



HAL
open science

Soigner ensemble en psypérinatalité

Natacha Collomb, Michel Dugnat, Francois Poinso

► **To cite this version:**

Natacha Collomb, Michel Dugnat, Francois Poinso. Soigner ensemble en psypérinatalité. En acte(s), pp.335, 2020, 978-2-9572190-0-1. hal-03100817

HAL Id: hal-03100817

<https://hal.science/hal-03100817v1>

Submitted on 6 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Sous la direction de Natacha COLLOMB, Michel DUGNAT
et François POINSO**

Soigner ensemble en périnatalité

ISBN : 978-2-9572190-0-1

Ouvrage publié avec le concours du Centre hospitalier de Montfavet-Avignon et de l'ARIP

Imprimé sur papier offset 70 gr/m². Typographie : Adobe Garamond Pro

© En acte(s) Éditions, 2020. Tous droits réservés.
editions.enactes@gmail.com

En acte(s)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

UN CONTEXTE RENOUVELÉ, UN ÉTAT DES LIEUX RICHE DE PROMESSES... À TENIR	15
MICHEL DUGNAT, FRANÇOIS POINSO	

OUVERTURE – UNE HISTOIRE PARMIS D’AUTRES

ÉVOLUTION DES PRATIQUES DANS L’HISTOIRE D’UN RÉSEAU EN PSYPÉRINATALITÉ, DES ANNÉES 1970 À NOS JOURS	45
ÉLISABETH DARCHIS	

PARTIE I – DE LA CLINIQUE DANS LES DISPOSITIFS DE SOINS CONJOINTS (PARENTS-BÉBÉ)

1. TROIS TRAJECTOIRES POSSIBLES POUR LES BÉBÉS ET LES PARENTS AU CŒUR DE L’UNITÉ DE SOIN ET ACCOMPAGNEMENT PRÉCOCE EN SERVICE DE SUITES DE NAISSANCE (HÔPITAL FEMME MÈRE ENFANT, CHU DE LYON).	67
AMÉLIE CLÉMENT, ANNE VILLAND, CATERINA MAGGI-PERPOINT	
2. SOINS PÉDOPSYCHIATRIQUES INTENSIFS À DOMICILE POUR LES TROUBLES DE LA RELATION PRÉCOCE : WINNI À DOM (LA ROCHE-SUR-YON)	85
MARIE-CHARLOTTE BOUCHARD-FERNANDES, LAURENCE HERMOUET	
3. LA FONCTION CONTENANTE AU SEIN D’UN RÉSEAU DE SOIN EN PÉRINATALITÉ : INTÉRÊTS, ENJEUX ET DISPOSITIFS (BESANÇON).	95
MARIE SCHNEIDER, ROSE-ANGÉLIQUE BELOT, JULIE PASCOA, ANNE BASSEGIO, SYLVIE NEZELOF, DENIS MELLIER	
4. IDENTIFICATION ET MAILLAGE COMME MODALITÉS DE SOIN EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE (MARSEILLE).	109
NATHALIE ROMAGNE, CLAIRE COSTON, STÉPHANIE SEIBEL	

5. DU REPÉRAGE PRÉCOCE À LA PRISE EN CHARGE, RÉFLEXIONS AUTOUR D'UN PARCOURS DE SOINS DES PSYCHOSES PUERPÉRALES (LIMOGES) 119
CHRISTINE RAINELLI, CAMILLE GIANESINI, NATHALIE LAMPRE

6. DU DEDANS AU DEHORS, CONSTRUCTION D'UN PUZZLE FAMILIAL COMPLEXE (SAINT-CYR L'ÉCOLE). 129
AUDE LATROY, ANNE-LAURE SIMONIN

PARTIE II DISPOSITIFS INTERINSTITUTIONNELS

7. « FIL-À-FIL » – UNE ÉQUIPE QUI OFFRE DES SOINS HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES DE LA RELATION PARENTS-BÉBÉ LORSQUE LE PARENT EST EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE (LIÈGE) 141
HEIDY ALLEGAERT, ANNE REINAERS, CAROLINE RINNÉ, SYLVIANNE LUYCKX

8. UNE UPB ADOSSÉE À UN SERVICE DE NÉONATOLOGIE (AIX-EN-PROVENCE). . . 149
YVES RIMET, CHANTAL BLINÉ, AGNÈS LUCAS, STEFKA IVANOV, MARTINE GARIN, MARIE-LAURE VINCENT-FINO

9. UN PARTENARIAT ENTRE PSYCHIATRIE D'ADULTE ET PÉDOPSYCHIATRIE EN PÉRINATALITÉ (TOULOUSE). 155
LUDIVINE FRANCHITTO, PERRINE HÉLIAS

10. L'EXPÉRIENCE D'UN PARTENARIAT PMI / PÉDOPSYCHIATRIE AU SEIN D'UN GROUPE THÉRAPEUTIQUE MÈRE-BÉBÉ (CLERMONT-FERRAND). 167
ÉGLANTINE BEAURY-PITOIS, LYDIE GUYONNET, FRANÇOISE NOTON-DURAND, FRANÇOISE CHARDON, LAURE VALADOU, STÉPHANIE PRADIER

11. LA PMI, PENSER LE SOIN DANS LA PRÉVENTION PRÉCOCE 179
SERVANE LEGRAND, MARIE-NOËLLE ROSSI

PARTIE III DIVERSES MODALITÉS DE SOINS

12. CAPACITÉ DE RÉVERIE PLURIELLE ET CONSTELLATION NARRATIVE (MONTESSON) 195
VÉRONIQUE DAGENS, SONG HEE GOARDOU, NASTASSIA REHAILL, ROSE-MARIE SAGNA

13. UN CADRE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE POUR PENSER LA CONTINUITÉ DES SOINS CONJOINTS MAMAN-BÉBÉ EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE (BORDEAUX) . . . 205
MAUD GASSAMA, FRÉDÉRIQUE JONCHERAY-CHAAR

14. LE LANGAGE DU CORPS DANS LE SOIN DE LA RELATION PARENTS-BÉBÉ AU SEIN D'UNE UNITÉ DE JOUR (BRUXELLES). 219
GÉRALDINE PONCELET, AUDREY MOUREAU, VÉRONIQUE DELVENNE

15. TRAVAIL DE DENTELLE (MARSEILLE) 223
NATHALIE BONNES

16. LA PETITE FABRIQUE D'HISTOIRES DE L'UNITÉ PARENTS-BÉBÉ – LABORATOIRE DU FÉMININ EN MARGE DE L'ÊTRE MÈRE (AVIGNON). 243
NATHALIE AROCA, CLAIRE CAPRON

PARTIE IV DESCRIPTIONS DE QUELQUES DISPOSITIFS

17. UN ACCUEIL PARENTS-BÉBÉ SANS RENDEZ-VOUS (DIJON). 253
STÉPHANIE DUPUIS, MARIE GENTIL

18. UN NID POUR NAÎTRE (MARSEILLE) 269
ANNE-VALÉRIE LINGLIN, CÉLINE ARNAUD, TIPHAINÉ LEBON, ARIEL REVAH

19. PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL DE JOUR MÈRE-BÉBÉ DU CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER ET DE LA PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DES MÈRES PSYCHOTIQUES (LYON) 279
NATHALIE ELBAZ-CUOQ, GASPARD PRUNAYRE

20. UN PROJET DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ PORTÉ PAR L'UNITÉ D'ACCUEIL PARENTS-BÉBÉ DU CHITS (TOULON)	287
YVES BERNAUD, VÉRONIQUE MORVILLE, NATHALIE AGOSTINI	

21. AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'IMPLANTATION D'UNE STRUCTURE PARENTS-BÉBÉ AU SEIN D'UNE UNITÉ DE PÉDOPSYCHIATRIE (LIÈGE)	303
DAMIEN LERMINIAUX, CHRISTINE THIRIART, MONIQUE BRONCKART, GENEVIÈVE PIRE, ANNE SALÉE	

PARTIE V DE LA NÉCESSITÉ DES PARTENARIATS FACE AUX VULNÉRABILITÉS MULTIPLES

22. DÉPISTER LA DÉTRESSE DES BÉBÉS	309
NICOLE GARRET-GLOANEC, ANNE SOPHIE PERNEL	

23. EXPÉRIENCE BELGE DES DISPOSITIFS DE SOINS EN PÉRINATALITÉ – PROJET COLLABORATIF DE DEUX HÔPITAUX BRUXELLOIS POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ENCEINTES EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ.	321
VILDAN GOBAN, ISABELLE LAMBOTTE, JOËLLE RABINOWITCH, VÉRONIQUE DELVENNE	

24. DONNER NAISSANCE EN TERRE D'EXIL (IXELLES)	333
NICOLAS DU BLED	

25. PARCOURS MIGRATOIRE ET VÉCU TRAUMATIQUE D'UNE DYADE MÈRE-BÉBÉ – QU'EST-CE QUI FAIT LIEN, QU'EST-CE QUI FAIT SOIN ? (NANTES)	345
KATELL FAURE, LINE COTTENCEAU-GODET	

26. LA SPÉCIFICITÉ DU TRAVAIL PSYCHO-SOCIO-ÉDUCATIF AUPRÈS DES MÈRES ISOLÉES (PARIS)	363
FRÉDÉRIQUE ROUVEAU, MAHALIA FADIGA, DORIANE LEMARCHAND	

27. CENTRE D'HÉBERGEMENT MATERNEL (CONSEIL DÉPARTEMENTAL) ET SOINS CONJOINTS AMBULATOIRES MÈRE-BÉBÉ – QUEL PARTENARIAT, QUELLES MISSIONS, QUELS CLIVAGES ? (CAEN)	381
GWENAËLLE ANDRO, SOLÈNE SPIERS, ANNE RENET-HUREL, FABIEN LESCLOUS	

28. LA CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE (POUR BÉBÉS GRANDS PRÉMATURÉS) – DÉBUT PRÉCOCE DES SOINS PARENTS-BÉBÉS LORSQUE LE BÉBÉ PRÉSENTE UN ÉVITEMENT RELATIONNEL AVANT 8 MOIS (PARIS)	403
ELISABETH CHAILLOU	

PARTIE VI OUTILS DE (IN)FORMATION, FORMATIONS AUX OUTILS

29. LA THÉRAPIE DE GUIDANCE INTERACTIVE : LA FORCE DU MOMENT PRÉSENT	415
SANDRA RUSCONI SERPA, BÉRENGÈRE BEAUQUIER-MACCOTTA, CHRISTINE DESVIGNES, BENOÎT QUIROT, LISA OUSS	

30. PIKLER À LA FRIMOUSSE.	429
SARAH SANANÈS, CAROLINE ROESCH, AMBRE WINTER, ELISA TERZIC-CALIN, ET L'ENSEMBLE DE L'ÉQUIPE DE LA FRIMOUSSE	

31. LES GROUPES PIKLER BÉBÉ-PARENTS : UN DISPOSITIF D'ACCUEIL INSOLITE POUR PRENDRE SOIN DU LIEN	447
MARYSE CHABAUD, JOCELYNE ROUX-LEVRAT, VÉRONIQUE SZTARK	

32. LA RÉUNION CLINIQUE BÉBÉ : PENSER LE BÉBÉ ET SON PROJET DE SOINS EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	457
GERMAIN DILLENSEGER, CARLA DERON, SARAH ENSER, ANNE KULESZA, CATHERINE NOVEL, JEAN ÉBERT	

33. LE CUBISME PÉDAGOGIQUE® – UNE MÉTHODE DE FORMATION INNOVANTE	481
VALERIA LUMBROSO, DRINA CANDILIS-HUISMAN, MAYA GRATIER, AUDE PENEL, EMMANUEL DEVOUCHE, MICHEL DUGNAT	

34. NOTES SUR L'INTÉRÊT DE POURSUIVRE LA SÉRIE « TISSER DES LIENS »	487
DRINA CANDILIS, MAYA GRATIER, EMMANUEL DEVOUCHE, INGRID GARNIER, MICHEL DUGNAT	

35. L'APPROCHE PAPOTO, POUR SOUTENIR LA PARENTALITÉ DES FAMILLES VULNÉRABLES.	503
GAËLLE GUERNALEC LEVY	

**PARTIE VII
RECHERCHER POUR AGIR**

36. LA RECHERCHE EN UNITÉS DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE 523
FLORENCE GRESSIER, NINE MC GLANGEAUD-FREUDENTHAL,
ANNE-LAURE SUTTER-DALLAY
37. CONVERGENCE ENTRE LES CENTRES MATERNELS ET LA PÉDOPSYCHIATRIE
PÉRINATALE – VERS UNE NÉCESSAIRE ADAPTATION DES PRISES EN CHARGE
PÉDOPSYCHIATRIQUES MÈRE-BÉBÉ ? 537
MARIE-CAMILLE GENET, ANNE BOBIN-BÈGUE, NATHALIE LE ROUX, BÉNÉDICTE
GOUDET-LAFONT, VALÉRIE GAREZ
38. KIT DEPRESSION / RETRAIT : CONSTELLATION PREDICTIVE EN PPI – DÉTECTER
TÔT LES INDICES DES TROUBLES ULTÉRIEURS DE L'INTERACTION MÈRE-BÉBÉ ? EN
PARLER, ORIENTER ? UN DÉFI MAJEUR EN PRÉVENTION ET EN SANTÉ PUBLIQUE
. 551
JOËLLE ROCHETTE-GUGLIELMI

*À Laurence, Mo et Jeanne-Héloïse
À Mickaële, Emmanuelle et Siegfried*

*Avec une pensée pour
Mia, née le 12 mars 2020
Achille, né le 19 janvier 2020*

**PARTIE VII
POUR NE PAS CONCLURE**

39. LES DISPOSITIFS EN PÉRINATALITÉ, COMMENT RÉALISER UN TRAVAIL DE LIENS ? . . 589
DENIS MELLIER

ANNEXES

- DISPOSITIFS DE SOINS CONJOINTS PARENTS-BÉBÉ AMBULATOIRES ET HOSPITALIERS
DE L'AIRE FRANCOPHONE EN EUROPE 609
- ACRONYMES 635
- SOMMAIRE DU SPIRALE 92 (ÉRÈS) COORDONNÉ PAR L'ALLIANCE FRANCOPHONE
POUR LA SANTÉ MENTALE PÉRINATALE 639

