voit un enfant déformé, coupé. Son père, moins évoqué, n'est pas associé à une stabilité et une fiabilité dans ses relations. Elle présente son conjoint et futur père de l'enfant, comme « insuffisant », dans sa capacité de compréhension pour les troubles qu'elle présente aux premiers temps de la grossesse. La représentation narcissique qu'elle a d'elle-même, est aussi marquée par l'association qu'elle fait entre les changements corporels liés à la grossesse, la prise de poids, les formes associées, et des antécédents de troubles du comportement alimentaires (après une période de type boulimie, puis de restrictions alimentaires), avec jusqu'à la grossesse, une maîtrise liée à son image corporelle, étant source de satisfaction. Ces changements physiques lors de la grossesse, qu'elle ne maîtrise pas, semblent être associés pour elle, à un sentiment d'échec.

Au cours du suivi, seront donc abordés avec elle, les conflits intra psychiques, qui envahissent ses pensées, et laissent au début, peu de place à l'investissement du bébé, et peu accès à ses représentations le concernant.

Par la suite, à la fin de notre stage, un relais à été pris par le psychologue de l'équipe, qui l'a accompagnée jusqu'à son accouchement. Celui-ci a été vécu sans toutes les représentations effrayantes qui lui étaient associées au début.

Lors de cette prise en charge, avec l'accord de Mme M., nous avons contacté son psychiatre libéral, afin de convenir avec lui aussi du cadre de notre intervention, notamment en ce qui concernait la thérapeutique. De plus, ayant évoqué cette situation au tout début de la prise en charge, à la psychologue de l'équipe, pensant que cet accompagnement n'était pas de notre compétence, elle nous a encouragée à pouvoir effectuer ce suivi le temps du stage, en se montrant elle-même disponible pour échanger sur la situation. Cela nous a ainsi permis d'appréhender certains processus psychiques retrouvés au cours de la grossesse comme les difficultés d'identification maternelle, et leur évolution au fil du suivi.

Mme M. illustre le réel bénéfique pour la patiente et pour l'enfant, que la première prise de contact ait lieu en anténatal, et cela le plus tôt possible. Ainsi, il y a vraiment la possibilité d'une évolution des conflits psychiques qui pouvaient initialement envahir la maman. Cela tout particulièrement quand il y a cette appétence à la mise au travail psychique.

Nous voyons aussi le bénéfique à ce que les équipes soignantes orientent vers l'équipe de liaison, et à ce qu'elles soient attentives aussi à la composante psychique de la grossesse.

Mme M. illustre aussi le fait que même s'il peut y avoir une demande d'accompagnement « psy » latente, elle n'est que très rarement exprimée par la patiente elle-même. Sur la population étudiée, toute population confondue (psychologue, PH, interne), une demande spontanée de la patiente correspond à 2% des demandes.

De plus, la possibilité de travail en parallèle avec un suivi extérieur en analyse, est un intéressant exercice nécessitant de repenser régulièrement au cadre et à la perspective du suivi à la maternité.

Vignette INTERNE F. : Prise en charge tout au long de la grossesse, et travail conjoint

Patiente de 31 ans, Mme F. fut rencontrée initialement sur une demande urgente, ponctuelle de la sage femme de l'hôpital de jour, et ayant abouti sur un suivi de plusieurs mois, initié d'abord par l'interne de l'équipe, puis rapidement, avec un suivi conjoint avec la psychologue, et enfin un relais avec la PH à mon départ du stage.

La sage femme de l'hôpital de jour, qui rencontrait pour la première fois Madame F., au terme de 5 semaines d'aménorrhée, avait contacté le secrétariat du CMPEA pour demander à ce que Mme F. soit rencontrée le jour même, avant de repartir. La patiente lui indiquait des troubles du sommeil, une labilité émotionnelle marquée avec pleurs abondants, un état d'agitation à minima, un réel mal être, et des angoisses importantes. Elle souhaitait qu'on lui supprime ces symptômes, disant qu'elle envisageait même une hospitalisation en psychiatrie, pour faire taire son mal être actuel, mais qu'elle ne pouvait rentrer ainsi à son domicile.

Le jour même, nous rencontrons donc Mme F. dans un bureau de consultation mis à notre

disposition à proximité de l'hôpital de jour. Son conjoint, qui l'accompagnait pour la visite obstétricale, a été rencontré avec son épouse, à leur demande à tous les deux. Complétant l'un l'autre leurs propos respectifs, ils abordèrent à cette consultation la symptomatologie actuelle, ainsi qu'une place importante donnée dans leurs propos, aux précédentes grossesses, notamment la première, ainsi qu'aux relations familiales complexes de Mme F. avec son entourage.

Il s'agissait d'une quatrième grossesse pour Mme F. Avec un antécédent de mort fœtale in utero à 8 mois et demi de grossesse pour la première sans étiologie retrouvée, puis une deuxième et troisième grossesse avec un important suivi médical, ayant ainsi donné naissance à un garçon, puis une petite fille. Ses enfants, en bonne santé, avaient 7 et 4 ans lors du début de la prise en charge.

Outre les éléments évoqués par la patiente à la sage femme, nous retrouvons aussi des sueurs profuses, des vertiges, des troubles visuels, et dans l'anamnèse, un traitement par antidépresseur ISRS instauré depuis deux mois par son médecin traitant, et arrêté brutalement sur les conseils de ce dernier sept jours avant cette rencontre, informé par la patiente de sa grossesse débutante. Il n'y avait plus aucune prise de psychotrope.

Devant cette symptomatologie de syndrome de sevrage sérotoninergique, nous avons réinstauré un traitement antidépresseur ISRS, en suivant les recommandations du Centre Référent des Agents Tératogènes (CRAT), et proposé un nouveau rendez vous quelques jours plus tard pour réévaluation.

Par la suite, cette symptomatologie initiale s'est amendée, mais a laissé place dès le deuxième entretien, à cette transparence psychique décrite par Bydlowski, permettant ainsi l'accès à des conflits intrapsychiques en lien avec ses parents, sa mère tout particulièrement, et à une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne.

Rapidement, Mme F. se montre demandeuse d'un suivi sur le plan psychique pour le temps de cette grossesse, et signalant son désir de pouvoir notamment avancer dans les conflits par rapport à ses parents, qui, dit elle, sont plus présents à son esprit, lors de ces temps de grossesse. Assez rapidement aussi, Mme F. a signalé qu'elle souhaiterait pouvoir vivre une grossesse « normale », plaçant la normalité dans le fait de ne pas avoir de médication pendant sa grossesse. Il s'avérait que pour son suivi obstétrical, Mme F. était suivie à l'hôpital de jour du fait de ses antécédents gynéco-obstétricaux, et que pour cette grossesse, à la différence des deux précédentes, il ne lui était pas nécessaire de devoir prendre des traitements. Aussi, la seule médication qui « l'empêchait » d'accéder à une grossesse « normale », était ce traitement psychotrope.

Ce traitement nous paraissait réellement nécessaire pour la patiente, ce qu'elle pouvait entendre, mais étant le prescripteur, ses demandes et ses questions revenaient régulièrement sur cette prescription, et laissant alors peu de place pour accéder à un travail d'accompagnement à la parentalité. Le suivi conjoint a ainsi été proposé en ce sens, afin de laisser un espace différencié si nécessaire, disponible en tous les cas, à ces questions thérapeutiques d'un côté avec le prescripteur, pour faciliter un travail sur ses conflits et représentations d'autre part avec la psychologue.

La patiente a ainsi pu être suivie conjointement jusqu'à l'accouchement, puis s'est montrée demandeuse de coordonnées d'un CMP adulte pour elle-même, après sa sortie de maternité, sur son nouveau lieu de vie, un déménagement étant en cours pour le sud de la France.

Au cours de son suivi, un aménagement des représentations négatives liées à sa mère a pu être possible, et une préparation pour une meilleure disponibilité pour l'enfant à venir.

Par cette présentation, l'on peut voir l'avantage de débiter très précocement le suivi au cours de la grossesse, permettant l'accompagnement aux différentes étapes de sa grossesse, avec la nécessité d'un certain temps, pour arriver à un réaménagement psychique de ses conflits et représentations psychiques. Cette situation met aussi en avant que le temps psychique n'est pas identique au rythme d'évolution que l'on serait tenté de souhaiter parfois.

Un motif initial de consultation pour une demande ponctuelle, peut aussi aboutir à une prise en charge riche et longue. Et nous remarquons l'intérêt aussi à une prise en compte et une réponse parfois rapide à la demande.

L'on voit aussi ici, l'intérêt du travail en équipe pluridisciplinaire, l'intérêt d'une entente et d'un respect du travail de chaque partenaire, l'intérêt aussi de pouvoir échanger sur cette situation, afin de ne pas soi-même être saisi par la violence parfois qui pouvait resurgir, sous tendue par des « angoisses primitives » telles que Winnicott l'abordait, et la reviviscence de conflits anciens, leurs projections sur les soignants, ou des membres de son entourage.

Cette vignette illustre l'importance d'un soignant référent, qui l'a accompagnée tout au long de la grossesse, à savoir la psychologue qui a recueilli les projections parfois violentes de Mme F. en première ligne.

Mais ici, nous voulons souligner aussi l'importance qu'a eue son conjoint pour amorcer ce temps de suivi, et favoriser l'observance au traitement. En effet, dans notre population, il nous est arrivé de rencontrer les conjoints dans moins d'un tiers des cas. Et il nous est encore plus rarement arrivé de les rencontrer plusieurs fois. Ici en l'occurrence, il s'est montré, particulièrement au début de la prise en charge, très soutenant pour son épouse.

Dans la vignette suivante, le conjoint a été présent à chaque rencontre :

Vignette INTERNE J. : Des plaintes somatiques au premier plan pour Madame M.

Nous avons ici rencontré Mme M. en suites de couches, 5 jours après son accouchement de jumeaux par césarienne. La demande de l'équipe avait été de la rencontrer car le fait que Mme M. ne se lève que très peu à J+5 l'interpellait. Notamment le fait que l'accouchement, par césarienne, n'avait pas comporté de complications, et que « normalement » Mme M. aurait dû se lever, s'occuper de l'enfant qui était auprès d'elle dans la chambre, et rendre visite à l'autre jumeau, hospitalisé en néonatalogie, ce qui était peu le cas, et s'y déplaçant en fauteuil roulant. De même, Mme M. « normalement » n'aurait pas dû énoncer des plaintes somatiques, ou chuter les quelques fois où elle se mettait debout, puisqu'aucune raison somatique n'avait été retrouvée. La demande, énoncée par la sage femme de l'unité, fut reprise par d'autres soignants de l'unité (auxiliaires de puériculture, interne en gynécologie). Nous nous rendions compte, avant de rencontrer Mme M., que son attitude semblait provoquer des réactions vives de la part des soignants, qui signifiaient leur incompréhension face aux plaintes et aux symptômes de Mme M, et leurs questionnements quant à la relation qui s'établissait entre elle et ses enfants. Dans la demande des soignants, il y avait aussi cette

hypothèse d'une origine psychique aux plaintes de Mme M., et leur désir que la situation se « normalise ». Ce désir de « normalisation » semblait avoir aussi guidé certains de leurs propos ou actes, pour l'inciter tout particulièrement à se lever, mais essais qui avaient été mis en échec par le refus ou les chutes de la patiente.

Juste avant de rencontrer Mme M., je ne savais pas si une demande émanerait de la patiente, et si je devais tenter de répondre à la demande d' « efficacité » et de « normalisation » plus ou moins attendues par l'équipe soignante.

Les trois fois où nous avons rencontré Mme M., nous avons aussi rencontré son mari, ce qui semblait pour l'un et l'autre, allait de soi. Lors de ces rencontres, peu de place était laissée à la rêverie, la verbalisation d'affects concernant leurs enfants, surtout de la part de Mme. Les plaintes somatiques auraient spontanément pris tout l'espace, notamment en évoquant des symptômes similaires pendant la grossesse, et n'y associant que peu de conséquences négatives. Le père, lors des rencontres, s'occupait particulièrement de l'enfant qui était avec eux dans la chambre, la mère semblant « gérer » la situation, assise en tailleur, droite, sur le lit. Mme a pu énoncer cette ressemblance de symptômes avec sa propre mère après les accouchements. D'autre part, la question de la proximité et la complémentarité dans leur couple, est revenue plusieurs fois dans leur discours.

Au cours de ces trois entretiens, le couple a voulu donner cette image d'un couple très uni, complémentaire, et tentant au début d'établir un clivage avec l'équipe soignante, cherchant à me prendre à parti. Ils ne reviendront pas ni l'un ni l'autre, sur le contexte d'infection VIH de Mme, contractée alors qu'ils étaient en couple, et ayant entraîné une démarche de grossesse par FIV pour leurs jumeaux, après un suivi très étroit sur plusieurs années, par l'équipe d'assistance médicale à la procréation sur Bordeaux. Nous n'avons pas pu avoir accès à d'éventuelles craintes de mort pour eux-mêmes ou pour leurs enfants, ni à de la tension, ou des reproches latents ou patents au sein du couple.

Nous nous interrogeons ici sur la notion d' « efficacité », sur la réponse attendue par les soignants qui demandent. Parfois, la réponse se trouve en décalé par rapport à la demande, mais ne veut pas pour autant dire que la demande n'a pas été entendue.

Ici, le système de fonctionnement du couple, le fait de les voir toujours ensemble aussi peut être, a rendu plus difficile cet accès à une remise en question, à une levée de leur système défensif. A un moment, il y a eu cette possibilité pour Mme, de se projeter dans l'avenir avec ses jumeaux, et plus ou moins identification au plus « faible » des deux, elle s'y comparant.

Par la suite, transférée avec ses enfants, dans un hôpital plus proche de leur domicile, car étant hors département, et en l'absence de demande, il n'y a pas eu de relais avec une équipe de liaison de maternité, ou un CMP adulte.

Lorsque les patientes venaient d'un autre département (17% sur la population étudiée totale), des relais ont pu s'effectuer auprès d'équipes de liaison en maternité, ou de CMP adulte. Nous n'avons quasiment pas eu de contact avec des services de PMI d'autres départements.

Nous verrons par la vignette suivante, un exemple de situation dont la PMI avait mis en avant des éléments potentiellement inquiétants.

Vignette INTERNE T.: IPP et échanges informels

Mme T., de 15 ans, primipare, a été rencontrée deux jours après la naissance de son fils, et avec pour motif initial la minorité de la patiente.

Nous l'avons rencontrée lors de son séjour à la maternité, à deux reprises. Le père était aussi présent lors de ces rencontres, et nous avons brièvement rencontré la seconde fois la mère de Mme T.

Du côté de la patiente, il n'y a pas de refus de la rencontre, mais pas de demande particulière. De même pour le compagnon. Ils avaient été informés de la réalisation d'une information Potentiellement Préoccupante en prénatal (IPP) par la PMI, et le reliaient à une impulsion suicidaire qu'aurait eue Mme T. durant la grossesse, sans passage à l'acte, mais dont elle avait informé la sage femme de PMI qui la suivait, et qui a réalisé l'IPP ensuite. Ils ont surtout exprimé lors de ces entretiens, les antécédents traumatiques qu'avait vécus Mme T., leurs parcours respectifs, notamment pour le père, son accueil en structure durant son enfance, et la crainte qu'il pouvait avoir que son fils vive un accueil identique. Mme T. se montrait attentive à son enfant, M. pouvait l'être aussi, manifestant même une étonnante douceur dans ses gestes, contrastant avec ses propos portant une certaine violence, en évoquant un désir de vengeance qu'il pouvait avoir concernant la personne à l'origine des traumatismes de sa compagne. Les soins physiques en eux-mêmes, à prodiguer à l'enfant, pouvaient être complexes pour les parents, mais qui acceptaient et se montraient demandeurs d'aide auprès du personnel de la maternité.

Concernant l'IPP, l'équipe s'est montrée très soucieuse de noter le plus possible d'éléments dans le dossier, tel qu'il l'était demandé concernant l'IPP. Contrairement à d'autres situations avec IPP qu'il avait pu y avoir auparavant et qui semblaient susciter certaines craintes de la part des soignants, quant à l'impact que chacun de leurs écrits pouvaient avoir, ici il ne semblait pas y avoir des tensions parfois palpables, et qui nous emblaient être en lien avec ces contextes d'IPP. Ici, ce contexte d'IPP n'a pas semblé modifier les possibilités d'échange avec les équipes quant aux premières relations mère enfant.

La suite de cette IPPP a été un retour au domicile du couple parental, chez la mère de Mme T., et un suivi régulier par la PMI, qui les connaissait déjà. Un projet d'accueil en structure mère enfant avait été proposé, refusé par le couple, car le père ne pouvant y être présent. Lorsque nous avons rencontré ce couple, le dispositif d'accueil parents enfants qui existe actuellement sur le département, n'avait pas alors ouvert.

En tant qu'interne, j'ai peu été sollicitée pour une prise en charge de situations avec IPP (moins de 5% de notre activité), qui étaient préférentiellement adressées à la pédopsychiatre de l'équipe (représentant un tiers de son activité).

Avec cette situation clinique, ce qui nous avait paru intéressant aussi, avait été la réaction de l'équipe soignante devant cette situation, se montrant presque maternante pour cette jeune femme.

Deux des personnes de l'équipe soignante, ont d'ailleurs, a cette occasion, énoncé une partie de leur expérience personnelle, ce que nous trouvons important de relever ici. Alors que cela n'était en aucune façon demandé par nous, cela à notre sens, montre que des mouvements projectifs, d'identifications, existent vis-à-vis des patientes. L'une des personnes de l'équipe soignante en effet, rapporta l'expérience de sa propre maternité à l'âge de 15 ans, les remarques qu'elle avait alors entendues, et le risque qu'il y avait eu à un placement de son enfant à la naissance, du fait de son jeune âge. La situation de Mme T. la ramenait dans ses propres souvenirs, et elle se montrait particulièrement attentive à Mme T. Cette attention semblait d'ailleurs favoriser chez la jeune femme, sa capacité à demander l'aide de l'équipe.