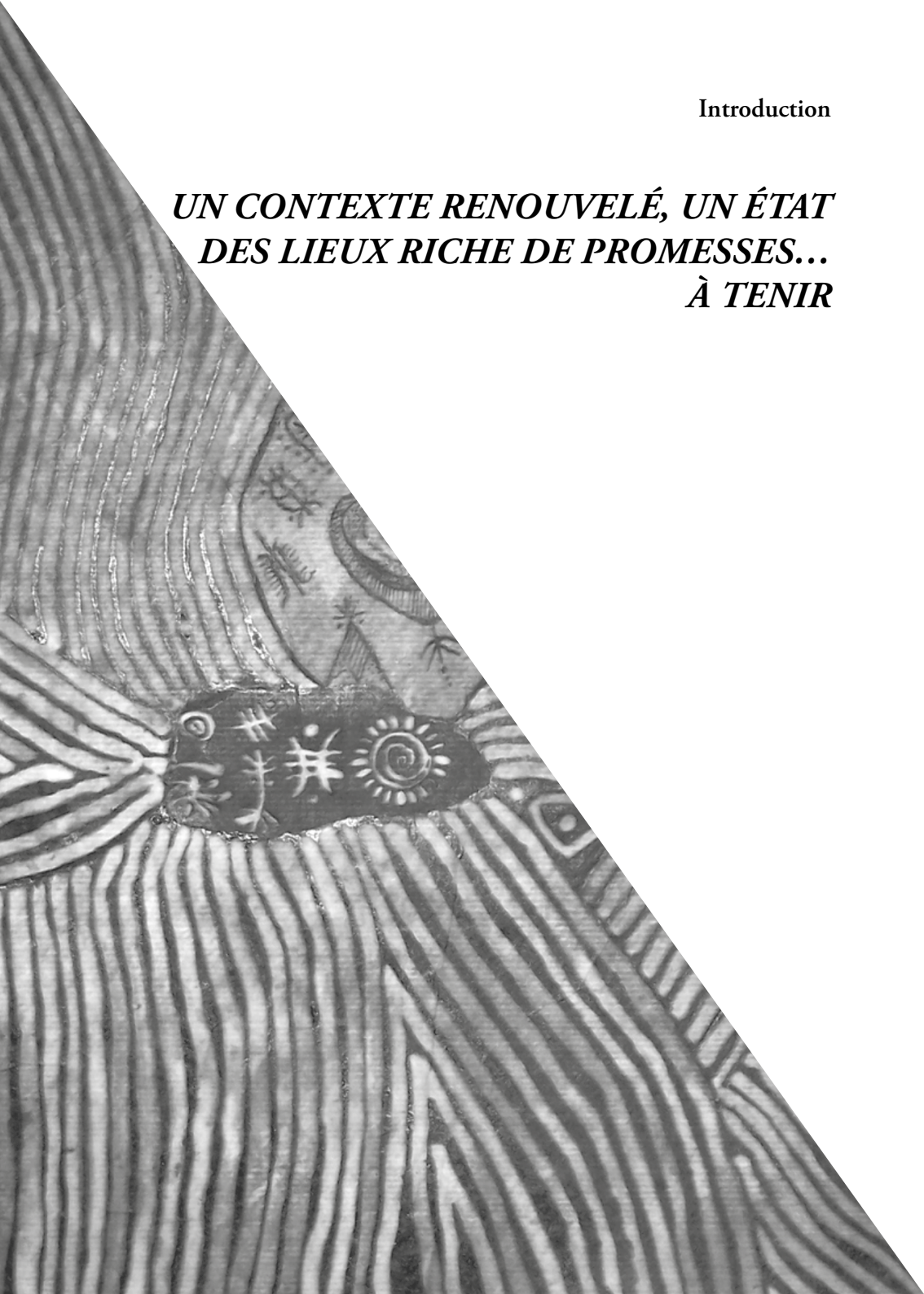
CONVENTIONS TYPOGRAPHIQUES

Les conventions typographiques respectées dans cet ouvrage sont pour l'essentiel celles recommandées par l'Office québécois de la langue française, lequel lutte contre une grave maladie qu'il appelle la « majusculite » (celle-ci n'existe pas dans d'autres langues européennes...).

www.axl.cefan.ulaval.ca

Introduction

***UN CONTEXTE RENOUVELÉ, UN ÉTAT
DES LIEUX RICHE DE PROMESSES...
À TENIR***



UN CONTEXTE RENOUVELÉ, UN ÉTAT DES LIEUX RICHE DE PROMESSES... À TENIR

Michel DUGNAT¹, François POINSO²

INTROÏT

De la périnatalité à la psypérinatalité

La définition médicale traditionnelle de la *périnatalité* par l'OMS est celle d'une période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance.

Le ministère français des solidarités et de la santé propose actuellement un élargissement de cette définition à une période plus large et qui couvre tous les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale³, sans qu'on sache quand elle se termine.

L'extension éventuelle à la période des vrais 1000 jours (de la période antéconceptionnelle au deuxième anniversaire de l'enfant est parfois discutée). Au-delà de la question de la période, on appelle traditionnellement

1. (Pédo)psychiatre en périnatalité, praticien hospitalier à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, praticien attaché au Centre hospitalier d'Avignon-Montfavet, animateur de l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale.

2. Professeur de psychiatrie infanto-juvénile à la faculté de médecine de Marseille (Aix-Marseille Université), chef de service universitaire de l'intersecteur 13102, directeur du CRA PACA.

3. La périnatalité se définirait alors comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>

périnatalité l'ensemble des dispositifs de soins dépendant du sanitaire (services de maternité, services de médecine néonatale, ...) voire l'ensemble des dispositifs de « prendre soin » (protection maternelle et protection infantile, ...).

Le terme de « *psypérinatalité* » peut être provisoirement être défini comme l'ensemble :

- soit, des *processus psychiques* activés chez les parents et les bébés dans la période périnatale : dimension de l'expérience (subjective et intersubjective) de la parentalité (HOUZEL 1999)¹
- soit, des *professionnels attentifs* à ces processus, donc, à la fois les professionnels du soin somatique (souvent auto-désignés par l'appellation « professionnels de première ligne » par les psychistes) et les professionnels du soin psychique (souvent désignés par l'appellation « professionnels de seconde ligne » du point de vue des soins somatiques, mais qui, dans les soins psychiques, sont en première ligne)
- soit, plus largement, des *institutions* qui concourent à la santé psychique périnatale qui est une dimension de la santé globale périnatale (DUGNAT 1996)
- soit des trois en même temps².

Cet ouvrage : un outil pour la psypérinatalité

Dans une période marquée dans tous les domaines par l'accélération bien décrite par Harmut Rosa (2013), il n'est pas inutile de prendre le temps de raconter et de réfléchir les pratiques de soins conjoints (parents-bébé). Cet ouvrage ambitionne de constituer un point d'étape dans la reconnaissance des besoins et des attentes des parents avec bébés présentant des fragilités ou des troubles psychiques avérés et des soignants qui tentent de répondre à ces attentes et à ces besoins au quotidien et les relaient. Bien sûr, l'expression des (futurs) parents sur leurs difficultés, leurs souffrances, leur solitude... peut se faire dans des livres (MAMAN BLUES 2010 ; RIVOAL

1. Rappelons que le terme « parentalité » recouvre trois dimensions : l'exercice, l'expérience et la pratique, seule déléguable.

2. Attirons l'attention des lecteurs sur le fait que la définition de la santé mentale et de la psychiatrie périnatales reste tributaire de leurs définitions générales. Si, en anglais, l'expression *mental health* recouvre à la fois la prévention et la psychiatrie, en français, suivant les locuteurs, la santé mentale désigne la santé dans la communauté et les dimensions de prévention ou la psychiatrie et la santé mentale au sens de prévention. Dans cet ouvrage, sous le terme de psypérinatalité, on regroupe les actions de prévention secondaire et tertiaire mais non la prévention primaire. D'où des risques de faux-amis entre anglais et français.

2020), par des films³, sur le net (maman-blues.fr), sur les réseaux sociaux (#MonPostPartum) dans de trop rares émissions radio⁴ ou télé non sensationnaliste et sur le site Colloque TV⁵. Les soignants peuvent, eux aussi, témoigner de la souffrance des bébés et des parents et des réponses qu'ils espèrent pouvoir y apporter (ALLIANCE... 2020). Ceux des unités de soins conjoints hospitaliers le font de longue date en se réunissant biannuellement.