De même, lors de cette même journée, nous avons eu un exemple de ce que peut susciter l'intervention de « psys » dans le service : sa collègue énonça un long suivi pédopsychiatrique pour l'un de ses enfants, en hôpital de jour, et pour lequel son souvenir était tout autant teinté de l'image d'un « mauvais » et d'un « bon » pédopsychiatre, qui s'étaient l'un après l'autre occupés de son enfant. Ces énoncés ne sont qu'une petite partie émergente des mouvements transférentiels qui existent. Ces paroles avaient peut être été possibles, car du fait d'en être, lorsque nous avons rencontré Mme T., vers la fin de notre stage, et peut être avec une certaine « habitude » des équipes à notre passage quotidien auprès d'elles.

A cette occasion, nous pouvons dire aussi à notre sens, l'intérêt qu'il y a à ces passages réguliers auprès des équipes, et pas uniquement dans des contextes d'urgence ou de rendez vous programmé. Cette présence régulière permet à notre sens, de pouvoir favoriser une relation de confiance entre soignants « psys » et « non psys », de mieux cerner quelles peuvent être les contraintes des autres professions, et mieux saisir quelles peuvent être les demandes sous jacentes. Nous pouvons aussi, en passant chaque jour dans les services d'hospitalisation, pouvoir suivre le rythme des patientes : parfois les équipes pressentent le bénéfice qu'il pourrait y avoir pour une patiente à rencontrer l'équipe « psy », mais elles ne l'ont pas évoqué à la patiente, ou celle-ci refuse dans un premier temps. Le fait de repasser dans les services les jours suivants, permettent de suivre l'évolution de cette demande. En tant qu'interne, les demandes nous ont été d'ailleurs en grande majorité faites par les soignants de la maternité (à plus de 90%), plutôt que par des partenaires extérieurs comme la PMI. Cela était sans doute lié à l'organisation de l'équipe au moment où nous y étions, mais qui peut être amené à évoluer. Les demandes, dans les unités d'hospitalisation, semblent être

adressées, plus à la personne « psy » qui est présente, plutôt qu'à une différenciation psychologue ou pédopsychiatre.

Pour exemple, la situation suivante :

Vignette INTERNE S. : Un contexte de stress aigu

Le jour même où Mme T. accouche de son troisième enfant, il survient un accident de la voie publique pour un cousin de 15 ans, de son mari, emmené en réanimation. Leur fils nouveau né, lui, présente un ictère néonatal sévère, rapidement après l'accouchement. D'autre part, Mme T, était dans l'attente d'un résultat d'exérèse d'un naevus, en ayant à l'esprit l'image d'une patiente rencontrée sur son lieu de travail, récemment accouchée, et dont la découverte trop tardive d'un mélanome avait entraîné le décès. Le jour où le résultat, rassurant, de l'exérèse arrive, Mme T. et son mari apprennent le décès du cousin de M. Nous avons été sollicitée après tous ces événements. Nous rencontrons Mme T., dont le mari arrive peu après. L'un comme l'autre présentent une réaction adaptée à ces stress aigus. Mme T. peut évoquer les angoisses de mort qui l'ont assaillie ces derniers jours, et qui se sont largement estompées depuis le résultat de l'exérèse. Ces angoisses étaient quasiment indicibles jusqu'à ce qu'elle soit rassurée par le résultat. Leur enfant est toujours sous photothérapie lorsque nous les rencontrons. Le couple, malgré les événements de ces jours derniers, a réussi à privilégier des temps avec lui, montre une capacité de verbalisation d'affects, d'adaptation à ces sources de stress.

Ici, nous avons rencontré Mme T., mais nous pouvons imaginer qu'une demande concernant la prise en charge d'une patiente en situation de stress aigu, d'accouchement compliqué, peut faire partie aussi des demandes adressées à la psychologue (8%), ou la PH de pédopsychiatrie (5%), dépendant plus de la personne qui est présente, plus qu'une spécificité de fonction. Pour nous, il s'agit de 13% des demandes.

Certaines situations, sont, du fait des antécédents psychiatriques de la patiente, plus spécifiquement adressées à la PH ou à l'interne en pédopsychiatrie. Dans la population que nous avons étudiée, les femmes aux antécédents psychiatriques à type de psychose ont été adressées à la PH, et celles aux antécédents de troubles bipolaires, à l'interne. Cependant, nous ne savons pas si cette attribution est due au hasard. Les trois situations de femmes aux antécédents de troubles bipolaires que nous avons rencontrées (soit 8% de notre population), montre comment s'agence le suivi en parallèle avec la psychiatrie adulte, et l'orientation de projet en unité mère enfant.

Nous allons pour cela aborder les situations de Mme B. et Mme D.

Vignette INTERNE B. : « Clignotants » et facteurs de risque pour l'établissement de la relation mère enfant à la naissance

Patiente de 29 ans suivie et traitée pour un trouble bipolaire depuis 2008, Mme B. est rencontrée en hôpital de jour à la demande de la psychiatrie adulte du CHHL, où elle est hospitalisée lors du premier rendez vous.

Adressée pour une demande de prise en charge obstétricale en hôpital de jour, et d'évaluation du traitement psychotrope, nous rencontrons Mme B. à 12 semaines d'aménorrhée. Elle ne présente pas lorsque nous la rencontrons de trouble de l'humeur décompensé, mais elle se présente peu expressive, tant dans ses propos que dans ses mimiques, sans exprimer vraiment d'affects associés à cette grossesse. Celle-ci a été inattendue, alors que la patiente prenait un traitement contraceptif oral, et alors qu'elle n'était en couple avec le père de cet enfant que depuis peu. Le couple s'était rencontré lors d'une hospitalisation commune sur le centre hospitalier Henri Laborit 4 mois avant cette grossesse. Mme B. y était de nouveau hospitalisée suite à une alcoolisation massive, vis-à-vis de laquelle elle n'apportait que peu d'élaboration. Rencontrée juste après la première échographie, elle n'a pas évoqué spontanément l'enfant qu'elle attendait, mais en réponse à des questions du consultant, s'est dit « soulagée » de savoir que l'enfant allait « bien ».

Par la suite, nous avons rencontré Mme B. lorsque celle-ci venait pour son suivi obstétrical, à l'hôpital de jour. En parallèle, elle continuait à être suivie par sa psychiatre adulte référente au CHHL, et la grossesse a aussi été marquée par une seconde hospitalisation au CHHL, suite à de nouvelles alcoolisations après son premier retour au domicile. Ces comportements avec prise de risque étaient associés lors des rendez vous, à l'expression de regrets, et au « soulagement » que son enfant n'ait « rien ». Mais justement, en plus de ces propos là, on retrouvait aussi ce « rien » quant aux propos autour de cet enfant. Elle ne semblait le rattacher que peu au présent, pas au passé, à l'inscription dans un désir d'enfant, et pas dans un futur, n'exprimant pas l'imaginer, la faire vivre psychiquement, lui donner cette place. Mme B. semblait au mieux, dans l'instant, et avec un faible investissement de cette grossesse. Nous n'avons pas suivi la patiente jusqu'au terme, mais fait un relais à la PH de l'équipe à notre départ. Il n'était pas retrouvé chez cette patiente, une « préoccupation maternelle primaire », constante, vis-à-vis de son enfant. Cette présentation nous a interrogé, quant à la psychopathologie sous jacente. En en discutant avec la psychiatre qui la suivait, a été abordé l'idée d'un trouble de la personnalité limite, ou d'une structure psychotique sous jacente, qui encourageait à veiller à un accompagnement, un étayage des premiers liens avec l'enfant. Aussi, nous avons présenté cette situation à l'unité mère bébé (UMB), en accord et conjointement avec la psychiatrie adulte.

Son entourage, conjoint et familial, se montrèrent très présents au cours de cette grossesse. Particulièrement après le second retour au domicile, ne laissant jamais la patiente seule au domicile, et veillant principalement à sa non consommation d'alcool.

Le compagnon de Mme B. est venu une fois en consultation avec la patiente. Il s'est montré réticent à l'évocation de l'UMB, mettant en avant le fait qu'il souhaitait être présent auprès de son enfant, mais acceptant de les rencontrer dès l'anténatal, afin de préparer éventuellement une prise en charge en continuité dans le post partum.

Mme B. et son compagnon ont effectivement rencontré l'équipe de l'UMB en consultation, mais une fois l'accouchement passé, n'ont pas accepté le temps d'hospitalisation proposé. Le suivi psychique de la patiente s'effectue depuis en ambulatoire par la psychiatrie adulte, le suivi de suite de couches, par la sage femme de PMI, et celui de son enfant, par la PMI de son secteur, avec intervention de la puéricultrice en visites à domicile. L'accouchement ayant eu

lieu en juillet, il n'a pu y avoir de visites pendant plusieurs semaines, du fait des vacances de la puéricultrice de PMI. A son retour, lors des dernières visites, l'enfant pleurait beaucoup, et Mme B. semblait en difficulté pour la calmer. Peu d'affects seraient encore exprimés par Mme B. vis-à-vis de sa fille.

Cette vignette illustre les clignotants, les facteurs de risque de difficultés à la mise en place des interactions précoces, ainsi que l'intérêt qu'il y aurait à une prise en charge en UMB, et comment dans notre travail, même s'il y a une entente et une cohérence du micro réseau, la patiente peut échapper aux soins par la suite. Nous voyons aussi la présence de facteurs de risque de décompensation psychiatrique au décours de la grossesse, avec le risque de décompensation psychiatrique associé à cette période. En l'occurrence, Mme B. continue son suivi ambulatoire en psychiatrie adulte.