Or l'année 2019 a été marquée par une manifestation scientifique et de formation inaugurale⁶ : pour la première fois, les unités de soins conjoints (parents-bébé) hospitaliers, les unités de soins conjoints (parents-bébé) ambulatoires et leurs partenaires se sont réunis ensemble pour faire avancer la psychiatrie et la santé psychique périnatales et en particulier la réflexion sur leurs pratiques. Les 19 et 20 septembre 2019, près de 400 professionnels-participants de la psypérinatalité français, belges et suisses ont travaillé en 20 ateliers de chacun 20 à 50 personnes avec 70 communications présentées par 120 d'entre eux devenus des professionnels-intervenants (infirmiers, psychologues, psychomotriciens et médecins...) pour partager leurs expériences.

En rassemblant plus de 40 de ces communications, ce livre permet une mise en perspective vivante des dispositifs de soins conjoints d'une partie de l'aire francophone dans leur extrême diversité.

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Quelques rappels

Il est d'autant plus nécessaire de reconnaître l'importance des soins conjoints pour lesquels plaident depuis longtemps les soignants, que les progrès de l'épigénétique confirment le caractère crucial, en matière de santé comme de santé psychique, de l'intervention préventive en période

3. *L'autre naissance*, documentaire de Chloé Guerber-Cahuzac (2014), par exemple.

4. <https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/le-genie-des-bebes-24-la-clinique-du-lien>

5. <https://www.colloque-tv.com/colloques/mille-une-raisons-d-agir-pour-soigner-les-parents-prendre-soin-du-bebe-et-inversement/introduction-par-anne-myrtille-rivoal>

6. Les 14^e Journées francophones biennales des Unités d'hospitalisation et la 6^e Journée des Unités de soins ambulatoires, organisées par l'Unité parents-enfant du service du Pr François Poinso (Marseille) et par l'Unité parents-bébé du pôle du Dr Christine Bonnauron (Montfavet-Avignon), ont eu lieu à la Faculté de médecine de Marseille les jeudi 19 et samedi 21 septembre, et le vendredi 20 septembre à l'IFSI-La Blancarde.

périnatale : les 1000 jours, de la période périconceptionnelle aux deux ans de l'enfant (SIMEONI 2020, CANDILIS et DUGNAT 2017).

La spécificité des modalités de prescription pendant la grossesse et le post-partum ; l'augmentation de la vulnérabilité psychique en population générale et chez les parents présentant déjà des troubles psychiques ; les séquelles chez ceux-ci de prises en charge non optimales en période périnatale (dont le suicide dans la première année de l'enfant) ; le caractère avéré des effets de la psychopathologie parentale sur le développement de l'enfant (APTER et al. 2019) ; l'efficacité des soins conjoints (parents-bébé) en ambulatoire comme en hospitalisation appellent une véritable ambition : celle de proposer sur tout le territoire national une réponse coordonnée et graduée aux besoins de soins psychiques conjoints des (futurs) parents et des bébés. Des acteurs (associatifs, professionnels et institutionnels) œuvrent déjà auprès d'une minorité de ces parents-là, qui restent souvent stigmatisés.

Les rares unités d'hospitalisation de soins conjoints (parents-bébé) hospitalières rassemblées, depuis 1993, en un « club informel » par des journées de formation pluriprofessionnelles et par une grande recherche multicentrique constituent *de facto* un réseau francophone informel.

Les unités de soins conjoints (parents-bébé) ambulatoires se réunissent semestriellement depuis 2017 en un collectif de travail soutenu par la Société Marcé Francophone et le Groupe *World Association for Infant Mental Health-France* pour : l'établissement d'un recensement et d'un état des lieux national ; le partage d'expériences sur leurs dispositifs innovants ; l'adoption d'outils communs permettant le développement de recherches ; la valorisation de leur activité.

Ces deux collectifs plaident pour le développement d'une offre de soin adaptée aux besoins de cette population. Ils partagent une clinique commune de la pathologie mentale périnatale et de l'impact des troubles de la relation parents-bébé sur le développement de l'enfant et la santé de l'adulte qu'il deviendra.

De l'Alliance

Les deux journées de travail des 19 et 20 septembre 2019 ont précédé les Assises de la psychologie, de la psychiatrie et de la santé mentale périnatales du samedi 21. Conscientes de l'urgence à se saisir de cette question avant

même qu'elle ne soit relayée dans les réseaux sociaux¹, les associations et sociétés présentes aux Assises ont appelé, dans un texte collectif dit l'Appel de Marseille, à développer une authentique politique de prévention prévenante en faveur des femmes et des hommes présentant des troubles psychiques en période périnatale et de leurs bébés.

Il faut rappeler que le 5 juin 2019, devant 250 personnes, au Ministère des solidarités et de la santé sous le haut-patronage la ministre Mme Agnès Buzyn, s'était tenue une journée d'étude intitulée « Soigner les parents malades psychiques, prendre soin des bébés en souffrance ... et inversement ? ». Ce problème de santé publique avait fait l'objet, ce jour-là, d'une réflexion collective, pluri-professionnelle, pluri-institutionnelle approfondie en présence de cadres du Ministère des solidarités et de la santé. Réunies à cette occasion des associations d'usager-e-s et des sociétés savantes avaient fondé l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale, inscrite dans l'Alliance globale pour la santé mentale maternelle. Elles s'étaient appuyées sur la présence d'Alain Grégoire, promoteur du plan d'action britannique pour la santé mentale périnatale, fondateur de la *British Alliance for Maternal Mental Health* et animateur de la *Global Alliance for Maternal Mental Health*.

Pour ce psychiatre britannique spécialisé en psychiatrie périnatale, il est temps qu'en France aussi la santé psychique périnatale devienne enfin la question de tous : *Everyone's business*. Au Royaume-Uni, la société civile britannique et les sociétés savantes des métiers de la périnatalité mais surtout les associations d'usager-e-s, avaient convaincu, en 2016, la Chambre des communes² et les pouvoirs publics britanniques, avec l'appui des travaux et recherches scientifiques synthétisés par la *London School of Economics*³ : le Premier ministre britannique avait annoncé lui-même les 365 millions de livres de crédits pérennes accordés à la santé mentale maternelle.

Réunis en juin, puis à nouveau en septembre, parlant d'une même voix, ces acteurs associatifs, professionnels et institutionnels de la périnatalité exigent la prise en compte de cette priorité absolue que doivent constituer, de la période périconceptionnelle à la deuxième année de l'enfant, la prévention, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques

1. En annexe de cet ouvrage.

2. <https://www.gov.uk/government/publications/government-response-to-the-first-1000-days-of-life-report/government-response-to-the-health-and-social-care-select-committee-report-on-first-1000-days-of-life>

3. <http://www.lse.ac.uk/website-archive/newsAndMedia/news/archives/2014/10/MaternalHealthCosts.aspx>

parentaux et de leurs conséquences sur la santé globale des générations à venir. L'Alliance francophone rassemble depuis sa fondation des associations d'usagers (Maman Blues, la FNAPSY – Fédération nationale des usagers de la psychiatrie, le CIANE – Collectif interassociatif des associations de naissance et l'UNAFAM – Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), des sociétés de pspérinatalité (SMF, Groupe WAIMH-F...), des sociétés scientifiques de sages-femmes (CNSF), d'obstétriciens (CNGOF), de pédiatres (SFP) et de pédiatres ambulatoires (AFPA), l'association des établissements de santé mentale (AdESM), une des quatre fédérations d'associations gestionnaires de TISF (FNAAFP), dans le respect des prérogatives de chacune. En septembre, elles ont été rejointes par deux autres fédérations d'associations gestionnaires de TISF (ADMR, ADEDOM), le GIS « BECO (Bébés en contexte) », les associations d'équipes mobiles en psychiatrie (AEMP), de psychologues de la petite enfance (ANAPSY-pe), de psychanalyse familiale périnatale (SIPFP), de psychomotricité (SNUP), de puériculture (ANDPE), de psychiatrie (SIP, et surtout la FFP forte de 35 associations), ainsi que le réseau francophone des villes santé OMS, la Fédération des réseaux (régionaux) de périnatalité, et d'autres encore.