Questionnée, la puéricultrice de PMI concernée pourra énoncer la difficulté ressentie pour orienter la patiente vers des soins psychiques : difficulté à aborder ce sujet peut être, mais aussi pour se repérer, savoir vers qui orienter. Elle était au courant que la patiente avait rencontré une équipe de « psy », mais sans vraiment savoir laquelle. Nous nous interrogeons sur l'intérêt de réunions PMI pour le post partum, comme cela a lieu avec les acteurs de l'anténatal de la PMI, ou de communication par téléphone, ainsi que sur l'intérêt à rencontrer, se présenter au moins une fois aux soignants du post natal de la PMI.

Madame B. nous montre aussi l'intérêt, quand il existe chez une patiente, une pathologie psychiatrique, à ce qu'elle soit suivie en psychiatrie adulte. Il nous semble que cela permet de dégager cet aspect, pour laisser plus de place dans le discours de la mère, et plus de disponibilité psychique au consultant aussi, à être tournés vers le bébé à venir. Lorsqu'un suivi en psychiatrie adulte était réalisé en parallèle, et nous dispensait de cette prescription, cela permettait plus aisément de pouvoir travailler au cours des consultations, sur les aménagements liés à cette grossesse, et à l'arrivée prochaine de l'enfant, ce qui était plus proche de notre position en tant qu'interne en pédopsychiatrie. Quand cela n'est pas le cas, cela nous a questionné sur le rôle du pédopsychiatre dans la prescription de psychotropes aux patientes, n'étant pas un exercice habituel dans une activité de consultation pédopsychiatrique. Nous avons parfois été amenée à l'introduction ou à l'adaptation d'un traitement, ayant à l'esprit la perspective des premières interactions à venir, et l'impact qu'une pathologie psychiatrique décompensée peut avoir à ce moment.

Vignette INTERNE D. : La patiente « modèle », enfance carencé, trouble bipolaire, imago maternelle défaillante, ne prédisent pas un échec de la parentalité.

Jeune femme de 28 ans, primipare, primigeste, Mme D. a été rencontrée du fait de son antécédent de trouble bipolaire. Suivie en psychiatrie adulte, en ambulatoire, depuis de nombreuses années, elle a réellement investi ce suivi. Cette grossesse s'est incluse dans un projet d'enfant énoncé à sa psychiatre référente, et ayant permis un ajustement thérapeutique avant la grossesse. Lorsque nous la rencontrons pour la première fois, lors de sa prise de contact en hôpital de jour, la patiente ne refuse pas l'entretien. La réserve qu'elle présente de prime abord s'estompe lorsque nous lui précisons que cette rencontre et la proposition de suivi lors de ses visites pour la grossesse, ne remplace en aucune manière la prise en charge avec sa psychiatre référente.

Sur le plan symptomatologique, elle présente une stabilité thymique, tout du long du suivi. La grossesse est investie, la capacité à exprimer ses préoccupations actuelles et pour l'avenir peuvent être exprimées. Les références à son passé sont plutôt partagées avec sa psychiatre référente, qui la connaît depuis longtemps, ce qui est plus aisé pour la patiente, lui évitant de revenir sur un parcours carencé, et notamment sur l'image d'une mère déficiente dans sa capacité à assurer la protection de Mme D. enfant, et ayant provoqué l'accueil de Mme D. enfant en institution puis en famille d'accueil. Mme D. montre lors des échanges, sa capacité à accepter d'être traversée par ces reviviscences pénibles, cette difficulté d'identification à sa propre mère. Elle a cette capacité à évoquer en choisissant son interlocuteur pour ne pas être mise trop en difficulté par le fait de revenir sur son passé face à une personne inconnue. Elle peut investir cette grossesse, dans l'énoncé de son enfant tel qu'elle l'imagine, dans le présent et le futur. Elle peut aussi exprimer ses réserves quant à son compagnon, ses affects, ses déceptions, parfois une difficulté à se protéger des déceptions venant de son comportement à lui (qui rentre tard, sort souvent chez des amis, part s'ils se disputent). Ce compagnon l'accompagnera lors du premier rendez vous, puis elle lui signifie ensuite son désir de venir seule aux consultations.

Le suivi en PMI par la sage femme est respecté.

Une synthèse avant l'accouchement sera organisée avec conviées la psychiatre de Mme D., l'équipe de l'UMB, moi-même, la sage femme de l'hôpital de jour, et la sage femme de PMI, la puéricultrice de son secteur, afin d'envisager sans précipitation la prise en charge en post partum.

Après l'accouchement, Mme D. sera hospitalisée à l'UMB, projet auquel elle adhère. A la fermeture de l'unité cet été, un relais a pu être pris par la PMI, avec visites à domicile de la puéricultrice, et en consultation médicale. A la réouverture de l'unité, Mme D. est retournée en hôpital de jour à l'UMB, où elle se saisit des aides qui lui sont proposées.

Il s'agit ici de la présentation d'une situation où existe une bonne articulation du réseau, et adhésion de la patiente. Les résultats sont positifs avec un travail certainement sur plusieurs années qui s'instaure pour arriver à mener à bien cette grossesse et les premiers liens.

D'autres situations rencontrées pour la première fois en post partum, nous ont questionnées sur la notion des relais vers la PMI.

Vignette INTERNE C. : Un début « trop » adapté. Intérêt d'un étayage en post partum

Mme C., 22 ans, et sa fille sont rencontrées en suites de couches, à la maternité, pour une évaluation de la relation mère enfant. Mme C. laisse peu de possibilités de rencontre avec le consultant. Elle cherche à montrer qu'elle est attentive, attentionnée, adaptée pour sa fille. Elle ne nous donne que peu accès à sa vie psychique.

Adoptée à l'âge de huit ans, elle met à distance ce parcours. Il n'est pas possible d'avoir accès à sa représentation d'imaginaire maternelle. Avec ses parents adoptifs, les situations sont conflictuelles surtout avec sa mère adoptive. Elle décrit une petite période d'accalmie lors de sa grossesse, entre sa mère adoptive et elle. Cela nous évoque l'accalmie des conflits décrite par Bydlowski, entre la femme enceinte et la personne figurant son imaginaire maternel.

Elle réalise correctement tous les soins physiques à apporter au bébé, mais l'absence dans son discours d'éléments autres que la notion des soins physiques, nous interroge sur sa capacité à entrer en interaction sur le plan affectif avec son enfant.

Mme C. refuse un suivi « psy » après son retour au domicile.

Après le retour au domicile, où elle vit en concubinage avec le papa, elle sera rencontrée par la PMI, avec un suivi par visites à domicile tous les 15 jours par la puéricultrice, en consultation médicale mensuelle. Elle s'inscrivait, au cours la grossesse, dans un suivi irrégulier par la sage femme de PMI. En post partum, pour venir aux consultations médicales, cela nécessite que la puéricultrice aille la chercher au domicile et l'accompagne. Mme C. n'honore pas sinon, ses rendez vous.

Les premiers contacts mère-enfant ont été complexes à établir, avec une hyperstimulation de sa fille, des gestes parfois un peu brusques. Vers deux mois et demi, il était complexe de capter le regard de sa fille. Le suivi du regard enfant-consultant, était possible, mais laborieusement. Il n'y avait pas d'échanges de regards entre mère et fille. Le père est très présent, et leur fille, selon les observations de l'équipe de PMI, était plus calme avec lui, et pouvant réagir aux stimuli. Mme C. n'a pas voulu revenir en consultation conjointe médecin-psychologue, ce qui avait été réalisé une fois. La situation était préoccupante devant ce trouble des interactions précoces mère-enfant, mais avec un développement psychomoteur de l'enfant normal, et de bonnes interactions établies avec le père.

A cinq mois, le développement psycho moteur de l'enfant est décrit comme normal. Les interactions mère-fille, sont possibles, avec des gestes plus appropriés. Nous avons par hasard revu cette maman et son enfant qui venaient en consultation pédiatrique, lors de notre stage en PMI.

Il existe des limites au travail d'observation de la relation mère enfant en maternité du fait du biais, lié à la fonction contenante de l'hôpital. De plus, l'observation n'est que ponctuelle par l'équipe de liaison, avec une durée limitée dans le temps.

Nous pouvons noter aussi que sur la population totale (psychologue, pédopsychiatre, interne), les deux tiers ont par la suite été rencontrés par la PMI du département, avec un premier contact dans la majorité des cas, avant la fin du premier mois post partum.

Par ces situations , nous avons tenté de refléter ce qui avait été le plus représentatif de notre activité d'interne de liaison en maternité, notamment par cette intervention au niveau des équipes soignantes des unités d'hospitalisation, avec une réflexion autour des demandes qui nous sont adressées, et des relais de prise en charge, et les questions auxquelles cela nous a amené.

En tant qu'interne, des premières demandes de rencontre pour des patientes, nous ont été presque exclusivement faites, par des soignants de la maternité, en l'occurrence, la plupart du temps, par des sage femmes des unités d'hospitalisation (de jour, ou hospitalisation complète). Nous n'avons vu que quelques patientes adressées par la PMI ou la psychiatrie adulte. Les demandes, en ce qui concerne l'interne, ne lui sont pas spécifiquement adressées. Cela correspond plus à la présence dans l'unité à ce moment là, et à la disponibilité pour les rencontrer. Je n'ai pas chiffré le nombre de situations qui ont pu m'être évoquées sur ces six mois, cependant, bien plus de situations ont été évoquées par les équipes, que le nombre au final de patientes rencontrées. Ce décalage peut notamment s'expliquer : par refus de la part des patientes, ou par amendement des symptômes. Le fait que sur notre population, un tiers de la population rencontrée n'a été vu qu'une seule fois nous a aussi interrogée : cela pourrait à notre sens, être expliqué en parti par le fait que certaines femmes mettent à distance, de manière défensive, l'aspect psychique de cette période, et ne sont pas demandeuses d'un suivi « psy », bien que nous en aurions vu un bénéfice certain pour elle et leur enfant. Parfois aussi, l'intervention ne nécessite que d'être ponctuelle. A deux reprises aussi, nous n'avons vu qu'une fois les patientes, car notre stage prenait fin. Cependant, elles ont engagé par la suite, telle Mme X S., un suivi de plusieurs mois, avec la pédopsychiatre pour l'une, le nouvel interne pour l'autre. Cela nous fait penser, que lorsqu'il y a une appétence à engager un suivi, un changement d'intervenant ne parait pas problématique.

4. DISCUSSION

L'étude de la population de femmes ayant un premier contact avec les différents intervenants de l'équipe de liaison sur un semestre, nous a permis de mettre en avant certaines spécificités mais aussi certains points communs de l'activité, selon l'intervenant rencontré.

Nous avons étudié cette population, par intervenant.

La psychologue rencontre préférentiellement des femmes de l'anténatal au postpartum, pour des symptomatologies anxieuses en lien dans la moitié des cas, avec des antécédents obstétricaux traumatiques. Repérée par les soignants de la maternité, la psychologue reçoit des demandes qui lui sont spécifiquement adressées. Toutes ces premières rencontres avec la population étudiée, étaient programmées, après une demande effectuée de vive voix par le soignant de première ligne, ou relayée par l'intermédiaire du secrétariat du CMPEA. Les suivis dans le travail de la psychologue, permettent un travail psychothérapeutique chez la femme enceinte, l'aidant à vivre avec plus de sérénité l'accouchement, et favorisent une meilleure disponibilité de la mère à l'établissement des premiers liens avec son enfant. Nous émettons l'hypothèse que dans l'activité de la psychologue, les réaménagements psychiques chez la femme enceinte, sont favorisées par différents éléments : tout d'abord par l'âge gestationnel moyen lors de la première rencontre, car la femme enceinte, adressée et reçue dans une moyenne de 7 jours après la demande, est pour la première fois rencontrée à un âge gestationnel moyen de 26 semaines d'aménorrhée, ce qui permet une prise en charge plus de deux mois avant l'accouchement. Le mode de travail de la psychologue, avec un suivi régulier, souvent hebdomadaire, pourrait aussi le favoriser, ainsi qu'une demande latente d'aide retrouvée chez la plupart de ses patientes.

Pour la pédopsychiatre et l'interne en pédopsychiatrie, des points communs sont retrouvés concernant les motifs principaux de demande de consultation. En effet, des motifs concernant la grossesse actuelle, tels que les vomissements gravidiques, les découvertes tardives de grossesse, les accouchements sous X, et accouchements complexes, mais aussi l'évaluation de la relation mère enfant, les troubles psychiatriques passés ou actuels, et des motifs autres, psychosociaux notamment, constituent la majorité des demandes pour ces deux intervenants. De plus, ces intervenants ont, sur la population étudiée, l'exclusivité des demandes concernant la grossesse actuelle, l'évaluation de la relation mère enfant, et les motifs psychosociaux qui pourraient avoir une incidence judiciaire. Un autre point commun d'action pour ces deux intervenants, concerne les demandes reçues de la part des sage femmes de l'hôpital de jour, et des unités d'hospitalisations complètes, tandis que la psychologue reçoit toutes les

demandes venant des sage femmes des consultations externes. Dans leur mode de suivi, il peut s'agir pour l'une et l'autre, d'interventions très ponctuelles, sur le temps d'une durée d'hospitalisation avec des rencontres de la femme 2 à 3 fois par semaine, comme d'un suivi programmé, plus long, mais à un rythme mensuel le plus souvent. Ces interventions très ponctuelles peuvent être dues au fait que la patiente nécessite un accompagnement sur un temps très limité, ou car elle met à distance l'abord des processus psychiques sous tendant cette période. Dans le suivi au plus long terme, lorsque la patiente présente une pathologie psychiatrique, selon que la patiente est suivie ou non en psychiatrie adulte, la place de la pédopsychiatre ou l'interne, change. En effet, le fait que la patiente soit suivie, en psychiatrie adulte, permet aux intervenants de l'équipe de liaison, de se centrer sur les processus psychiques de cette période périnatale. Autrement, ces intervenants prennent en charge la pathologie psychiatrique de la mère, mais c'est leur orientation pédopsychiatrique, spécifiquement tournée vers l'enfant à venir, qui sous tend cette prise en charge de la pathologie maternelle.

Bien que l'interne soit aussi interpellée pour ces motifs, les sollicitations en vue d'un éventuel placement de l'enfant à la naissance, représentent une part plus importante du travail de la pédopsychiatre. Par la suite, 20% des enfants de la population des femmes rencontrées par la pédopsychiatre, ont été accueillis en structure, dès le séjour à la maternité ou moins d'un mois après la sortie. Vis-à-vis des mères de ces enfants, trois d'entre elles avaient connu le placement d'un de leurs enfants aînés, et pour la quatrième, une condamnation judiciaire était retrouvée pour le père de l'enfant. De plus, pour les quatre, des éléments d'inquiétude avaient été signalés par les autres partenaires qui les suivaient. Les femmes en question avaient été spécifiquement adressées à la pédopsychiatre, ce qui peut expliquer que pour l'interne, bien que des motifs de consultation soient globalement identiques, les situations adressées à la pédopsychiatre sont plus complexes, et expliquent que l'interne n'ait pas été confrontée dans sa population, à une situation de placement judiciaire de l'enfant. D'autre part, les pathologies psychiatriques des mères rencontrées par la pédopsychiatre, peuvent être plus complexes que pour la population de l'interne. Pour la pédopsychiatre, comme pour la psychologue, des partenaires extérieurs comme les acteurs de la PMI, peuvent les solliciter. Pour la pédopsychiatre, dans la moitié des cas, la personne qui lui adresse une patiente à rencontrer, est un partenaire extérieur. Cela est certainement facilité par les réunions régulières qui ont lieu avec les sage femmes, et gynécologues de la PMI. Sur notre temps de stage, les psychologues de la PMI y sont aussi venues quelque fois.

Pour l'interne en pédopsychiatrie, quasiment toutes les femmes rencontrées, étaient

adressées par un soignant de la maternité, et avec des motifs très variés, dont certains pouvant être communs avec ceux de la psychologue (pour les antécédents traumatiques de grossesses antérieures), ou avec la pédopsychiatre comme abordé un peu plus haut. Cela est probablement lié au fait que l'interne se rend chaque jour dans les unités d'hospitalisations complètes et d'hôpital de jour, favorisant à notre sens, le fait que des motifs de demande soient très variés, et dont certains puissent être communs avec la psychologue. Il s'agit du fonctionnement actuel de l'équipe. Cela n'a pas toujours été le cas, étant donné que l'arrivée d'un interne dans l'équipe datait d'un an juste à mon arrivée. Plus d'un tiers des femmes rencontrées ne sont vues qu'une fois, ce qui est plus que pour la psychologue ou la pédopsychiatre, et semblerait être propre à ces rencontres au niveau des unités d'hospitalisation. En effet, avant l'arrivée de l'interne, la psychologue rencontrait la population des femmes hospitalisées, et il semblerait qu'alors, la proportion de femmes qu'elle ne rencontrait qu'une seule fois, était plus importante qu'à l'heure actuelle. Ce passage régulier dans les services, aide aussi, par les échanges informels hors contexte d'urgence, à créer un lien de confiance avec les équipes. Nous avons pu observer aussi, qu'à plusieurs reprises, des patientes pour lesquelles les équipes étaient inquiètes, et qui ne souhaitaient pas initialement nous rencontrer, pouvaient dès le lendemain, changer d'avis, et accepter cette rencontre. Le passage quotidien dans les unités donne aussi cette possibilité, avant que la patiente, ne soit ressortie d'hospitalisation. Une particularité du travail de l'interne tient aussi au fait que les rencontres sont le plus souvent, non programmées, dans la chambre de la patiente, et faisant suite à la demande en direct des soignants de la maternité. Cela nous évoque la réflexion de Duverger [110] sur cette nécessité, dans l'activité de liaison, de se « laisser surprendre » par l'inattendu de la rencontre.