L'Alliance francophone n'est ni une société scientifique pluri-professionnelle, ni une fédération d'associations et de sociétés, mais plutôt la manifestation d'une volonté partagée d'entendre les demandes et les besoins des bébés des hommes et des femmes devenant parents en mettant en commun des moyens pour les faire valoir au plus haut niveau.

Le travail en réseau personnalisé dont ont besoin dans le parcours de soin de la femme enceinte les mères, les pères, les bébés les plus fragiles existe déjà, en alliant différents métiers sur le terrain, mais encore trop souvent de façon personne-dépendante. Or il nécessite des dispositifs intra- et interinstitutionnels cohérents généralisés sous la forme de soins gradués, coordonnés, intégrés. L'Alliance pour se faire entendre devra savoir, comme les acteurs et institutions sur le terrain, surmonter les lignes de partage entre métiers, modes d'exercice, échelles territoriales. Elle ne pourra le faire authentiquement que si l'action conjointe organisée des usager-e-s et des professionnel-le-s en direction de la société civile et auprès des pouvoirs publics se développent en parallèle. L'émergence

récente de témoignages sur *#MonPostPartum* est un signal fort, un appel à rêver d'une évolution des façons de plaider en faveur d'une meilleure (re)connaissance des difficultés maternelles. La prise en compte de ces souffrances intersubjectives dyadiques ou triadiques passe par là.

En France, comme au Royaume-Uni, un authentique investissement social dans l'enfance et dans la santé doit commencer dès cette période pour éviter une partie des coûts induits par les conséquences de la souffrance psychique et de la pathologie mentale parentale, et surtout des souffrances évitables. Car, pour certains, comme le député Jean-François Césarini, le lien social se tisse dans la famille qui se fonde désormais sur l'arrivée de l'enfant.

Dans ce cadre, la protection maternelle et infantile, la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'adulte constituent le socle d'une santé mentale ouverte aux besoins des familles au moment où l'arrivée du bébé les transforme en profondeur, inscrite dans la Cité et s'appuyant sur les réussites françaises (travail personnalisé en réseau local de périnatalité) dans ce domaine.

Sur ce socle de proximité, des dispositifs de soins psychiques conjoints gradués et coordonnés, préventifs pour le bébé et curatifs pour les parents, traitant le trouble précoce de la relation parents-bébé, ont vocation à être promus sur l'ensemble du territoire national. Ces dispositifs demandent à être adaptés à la géo-démographie des départements qu'ils desservent.

Fédérés, les réseaux régionaux de santé périnatale, dont la mission va prochainement être élargie, pourront grandement contribuer à l'amélioration de la nécessaire coordination entre les acteurs de la périnatalité somatique et ceux de la périnatalité psychique.

Le 23 janvier 2020¹, la FNAAFP et l'Alliance avec le soutien du CHM, de l'ARIP, d'AG2R et de la CNAF ont été à l'origine d'un événement inédit dans le champ de la pspérinatalité : une journée de travail à l'Assemblée nationale introduite par Adrien Taquet « Mille & une raisons d'agir pour soigner les parents, prendre soin des bébés, et inversement... » Cette journée a permis l'expression de femmes ayant traversé de graves difficultés maternelles, de scientifiques de diverses disciplines, d'experts reconnus par leurs pairs venant de la société civile, de professionnels du sanitaire, du

1. <https://www.colloque-tv.com/colloques/mille-une-raisons-d-agir-pour-soigner-les-parents-prendre-soin-du-bebe-et-inversement>

médico-social et du social, et de députés acquis à cette cause et prêts à servir de relais auprès des autres parlementaires. Il s'agissait d'éclairer la représentation nationale et à travers eux les citoyens, d'inscrire dans la durée l'engagement des acteurs institutionnels dans l'Alliance en s'appuyant sur l'engagement de la représentation nationale et de montrer qu'il existe des pistes concrètes d'amélioration dont certaines ont déjà été mises en œuvre localement et ont vocation à être étendues. Cette journée devra déboucher sur une initiative en direction de la représentation nationale faisant valoir, département par département, l'état des dispositifs existant et l'état des moyens.

Des politiques publiques en périnatalité

Parmi d'autres, la future feuille de route Périnatalité de la Stratégie nationale de santé, les prochains décrets portant sur la périnatalité et la recommandation « Prévention, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux » de la Haute autorité de santé (prévue pour 2020) devraient constituer des éléments du cadre d'une politique publique ambitieuse.

Celle-ci, s'adressant à l'ensemble des familles en période périnatale, doit aussi bénéficier de façon spécifique aux familles les plus vulnérables (touchées par la maladie, la prématurité, la pauvreté, le handicap...) et tout particulièrement aux parents souffrant de troubles psychiques dans ce moment crucial de la vie que constitue l'entrée dans la parentalité.

Dans le contexte du Pacte pour l'enfance annoncé par M. Adrien Taquet, secrétaire d'État à la protection de l'enfance ; de la mise en place, le 19 septembre 2019 ; de la Commission des 1000 jours ; de la réforme annoncée de la PMI suite au rapport de la députée Michèle Peyron ; de l'intérêt marqué par Mme Agnès Buzyn, alors ministre des solidarités et de la santé, pour la santé mentale, la parentalité, les effets de la pauvreté sur le développement de l'enfant, et surtout dans l'attente du rapport de la Commission et des travaux de la mission d'appui de la DITP, les Assises du 21 septembre se sont voulues une contribution constructive et exigeante à une étape potentiellement historique en faveur non seulement des bébés de ce début du 21^e siècle mais aussi, comme le montrent actuellement les

progrès très rapides de l'épigénétique, de leurs enfants et de leurs petits-enfants.

RETOUR AUX UNITÉS

Une fenêtre d'opportunité ?

À Marseille, en septembre 2019, les unités, réunies, ont pu renforcer leurs liens. On peut d'ailleurs espérer qu'un pas a été franchi vers la constitution d'un réseau francophone plus formalisé, dont ce livre est un témoin et un outil (*cf.* infra le répertoire aléatoire de ressources augmenté).

Ces journées prenaient un relief particulier pour deux raisons :

D'une part, l'avancée de la sensibilisation des autorités sanitaires françaises à l'absolue nécessité du développement de la santé psychique et de la psychiatrie périnatales. On sait la radicale antériorité des *mother and baby units* sur les unités mère-enfant françaises (DUGNAT 1988). Les contacts entre les psychiatres périnataux français et leurs collègues britanniques datent en effet des années 1990, les intuitions fécondes de Paul-Claude Racamier au début des années 1960 ne s'étant concrétisées en France qu'au début des années 1980. L'engagement déjà ancien de l'école britannique de psychiatrie périnatale dans des recherches évaluatives a permis, au début des années 2010, un saut qualitatif avec la création de l'Alliance britannique de santé mentale maternelle. Avertie de ces avancées, la Société Marcé francophone, dont plusieurs membres avaient séjourné, ou s'étaient formés, dans les années 1990, au Royaume-Uni, a invité Alain Grégoire pour ses journées annuelles de novembre 2015 à la faculté de médecine de Marseille. Celui-ci avait pu y présenter, pour la première fois en France, la démarche employée au Royaume-Uni : centration sur les témoignages des usagères et usagers (personnes avec expérience vécue) ; rassemblement de l'ensemble des sociétés savantes de sage-femmerie, d'obstétrique, de pédiatrie, de médecine générale ... et de psychiatrie/pédopsychiatrie ; constitution d'un réseau de personnes ; recherche de fonds privés ; production par un organisme reconnu d'une évaluation médico-économique dans une logique d'investissement social ; campagne dans la société civile et auprès de la représentation nationale pour convaincre le gouvernement des besoins et de la pertinence d'y répondre authentiquement.

En 2017, le Dr Agnès Buzyn, alors ministre de la santé et des solidarités, mettait en place un comité national de pilotage de la psychiatrie, présidé, à l'origine, par Cécile Courrèges, alors directrice générale de l'offre de soin et le Dr Yvan Halimi. En mars 2018, ce comité, après avoir entendu Alain Grégoire et Michel Dugnat, validait l'importance d'une démarche de reconnaissance de la psychiatrie et de la santé mentale périnatales. Deux réunions de travail, en 2018 puis en 2019, permettaient ensuite, dans une période très concurrentielle, à un collectif informel de proposer un plan d'action cohérent sur la base des besoins nationaux à l'intérieur d'une psychiatrie en très grande difficulté démographique et d'une pédopsychiatrie encore plus menacée (nadir démographique des zones non hyper-urbaines...)¹. La mise au programme pluriannuel de la HAS d'une recommandation apparaît comme profondément complémentaire de cette attention ministérielle nouvelle.

D'autre part, l'ambition affichée par le Ministère de la santé et des solidarités d'une politique des 1000 jours en population générale avec la mise en place (le jour même du début du colloque « Soigner ensemble en pspérinatalité ») d'une commission présidée par le Dr Boris Cyrulnik. La lettre de mission de celui-ci dessinait une ambition prométhéenne embrassant la production d'un consensus scientifique qui permettrait de larges mises à niveau des professionnels de la périnatalité et de la petite enfance, le développement d'une meilleure information des parents sur les besoins fondamentaux des enfants, une réflexion sur les différents types de congés parentaux, etc. Si l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale a pu être entendue le 30 septembre en séance plénière, les collectifs des unités ne l'ont pas été. À ce jour (printemps 2020), la Commission n'a pas été en mesure de rendre un rapport dans les délais qui lui étaient impartis et c'est la DITP qui a produit un document synthétique extrêmement large dont on peut imaginer qu'il pourrait inspirer la politique des 1000 jours annoncée. Quoi qu'il en soit, le constat qu'autorise la lecture de ces différents documents fait craindre que la psychiatrie et la santé psychique périnatales ne soient pas repérées comme LA priorité de santé publique (Spirale n°92) dans un contexte où les 1000 jours resteraient ceux de la population générale.

1. Suggestions qui sont remontées dans la Commission des 1000 jours.

Un peu d'histoire ...

LES UNITÉS D'HOSPITALISATION

Les journées des unités d'hospitalisation conjointe parents-bébé ont changé de nom à plusieurs reprises. Elles ont été organisées à Créteil (par Bernard Durand) en 1993, à Montfavet (par Michel Dugnat et Françoise Dame) en 1995, à Montesson (par Patrick Chardeau) en 1997, à Brumath (par Yves Carraz et Annick Chauvin) en 1999, à Limoges (par Fabienne Souchaud et Fabienne Rainelli) en 2001, à Marseille (par François Poinso et Françoise Varraud) en 2003, à Villejuif (par Odile Cazas et Jacques Sarfati) en 2005, à Bordeaux (par Anne-Laure Sutter) en 2007, à St Denis (par Hervé Bentata et la regrettée Claude Boukobza) en 2009, à Poitiers (par Jean-Jacques Chavagnat et Myriam Added) en 2011, à Strasbourg (par Anne Danion-Grillat et Marie-Agathe Zimmerman) en septembre 2013, à Nantes (par Nicole Garret-Gloanec) en septembre 2015, à Paris (par Dominique Brengard, Laure Gontard, Romain Dugravier et Michel Dugnat) en septembre 2017.

Un effort a toujours été fait pour que cette organisation ne soit pas confiée deux fois de suite à la même équipe, quand il y avait de nouvelles équipes candidates.

LES UNITÉS AMBULATOIRES

Les journées des unités de soins conjoints ambulatoires parents-bébé (USAPB) ont été organisées depuis mars 2017 sous la double égide de la WAIMH-France (président Denis Mellier) et de la Société Marcé Francophone (présidente Florence Gressier, président élu Benoît Bayle). Elles sont nées d'une initiative bisontine avec Dominique Pluche-Galmiche, Laetitia Brun-Barassi, Sylvie Nezelof, Denis Mellier et la parisienne Sylvie Viaux-Savelon. Elles se déroulent depuis deux ans semestriellement à la Pitié-Salpêtrière. Elles se sont réunies le 23 mars et le 8 septembre 2017, le 23 mars 2018, le 28 septembre 2018 et le 29 mars 2019.

Les participants se sont répartis initialement en quatre groupes thématiques :

- Établissement d'une liste des unités de soins conjoints, en particulier ambulatoires (Michel Dugnat)

- Valorisation de l'activité de ces unités (Benoît Quirot et Christine Rainelli)
- Formation et recherche appliquée en psychiatrie et santé mentale périnatales (Jacques Dayan)
- Échange des pratiques (Denis Mellier et Didier Rabain).

Une enquête dépassant le simple recensement des unités pour fournir à leur sujet des informations qualitatives a été initiée par Sylvie Viaux-Savelon. Les résultats en seront publiés en temps utile.

Le pari de la collégialité ...

Concernant les journées des unités d'hospitalisation, le principe est, depuis 1993, le suivant : permettre au plus grand nombre possible d'équipes d'unités d'hospitalisation conjointe (à temps plein ou de jour) de partager sur leurs pratiques très spécifiques et de faire le point sur l'actualité de la psychiatrie et de la santé mentale périnatales. Ce principe d'échanges a été au fondement du travail du groupe « échange des pratiques » des unités ambulatoires, et il a été mis en œuvre toute la journée du vendredi 20 septembre 2019. Les échanges entre les professionnels réunis par la clinique parents-bébé permettent à chaque rencontre de constater la multiplicité et l'hétérogénéité des dispositifs existants. Reste à poursuivre la constitution d'un socle de culture commun.

En matière de valorisation

Un travail de *recueil des actes* a souvent été fait, sous forme de document relié-photocopié jusqu'alors, sous forme de document vidéoscopique en 2011, sous forme d'actes accessibles en ligne sur le site de l'Université de Strasbourg en 2013. En 2015 et en 2017, il n'y a pas eu d'actes. Il n'y a jamais eu jusqu'à ce jour de publication par un éditeur, mais certaines des interventions des Journées de Bordeaux (2007) ont donné lieu à la publication, chez Springer, d'un ouvrage collectif, malheureusement non traduit de l'anglais à ce jour (SUTTER-DALLAY *et al.* 2016). Ces actes, trop souvent artisanaux, ont permis de soutenir un travail d'écriture dans les équipes et de laisser une trace écrite des communications orales. Le choix a été fait, en 2019, de publier un livre dans un délai court (un semestre) pour

témoigner de la vitalité et de la créativité des équipes en intra- comme en interinstitutionnel et pour soutenir les bébés et leurs parents en donnant des arguments cliniques au plaidoyer de l'Alliance.