Au cours de cette activité, la transdisciplinarité et le travail en réseau, se retrouvent pour les trois intervenants de l'équipe de liaison. Au sein de l'équipe en elle-même déjà, les échanges réguliers sur des situations communes, ou le partage d'une réflexion sur une situation complexe, aident, de notre point de vue, à une cohérence des prises en charge, notamment en cas de suivi conjoint. Cette cohérence aide certainement les femmes qui en regard, rencontrent des difficultés à construire l'histoire qui se dessine avec leur enfant. Vis-à-vis des équipes de la maternité, cette cohérence et cette cohésion interne de l'équipe, aident aussi les équipes à repérer quelles patientes nous adresser. A notre sens, sauf exception, les patientes rencontrées par les trois intervenants de l'équipe, correspondaient effectivement à notre domaine d'activité. Cette cohésion interne, et des temps d'échanges entre intervenants, permettent aussi de pouvoir être pour les équipes, « l'œil du cyclone », pour reprendre

l'expression de M. Bydlowski, c'est-à-dire permettant « d'offrir une zone de calme relatif où les soignants peuvent partager avec un professionnel leurs émotions du moment, leurs remémorations et l'élaboration psychique qui peut en résulter » [1].

En ce qui concerne le travail en réseau, nous avons principalement travaillé en partenariat, outre les soignants de la maternité, avec les intervenants de l'anténatal en PMI (sage femmes et gynécologue), la psychiatrie adulte, et l'unité mère bébé. Nous sommes persuadée que ce travail en réseau, en amont, en parallèle, et en aval, de nos prises en charge, est une des clefs permettant de tendre au mieux vers cette prévention des troubles des interactions précoces, qui fonde notre travail. La continuité d'un suivi de la femme et de son enfant, de l'anténatal au postpartum peut en effet parfois être tout particulièrement importante pour aider au tissage des premières interactions. Dans cette idée du travail en réseau, le respect du travail de chacun, et la qualité des transmissions, en sont, à notre sens, deux des aspects clés. Le respect du travail consiste pour nous, en la reconnaissance du travail de chacun des partenaires, dans ses spécificités et l'utilité de sa fonction. La qualité des transmissions, pour trouver « entre secret et transparence, l'espace de la discrétion » selon la formule de Golse [119], nous paraît aussi capitale.

CONCLUSION

Riche de la formation médicale, de l'orientation de notre cursus vers la psychiatrie et d'un intérêt tout particulier pour la pédopsychiatrie au cours de ces années d'étude, nous avons eu l'opportunité de pouvoir effectuer un stage de 6 mois, au sein de l'équipe de liaison intervenant à la maternité du CHU de Poitiers.

Cette activité nous a particulièrement intéressée, sans doute car au cœur de cette période passionnante de la périnatalité, certainement aussi de par cet aspect extrêmement stimulant propre à une activité de liaison, grâce aux échanges constants avec les partenaires somaticiens. La pédopsychiatrie de liaison en maternité, de développement récent, est à l'heure actuelle possible, du fait d'un intérêt, tant par les somaticiens que par les « psys » (psychologues, psychiatres d'adultes, pédopsychiatre), vis-à-vis des aspects psychiques de la périnatalité. Pendant la grossesse, la transparence psychique avec résurgence de conflits intrapsychiques, de thématiques narcissiques, en fait une période de « crise maturative » telle, qu'elle peut tout autant aboutir à la résolution de problématiques antérieures, qu'à des difficultés d'intensités variables, pouvant entraver les interactions précoces et donc le développement ultérieur de l'enfant.

A la naissance, l'état psychique de la mère est donc capital pour la bonne mise en place des interactions comportementales, affectives et fantasmatiques avec son bébé.

Ainsi, dans un but de prévention des troubles des premières interactions, les « psys » ont commencé à intervenir dans les maternités. Quand des difficultés d'accès à la parentalité sont repérées par les acteurs de première ligne (gynécologue obstétricien, sage femmes), ceux-ci peuvent interpeller l'équipe de liaison. La rencontre de la patiente est le résultat d'un triple consentement : celui du soignant de première ligne, qui l'adresse, celui de la patiente, qui accepte la rencontre, et celui de l'équipe de liaison, qui valide la demande. Ce travail est transdisciplinaire, et inscrit dans des réseaux de soins, en amont, en parallèle et en aval de la prise en charge par l'activité de liaison à la maternité.

A Poitiers, l'équipe de liaison intervenant à la maternité du CHU, est rattachée à la pédopsychiatrie. Au cours de ce travail, nous avons pu appréhender des spécificités mais aussi des points communs au travail de chaque intervenant de l'équipe. La psychologue est plus spécifiquement sollicitée pour des symptomatologies anxieuses en lien avec des vécus traumatiques de grossesse antérieure, et dont le travail psychothérapeutique au cours de la grossesse permet une préparation à la rencontre entre mère et bébé. La pédopsychiatre et l'interne sont interpellées pour des motifs similaires, mais en proportion variables pour l'une

et l'autre, concernant la grossesse actuelle, l'établissement des relations mère enfant, les troubles psychiatriques, ou encore les questions d'ordre médico légales. Leur intervention peut être plus ponctuelle sur le temps d'une hospitalisation, ou dans un travail de plus long terme, qui s'inscrit régulièrement dans des activités de partenariat avec la psychiatrie adulte de secteur, ou l'unité mère bébé de Poitiers.

Cette discussion autour de la différence entre travail de la psychologue, celui de la pédiopsychiatre et celui de l'interne, nous a permis d'apprécier la place de chacun au sein de l'équipe en elle-même, auprès des patientes, et auprès des acteurs du réseau.

Nous nous interrogeons désormais sur les possibilités de poursuivre ce travail de prévention après la sortie de la maternité. Nous nous posons en effet cette question du devenir de ces enfants et de ces mères. Persuadée de l'intérêt qu'il y a à une intervention en anténatal, nous avons conscience de toute l'importance des premiers temps de la rencontre mère-bébé pour le développement futur de l'enfant, mais aussi nous savons combien cette période postnatale peut être fréquemment le lit de troubles psychiques maternels. Aussi, nous nous demandons, dans une même perspective de prévention qu'en anténatal, quelles pourraient être les possibilités d'intervention après le retour au domicile de ces mères et enfants. A la suite du travail à la maternité, rares sont les femmes rencontrées après leur retour à domicile alors que la dépression du post-partum apparaît le plus souvent 8 à 10 semaines après la naissance.

Nous nous demandons aussi, quel travail de lien faire avec l'équipe soignante de la maternité afin d'affiner les demandes ou comment éviter que certaines femmes qui en auraient eu besoin, ne soient pas vues.

La psychiatrie périnatale et le travail de liaison en maternité sont désormais reconnus. C'est une avancée considérable. Cependant, il reste encore fort à faire, en terme de prévention, mais aussi de prises en charge, ce qui nécessite les moyens adéquats.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bydlowski M. La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. 6e édition, 2008. Presses universitaires de France; 1997.
2. Alvarez L, Golse B. La psychiatrie du bébé. 1e édition. Presses universitaires de France; 2008.
3. Bydlowski M. Le «mandat transgénérationnel» selon Serge Lebovici. Spirale. 1 mars 2001; n° 17(1):23-25.
4. Lebovici S. La transmission intergénérationnelle ou quelques considérations sur l'utilité de l'étude de l'arbre de vie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé. Hors Collect. 2001;17-28.
5. Fericelli F. Enjeux pédopsychiatriques anténataux en maternité : prévention et soins précoces. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. juill 2009;57(5):419-428.
6. Bydlowski M. Je rêve un enfant: l'expérience-intérieure de la maternité. O. Jacob; 2000.
7. Racamier P-C, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum. L'Évolution Psychiatrique. 1961;Vol.26(4):525-570.
8. Racamier P-C. A propos des psychoses sur la maternalité. Mère Mortifère Mère Meurtrière Mère Mortifiée. 6e édition, 1997. ESF éd.; 1978.
9. Missonnier S. Quoi de neuf en psychologie pédiatrique? : la psychiatrie périnatale. J Pédiatrie Puériculture. sept 1999;12(6):362-366.
10. Fericelli-Broun F. Grossesse, naissance et transmission: la place d'un pédopsychiatre en maternité. avr 2008;Vol. 28:p.235-244.
11. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. *In* De la pédiatrie à la psychanalyse. 1956;1969:285.
12. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. Carnet Psy. 2001;(3):30-33.
13. Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R. Maternité et grossesse. PUF Paris. 1999;

14. Changeur V. Découvertes tardives de grossesse: quels mécanismes, pour quels soins? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2011.
15. Winnicott DW, Kalamantovitch J, Michelin M, Rosaz L, Harrus-Révidi G. La mère suffisamment bonne. Payot & Rivage; 2007.
16. Lebovici S. Les interactions fantasmatiques. Rev Médecine Psychosom. 1994;35(37-38):39-50.
17. Brazelton TB, Cramer B, Morel I. Les premiers liens: l'attachement parents-bébés vu par un pédiatre et par un psychiatre. Librairie générale française; 1992.
18. Brazelton TB, Bounay C. La naissance d'une famille: ou comment se tissent les liens. Points; 2009.
19. Mahler M. La naissance psychologique de l'être humain. Paris: Payot; 1980.
20. Missonnier S, Golse B, Soulé M. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Presses universitaires de France; 2004.
21. Bowlby J. La théorie de l'attachement. Psychopathol Bébé. Paris: Presses universitaires de France; 1989.
22. Mellier D, Ciccone A. La Vie psychique du bébé. Dunod; 2012
23. Rochette J, Mellier D. Prévention et soin dans le post partum immédiat: un dispositif de collaboration inter-institutionnelle entre psychiatrie périnatale et protection maternelle et infantile. L'information psychiatrique. oct 2004;Vol. 80(N° 8).
24. Tanquerey V, Py M-C. L'accouchement: un évènement psychique. L'Évolution Psychiatrique. 2004;(N° 69):569-578.
25. Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. PUF. Paris; 1983.
26. Golse B. Parties nées, parties non nées: la césure de la naissance. Diagn Périnatal Asp Psychol. Paris: ESF;
27. Dayan J. Psychopathologie de la périnatalité. Masson; 2003.