Se projeter dans l'avenir

Ce point d'étape sur l'existant méritera d'être actualisé de plusieurs façons : le recensement engagé dans un des groupes de travail se poursuit et la belle intention de tendre vers une certaine exhaustivité sera précieuse. Elle nécessitera de décrire attentivement chaque unité et l'enquête détaillée entamée montrera mieux les inégalités territoriales nationales en matière de soins conjoints. La carte provisoire ci-après est une version améliorée, mais toujours approximative, de celle publiée dans Spirale (2020), elle-même issue de celle présentée par Sylvie Viaux-Savelon et Sylvie Nézelof en septembre 2019 à Marseille. Elle a vocation à être largement mise à disposition du public et à montrer à la fois l'existant et l'ampleur des inégalités. Le groupe formation aura, lui, certainement un rôle précieux pour l'approfondissement ou la mise à niveau des pratiques des équipes. Le groupe recherche permettra de mettre en commun les besoins et les moyens car la recherche du groupe SMF-UMB dans les années 2000 n'a pas connu à ce jour d'équivalent. Enfin, le groupe sur la valorisation de l'activité devrait permettre d'interpeler à différents niveaux (DIM, ARS, DGOS...) sur la nécessité que la complexité des soins conjoints soit prise en compte budgétairement.

UN DÉBUT MODESTE DE RECONNAISSANCE DE LA PSYPÉRINATALITÉ

La psychiatrie périnatale a, pour la première fois, bénéficié de financements dédiés dans le cadre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP, 40 projets financés, 10 millions d'euros) et de l'appel à projets national relatif au renforcement de l'offre en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (35 projets financés, 20 millions d'euros). Ces appels à projets seront reconduits en 2020.

Ce sont ainsi cinq projets qui ont pu commencer d'être financés fin 2019 :

- consultation préconceptionnelle, CH Le Vinatier (ARA)
- centre de ressources, EPS Alsace Nord (GE)
- centre de ressources et unité d'hospitalisation mère-bébé, GH du Havre (Normandie)
- dispositif de dépistage et de soins, CH Montperrin (PACA)
- unité mobile prévention et soins précoces projet, CHI Robert Ballanger (IDF)

Descriptif de trois des projets financés¹

CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE ET ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX – LE VINATIER (LYON-BRON)

Ce projet s'articule autour d'une consultation préconceptionnelle. Celle-ci a pour objectif de donner un avis thérapeutique et de favoriser une prise en charge la plus précoce possible ainsi qu'un accompagnement prolongé (jusqu'à l'âge de la marche) sur l'Unité Serge Lebovici. Elle travaille en collaboration avec les psychiatres d'adultes du Vinatier et en réseau avec les acteurs de la périnatalité (en particulier les maternités) afin de favoriser l'accès à des soins obstétricaux spécifiques et adaptés pour ces patientes suivies en psychiatrie (financement d'un demi ETP médical, d'un ETP d'infirmier et d'un demi ETP de secrétariat).

CENTRE DE RESSOURCES ET D'EXCELLENCE EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE POUR LA NORMANDIE – LE HAVRE

Le projet d'ensemble associe, à terme, un dispositif de recours de type 3 adossé au service de pédopsychiatrie universitaire du Havre : une unité d'hospitalisation mère-bébé ; un niveau de soin de type 2 : une hospitalisation de jour/CATTP parent-enfant complémentaire ; une unité ambulatoire à domicile complémentaire d'un premier niveau de repérage et de soins en alliance et en cohérence avec les services de proximité. Il s'agit de rendre possible un parcours de soins gradués.

1. Une partie du projet de Montperrin est décrite infra dans l'article de Yves Rimet, *et al.* ; nous ne disposons pas d'informations complémentaires sur le projet du CHI Robert Ballanger.

Il intègre l'expérience en psychiatrie périnatale du chef de service et un partenariat déjà existant avec les soins somatiques en périnatalité. Il est soutenu par une très forte demande de tous les professionnels de terrain des trois niveaux de soins, elle-même l'écho d'un besoin exprimé par la population d'un parcours gradué, coordonné et visible. Il couvre le parcours de soins depuis la période préconceptionnelle jusqu'aux 2 ans du post-partum tant pour la mère, que pour l'enfant et la famille (père et fratrie).

Dès 2020, deux soignants spécifiques permettront de dédier aux troubles psychiatriques périnataux des lits de l'unité kangourou du service de néonatalogie du pavillon femme-mère-enfant du groupe hospitalier du Havre.

CENTRE DE RESSOURCE ET DE SOINS EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE – EPSAN (STRASBOURG-BRUMATH)

Au sein de l'intersecteur I02 de pédopsychiatrie, le projet est de développer l'offre de psychiatrie périnatale par la création d'un centre de ressource et de soins en psychiatrie périnatale. Il s'agit de compléter les équipes d'hospitalisation conjointe (hôpital de jour et unité d'hospitalisation complète) par la création d'une équipe mobile de soins en psychiatrie périnatale ; de développer l'offre de soins pour les pères ; d'améliorer les soins apportés aux bébés ; d'ouvrir une consultation préconceptionnelle et de développer les missions d'appuis-ressources. Des financements ont été obtenus.

UN ÉTAT DE LA PSYPÉRINATALITÉ RACONTÉ PAR SES ACTEURS

Une histoire parmi d'autres

L'histoire de la psychologie, de la psychiatrie, de la psychopathologie périnatales reste à écrire... à travers le prisme de sa pratique de psychologue en médecine périnatale, Élisabeth Darchis tire un fil d'une quarantaine d'années sur l'évolution des pratiques.

De la clinique dans les dispositifs de soins conjoints (parents-bébé)

Centrée sur la clinique dyadique ou triadique, la première partie illustre déjà la grande diversité des dispositifs de soins conjoints. Les trois situations de l'USAP de Lyon (Amélie Clément, *et al.*) montrent que cette unité, située en suites de naissance, exerce des fonctions différentes suivant les besoins des bébés et des parents, y compris le besoin d'une éventuelle séparation, proposant une typologie de trajectoires propre à cette unité. Ce qui est vrai pour celle-ci l'est très vraisemblablement pour les autres : le recrutement et le projet médical de chaque unité interagissent en permanence.

Le très original dispositif de soins intensifs à domicile de la Roche-sur-Yon, Winni à Dom, décrit par Marie-Charlotte Bouchard-Fernandez, *et al.*, montre comment un dispositif pionnier d'hôpital de jour se complète dans un partenariat original avec une hospitalisation à domicile de soins somatiques, et sort des dispositifs français très hospitalo-centrés. Ceci rappelle qu'au Royaume-Uni, il n'existe plus d'unités d'hospitalisation de jour comme celle qu'avait ouvert John Cox à Stoke-on-Trent dans les années 1990 : ce sont de solides équipes mobiles qui se rendent au domicile des patients sur des durées longues.

La contribution bizantine de Marie Schneider *et al.* montre différemment l'importance de la fonction contenante : dans l'histoire complexe présentée, l'articulation entre les différentes spécialités médicales et les divers psychistes est mise à rude épreuve par les *acting* de Madame. On sait que la construction d'un minimum de culture commune entre les équipes de soin psychique et de soin somatique nécessite un travail en réseau personnalisé qui peut faire l'objet d'un retour d'expérience et évite ainsi pour chaque équipe comme pour le réseau formel ou informel, l'accumulation de microtraumatismes fragilisant les futures actions communes.

Dans des quartiers difficiles du centre-ville de Marseille, la situation de Joséphine et de ses jumelles (Romagné *et al.*) raconte à la fois les articulations à l'intérieur de l'unité ambulatoire Didier Houzel, avec en particulier un groupe de psychomotricité, et entre celle-ci et une unité d'hospitalisation de semaine dont le rôle sera complémentaire du fait de la confiance entre les deux équipes.