28. Marcelli D. Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *Psychiatr Enfant*. 1992;35(1):57-82.
29. Lemaître V. Des rythmes intra-utérins aux rythmes familiaux. Ce qui se joue souvent dans les consultations familiales thérapeutiques. *Spirale*. (44):131-138.
30. Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. 4e éd. 2006. Paris: PUF; 1989.
31. Cramer B. *La Psychiatrie du bébé*. Brazelton TB, Cramer B, Kreisler B, Schappi B, Soule M, 1982 Dyn Nourrisson Ed ESF Paris. 1982;
32. Lebovici S, Casanova A, Saladin M, Benhamou H, Botbol M, Brazelton TB. *L'arbre de vie: éléments de la psychopathologie du bébé*. Érès; 1998.
33. Cramer B, Palacio Espasia F. *La pratique des psychothérapies mère-bébé*. Paris: PUF. 1993.
34. Klein M. *De la théorie de l'angoisse et de la culpabilité*. *Développements Psychanal*. Paris: Presses universitaires de France; 1976.
35. Klein M. *Les stades précoces du conflit oedipien*. *Essais Psychanal*. Paris: Payot; 1987.
36. Segal H. *Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein*. Paris: Presses universitaires de France; 1983.
37. Raffeneau F. *Entre mères et bébés, la relation précoce au coeur de la discussion*. [Amiens]; 2001.
38. Bion WR. *Aux sources de l'expérience*. Edition de 1979. Paris: Presses universitaires de France; 1962.
39. Stenger P. *Dépressions périnatales: leurs conséquences sur les liens mère enfant [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2009.
40. Mahler M. *Psychose infantile, symbiose et individuation*. Paris: Payot & Rivage; 2001.
41. Belot R-A. *Le système pare-excitation parental et ses liens avec l'expression somatique du bébé*. *Apports théorico-cliniques*. *Dialogue*. mars 2012;(N° 197):p. 19-30.

42. Trevarthen C, Aitken KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application clinique. *Devenir*. 2003;4(34):309-342.
43. Cramer B. Les psychoses infantiles et les étapes du développement de la séparation et de l'individuation chez M. Mahler. *Nouv Traité Psychiatr Enfant Adolesc*. 2e éd. Paris: PUF; 1995. p. 1011-1038.
44. Apter G, Garez V, Medjkane F. Pathologie psychiatrique et grossesse. *Rev Prat*. sept 2012;62(7):943-947.
45. Apter G. La psychiatrie périnatale et l'éthique médicale. *L'Information Psychiatrique*. sept 2011;87(7):581-588.
46. Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Prim Care*. 2009; (36):151-165.
47. O'Hara MW, Swain A. Rates and risk of post-partum depression, a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;(8):37-54.
48. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *American Journal of Psychiatry*. 2007;(164):1817-1824.
49. Sutter A-L, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr*. juill 2005;163(6):524-528.
50. McCauley-Elsom K, Gurvich C, Elsom SJ, Kulkarni J. Antipsychotics in pregnancy. *J Psychiatr Ment HealthNurs*. 2010;(17):97-104.
51. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry*. 2004;(161):608-620.
52. Le Nestour A, Apter-Danon G, Heroux C. Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *Psychiatr Enfant*. 2008;50(1):125-77.
53. Ibanez G, Charles MA, Forhan A. Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: data from the EDEN mother-child cohort. *Early Hum Dev*. 2012; (88):643-649.

54. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2007; 36(6):549-61.
55. Cohen J, Ducarme G, Neuman D, Uzan M. Approche psychosomatique des vomissements incoercibles du premier trimestre. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2007; 35:565-569.
56. Schiff MA, Reed SD, Daling JR. The sex ratio of pregnancies complicated by hospitalisation for hyperemesis gravidarum. British journal of Obstetric and Gynecology. janv 2004;111(1):27-30.
57. Borie Personnaz A. Activité de psychiatrie périnatale à la maternité du CHU de Toulouse: étude rétrospective sur l'année 2002 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2004.
58. Barrucand D. Psychogenèse des vomissements itératifs de la grossesse. Ann Med Psychol (Paris). 1968;(2):617-626.
59. Marty P. Le vomissement, esquisse psychosomatique. [Thèse de médecine]. Paris; 1948.
60. Karpel L, de Gmeline C. L'approche psychologique des vomissements incoercibles gravidiques. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004;(33):623-631.
61. Schoenberg Fejzo M, Wakefiel MacGibbon K. A propos de l'article « L'approche psychologique des vomissements incoercibles gravidiques ». Lettre à la rédaction. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005;(34):507508.
62. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF; 2004.
63. Bayle B. L'enfant à naître: Identité conceptionnelle et gestation psychique. Ramonville Saint-Agne: Eres; 2005.
64. Wessel J, Endrikat J. Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of an one-year prospective study in Berlin. J Perinat Med. 2003; 31(1):29-35.
65. Brezincka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy. J Psychosom Obst Gynecol. 1994;(15):1-8.

66. Pierronne C, Delannoy M-A, Florenquin C, Libert M. Le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy.* juill 2002;41(3):182-188.
67. Manzano J, Palacio Espasia F, Zilkha N. Les scénarios narcissiques de la parentalité. Paris: PUF; 1999.
68. Murray L, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood.* 1997;(77):99-101.
69. Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schmüker G, Allen H, Kumar R. The impact of postnatal depression on boy's intellectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1995; 36(8):1315-1336.
70. Guillaumont C. Post-partum blues. *Neuro-Psy.* oct 1998; 13(4):151-156.
71. Bydlowski S. Le blues post natal et ses effets sur le bébé. Dynamique de l'émotion maternelle et régulations du nouveau né dans les huit premières semaines. *Le Carnet PSY.* août 2012; (166):22-33.
72. Yalom ID, Lunde DT, Moos RH. Post-partum blues syndrome: A description and related variables. *Archives of General Psychiatry.* 1968; (18):16-27.
73. Pitt B. Maternity blues. *British Journal of Psychiatry.* 1973;(122):431-433.
74. Rochette J. Le temps du post-partum immédiat. Une clinique du «qui-vive» et de l'après coup. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,* févr 2005;53(1-2):11-18.
75. Rochette J, Mellier D. Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum: stratégies préventives pour un travail en réseau. *Devenir.* 2007;19(2):81-108.
76. Brockington IF. Disorders specific to the puerperium. *Inf J Mental Health.* 1992;(21):41-52.
77. Guedeney N. Les dépressions maternelles post-natales. *Neuro-Psy.* oct 1998;13(4):143-146.
78. Kumar RC, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry.* 1984;144(1):35-47.

79. Cox JL, Holden JM, Sagovsky I. Detection of post-natal depression. Development of the ten items Edinburgh Post-natal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987;(150):702.
80. Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Post-natal Depression Scale sur une population parisienne. *Devenir*. 1995;(7):69-92.
81. Tronick EZ, Weinberg MK. A propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé. *Psychiatr Périnatale Parents Bébé Proj Enfants Aux Premiers Mois Vie*. Paris: PUF; 1998. p. 299-334.
82. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zeroski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *Journal of abnormal Psychology*. 1984;(93):158-167.
83. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Fantômes dans la chambre d'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*. 1983;XXVI(1):157-198.
84. Appleby L. Le traitement de la dépression postnatale. *Devenir*. 2001;13(3):21-26.
85. Golse B, Delion P, Aubert-Godard A. Bébés agressifs, bébés agressés. *Ères*; 2003
86. Golse B. La psychiatrie périnatale en quête d'identité. *Enfances & Psy*. 2008;(40):14-28.
87. Molénat F. Naissances: pour une éthique de la prévention. *Ères*; 2001.
88. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. *Collab Médico-Psychol En Périnatalité Paris DHOS*. 2004;
89. Sutter-Dallay A-L. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *J Psychol*. 2008;(8):22-5.
90. Missonnier S. Entretien avec Françoise Molenat. *Carnet PSY*. 3 mars 2006; n° 107(3):31-37.
91. Nezelof S, Cazas O, Sutter-Dallay AL, Glangeaud N. Hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie. *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr*. juill 2005;163(6):529-534.

92. Sutter A-L, Bourgeois ML, Kumar RC. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. Paris, France: Presses universitaires de France; 1996.
93. Nezelof S, Vulliez-Gody L. Des services de maternité aux unités mère-bébé. Orages À Aube Vie Liens Précoces Pathol Puerpérales Développement Nourrissons Dans Unités Parents-Bébé. Erès; 2009. p. 167-174.
94. Oates M. Psychiatric services for Women Followinh Chilbirth. International Rev Psychiatry. 1996;(8):87-98.
95. Glangeaud-Freudenthal N-M-C. Données franco-belges (1999-2000) sur les facteurs liés à une séparation mère-enfant, à l'issue d'une hospitalisation en unité mère-bébé. In: Debourg A, Blazy M, éditeurs. Séparation Précoce Rapt Échec Ou Perte. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2004. p. 69-74.
96. Glangeaud-Freudenthal MC. Qui sont les femmes et les bébés hospitalisés à plein temps dans les unités mère-bébé en France? Les usagers et les soins: données nationales 2004-2007. Orages À Aube Vie Liens Précoces Pathol Puerpérales Développement Nourrissons Dans Unités Parents-Bébé. Erès; 2009. p. 19-27.
97. Dugnat M, Persini C. Réseaux en périnatalité et hospitalisation conjointe: des synergies à développer. Orages À Aube Vie Liens Précoces Pathol Puerpérales Développement Nourrissons Dans Unités Parents-Bébé. Paris: Erès; 2009. p. 175-190.
98. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris, France: Masson; 1999.
99. Mas-Foulon C, Mazet P. Devenir parent, naître humain, S. Missonnier. PUF, Le Fil Rouge, Paris (décembre 2009). Transm - Strasbg 2010 - Première Partie. mai 2012;60(3):216-217.
100. Bouvarel A, Martin R, Tremblay PH, Missonnier S. La consultation en périnatalité: un entretien avec Sylvain Missonnier. Centre national audiovisuel en santé mentale: Montréal: CECOM; 2010.
101. Sutter-Dallay A-L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson: étude prospective sur 2 ans. Devenir. 14 mars 2008;Vol. 20(1):47-63.

102. Dugnat M. Réseaux en périnatalité : les outils pratiques d'une prévention universelle prévenante? Spirale. 21 juin 2012;n° 61(1):139-162.
103. Neyrand G. Divergences des modèles de prévention précoce. Pas O Conduite Pour Enfants 3 Ans. Erès; 2008. p. 145-152.
104. Brengard D. Ethnopsychiatrie et « clinique de la non demande ». Santé Mentale. févr 2010;(145):48-51.
105. Duverger P, Chocard A-S, Malka J, Ninus A. Psychopathologie en service de pédiatrie: Pédopsychiatrie de liaison. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2011.
106. Schmit G. Pédopsychiatrie et psychiatrie de liaison. Psychologie médicale. 1994;26(9):953-954.
107. Consoli SM. Psychiatrie de liaison. Thérapeutique Psychiatr. Paris: Hermann; 1995. p. 955-979.
108. Mille C, Mutombo A. Travail institutionnel en pédopsychiatrie de liaison. Pédopsychiatrie Liaison Vers Une Collab Entre Pédiatres Psychiatres. Paris: Doin; 2005. p. 15-23.
109. Ferrari . Pédiatrie et pédopsychiatrie : pédopsychiatrie de liaison. Actual En Psychiatr L'enfant L'adolescent. Paris: Flammarion; 2001. p. 343-346.
110. Duverger P, Lebreuilly-Paillard A, Legras M, Chocard A-S, Malka J. Le pédopsychiatre de liaison, un praticien de l'inattendu. Liens Liaisons En Pédopsychiatrie Congrès Nantes 23-24 Mai 2008. sept 2009;57(6):505-509.
111. Haulle C. La blouse: réflexion sur l'identité du psychiatre de liaison en pédiatrie. Perspectives Psy. févr 2005;44:107-110.
112. Hayez J-Y. Le psychiatre à l'hôpital d'enfants: Somatisations et Pédopsychiatrie de liaison. Paris: PUF; 1991.
113. Rothenburger S, Silbertin-Blanc D. L'urgence: une dynamique dans la pratique de psychiatrie de liaison. Perspectives Psy. févr 2005;44:102-106.

114. Chocard A-S, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré J-B. Psychiatrie de liaison: Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2005;163(8):691 -696.
115. Consoli S-M. Transmettre sans trahir: Une impérieuse nécessité pour la psychiatrie de liaison. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale.* 2003;(66):7- 13.
116. Ansermet F. Clinique de l'origine: l'Enfant entre la médecine et la psychanalyse. Lausanne: Payot Lausanne; 1999.
117. Burlet G, Hamon I, Hubert C, Hascoet JM. Prise en charge avant l'accouchement, dépistage des situations à risque. *Arch Pédiatrie.* mai 2001;8, Supplement 2(0):489-491.
118. Berthier M, Baraud C, Daban M, Paget A, Hay MC, Charrier A, et al. Evaluation de la prise en charge psychosociale en maternité: expérience du CHU de Poitiers. *Arch Pediatr.* 1995; (2):840-847.
119. Golse B. Les limites de la transmission au sein des équipes de la périnatalité. Entre secret et transparence, l'espace de la discrétion. In: Delion P, Missonnier S, Presme N, éditeurs. *In Quelles Transmissions autour des berceaux.* Erès; 2010.

RESUME

Les récents travaux sur la psychiatrie du bébé, ont montré combien la rencontre parent bébé était primordiale, particulièrement les premiers liens instaurés entre mère et bébé, pour permettre le bon développement de l'enfant. La mise en relation des contenus psychiques maternels et en regard, les réactions du nouveau né, ont montré toute l'importance de l'état psychique de la mère au cours de cette période. Ainsi, en prévention des troubles psychopathologiques pouvant être observés en post partum, une prise en charge en anténatal, tout particulièrement auprès des mères, a été proposée, s'appuyant sur les réaménagements psychiques qui ont lieu au cours de la grossesse. Dans ce contexte, l'intervention de « psys » (psychologues, psychiatres d'adulte, pédopsychiatres) en maternité s'est mise en place. Nous nous sommes intéressée dans ce travail aux spécificités des missions de chacun des membres d'une équipe de liaison. Nous nous sommes pour cela appuyée sur l'exemple de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison intervenant à la maternité du CHU de Poitiers. Il en ressort que la psychologue de l'équipe, interpellée plus spécialement au niveau des consultations gynéco obstétricales ambulatoires, est plus spécifiquement sollicitée sur les situations où les éléments anxieux sont au premier plan ou lorsque la question du travail psychique de la grossesse survient, ce qui induit une indication fréquente de psychothérapie. La pédopsychiatre intervient sur des situations plus complexes, psychiatriques ou psychosociales. L'interne en pédopsychiatrie, au quotidien auprès des équipes soignantes des unités d'hospitalisation, est sollicité pour des raisons diverses, le plus souvent pour des motifs similaires à la pédopsychiatre, mais parfois, pour d'autres se rapprochant des sujets d'intervention de la psychologue, ou pour des symptômes cliniques plus affirmés. Ces éléments nous ont permis d'apprécier que la transdisciplinarité de l'équipe est complémentaire. D'autre part, l'inscription de ce travail dans des réseaux de soins y apparait fondamentale.

Mots Clés : Pédopsychiatrie de liaison, Psychiatrie périnatale, Maternité, Psychologue, Pédopsychiatre, Réseaux.

SERMENT d'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Les récents travaux sur la psychiatrie du bébé, ont montré combien la rencontre parent bébé était primordiale, particulièrement les premiers liens instaurés entre mère et bébé, pour permettre le bon développement de l'enfant. La mise en relation des contenus psychiques maternels et en regard, les réactions du nouveau né, ont montré toute l'importance de l'état psychique de la mère au cours de cette période. Ainsi, en prévention des troubles psychopathologiques pouvant être observés en post partum, une prise en charge en anténatal, tout particulièrement auprès des mères, a été proposée, s'appuyant sur les réaménagements psychiques qui ont lieu au cours de la grossesse. Dans ce contexte, l'intervention de « pysys » (psychologues, psychiatres d'adulte, pédopsychiatres) en maternité s'est mise en place. Nous nous sommes intéressée dans ce travail aux spécificités des missions de chacun des membres d'une équipe de liaison. Nous nous sommes pour cela appuyée sur l'exemple de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison intervenant à la maternité du CHU de Poitiers. Il en ressort que la psychologue de l'équipe, interpellée plus spécialement au niveau des consultations gynéco obstétricales ambulatoires, est plus spécifiquement sollicitée sur les situations où les éléments anxieux sont au premier plan ou lorsque la question du travail psychique de la grossesse survient, ce qui induit une indication fréquente de psychothérapie. La pédopsychiatre intervient sur des situations plus complexes, psychiatriques ou psychosociales. L'interne en pédopsychiatrie, au quotidien auprès des équipes soignantes des unités d'hospitalisation, est sollicité pour des raisons diverses, le plus souvent pour des motifs similaires à la pédopsychiatre, mais parfois, pour d'autres se rapprochant des sujets d'intervention de la psychologue, ou pour des symptômes cliniques plus affirmés. Ces éléments nous ont permis d'apprécier que la transdisciplinarité de l'équipe est complémentaire. D'autre part, l'inscription de ce travail dans des réseaux de soins y apparait fondamentale.

Mots Clés : Pédopsychiatrie de liaison, Psychiatrie périnatale, Maternité, Psychologue, Pédopsychiatre, Réseaux.