Les dispositifs de filière comme celui de Christine Rainelli *et al.* assurent cette coordination entre des niveaux de soins différents qu'on trouve dans quelques régions en France, et en particulier en Nouvelle-Aquitaine. Dans la filière limousine, après une amélioration du parcours de soin et donc de la prévention des psychoses puerpérales précoces, la réapparition de quelques cas interroge.

Longtemps après le départ du Dr Jean-Marie Delassus et la transformation de l'unité temps plein de « maternologie » qu'il avait fondée et animée dans les Yvelines, une même équipe, opérant désormais l'hospitalisation de jour et la visite à domicile, dessine attentivement, entre dedans et dehors, l'intérêt de ce dispositif institutionnel où ce ne sont pas les TISF qui se rendent à domicile mais des professionnelles mieux entourées, mieux formées et plus contenues.

Dispositifs interinstitutionnels

Bien que la deuxième partie traite plus en détail des dispositifs interinstitutionnels, la clinique ne manque pas dans la présentation de l'équipe Fil-à-Fil de Liège (Heidy Allegaert, *et al.*). Il s'agit là d'un dispositif complet intervenant en soins relationnels en cas d'hospitalisation psychiatrique à temps plein ou de jour du parent, en ambulatoire et à domicile. Plusieurs membres de l'équipe travaillent, par souci de continuité, dans ces différents lieux. On note que le travail de l'équipe est soutenu sur un mode « bickien », d'une part, et « molénatien », d'autre part. Ceci comporte le fait que les membres de l'équipe partagent une fonction de liaison avec l'ensemble des partenaires, au-delà du travail en réseau personnalisé.

Autre dispositif de travail en réseau, l'extension du dispositif de soutien à la parentalité d'Aix-en-Provence, adossé au service de pédiatrie et médecine néonatale de l'hôpital général, en direction d'une capacité d'hospitalisation par mutualisation de moyens soignants dans les locaux de la néonatalogie avec l'indispensable soutien du pôle de pédopsychiatrie du centre hospitalier spécialisé de Montperrin-Aix est en cours de début de réalisation grâce au FIOP (Yves Rimet, *et al.*).

Encore un montage interinstitutionnel original avec la coordination d'une équipe d'un hôpital de jour pour adultes à Toulouse (Perrine Helias) et l'équipe de psychiatrie périnatale du service universitaire de

psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Ludivine Franchitto) qui offre un jour par semaine une capacité de soins de jour et un temps de parole de groupe. Les réflexions sur la dynamique institutionnelle complexe, même réglementairement, constitue un socle de construction. Ceci étant, il apparaît manifestement que l'absence à Toulouse d'un dispositif cohérent, gradué, de l'ambulatoire et de la liaison jusqu'à l'hospitalisation temps plein, demeure un scandale dans une capitale de région, même si les CHU de Grenoble, Clermont-Ferrand, Brest, Reims, Rouen et bien d'autres ne sont pas non plus équipés en la matière. Le cas clinique toulousain montre comment faire avec une femme souffrant d'une grave maladie psychiatrique dont le bébé est atteint d'une grave maladie somatique.

À Clermont-Ferrand, c'est la coopération, à travers un groupe thérapeutique bimensuel mère-bébé (père accueilli par ailleurs) coanimé, dans le cadre d'une convention entre le département et le CHU, par la PMI et la pédopsychiatrie (Églantine Beaury-Pitois, *et al.*), qui incarne la prévention secondaire en santé mentale périnatale. Là aussi, une situation dramatique, potentiellement sidérante pour la mère comme pour les équipes, illustre la richesse des collaborations.

C'est ce que rappellent également Servane Legrand *et al.* en montrant concrètement le rôle soignant qui peut encore être celui de la psychologue clinicienne dans certaines équipes de PMI. Force est de constater que, dans de nombreux départements, ce n'est plus d'un soin prévenant en prévention précoce qu'il s'agit, mais bien plutôt d'un rôle au service de la protection de l'enfance.

Diverses modalités de soin

La partie III, kaléidoscopique, montre la créativité des équipes. Tel un quatuor, l'équipe de Montesson autour de Véronique Dagens évoque une situation clinique en portant l'attention sur le contretransfert et les contre-attitudes au moyen d'une narration à plusieurs voix, tentant de mettre à l'épreuve un original outil de partage des émotions. Lequel a probablement joué un autre rôle que celui qu'on attendait de lui.

À l'autre bout de la palette, l'assistante sociale (Maud Gassama) et la psychomotricienne (Frédérique Joncheray-Chaar) du réseau de psychiatrie périnatale bordelais ont fait le choix de l'éducation thérapeutique en psychiatrie périnatale pour harmoniser le projet de soin de l'hospitalisation

de jour et de l'hospitalisation temps plein situées dans des hôpitaux différents que les dyades fréquentent, si besoin, successivement. Un bilan, appuyé sur de nombreuses échelles, permet l'élaboration du projet de soin et la proposition d'ateliers.

On sait que de nombreuses unités françaises ne font pas bénéficier les bébés et les parents de la présence d'une psychomotricienne. Peut-être du fait de son inscription dans un hôpital uniquement pédiatrique, l'unité de jour de l'HUDERF (Poncelet, *et al.*) offre un remarquable exemple de l'importance de la prise en compte des corps, et des émotions qui les meuvent, à travers les regards croisés de la psychomotricienne et de la pédopsychiatre sur des histoires cliniques partagées.

Avec une écriture de dentelière, la marseillaise Nathalie Bonnes décrit comment l'apparemment banale l'art-thérapie qu'elle pratique fait de l'objet en fabrication un média qui va permettre au sujet de s'exprimer. Elle montre que la dimension psychique et le désir circulent dans une art-thérapie éclairée par la psychanalyse, qui travaille avec l'insu.

À propos d'écriture, l'atelier la Petite fabrique d'histoires (Nathalie Aroca et Claire Capron) occupe une place entièrement à part des soins psychocorporels individuels ou groupaux de l'unité de Montfavet-Avignon, à moins que ce ne soit une place à part entière. Il propose lui aussi aux écrivantes de faire l'expérience d'une activité créatrice, sans lien direct apparent avec la relation mère-bébé.

Descriptions de quelques dispositifs

Entre les dispositifs interinstitutionnels de la partie II et les modalités de soin intra-institutionnelles de la partie III, la partie IV est consacrée à la description de quelques unités qui constituent en elles-mêmes des dispositifs.

L'unité père-mère-bébé de Dijon (Stéphanie Dupuis et Marie Gentil) est un dispositif ambulatoire riche en temps très partiels, à l'exception de la sage-femme, Marie Gentil, qui travaille à temps plein. Cette unité assume son inscription dans un hôpital psychiatrique derrière des murs d'enceinte du XIV^e siècle en plein centre-ville et une activité intense dans la maternité du CHU de Dijon. L'accueil sans rendez-vous et l'ouverture aux papas la caractérisent.

L'Unité parents-enfant (Anne-Valérie Linglin, *et al.*) du service universitaire de psychiatrie infanto-juvénile du Pr François Poinso (AP-HM) tient sans doute son originalité du fait que l'hospitalisation de semaine et l'hospitalisation de jour sont, en journée, opérées sur le même site par la même équipe. Celle-ci propose une typologie des styles de parents en début, milieu et fin de prise en charge.

L'Unité Serge Lebovici à Lyon (Nathalie Elbaz et Gaspard Prunayre) consacre, elle, une journée aux femmes enceintes et quatre à des mères avec bébé, souvent patientes de psychiatrie de l'adulte du Vinatier. Elle accueille plus de 40 % de femmes schizophrènes, près de 40 % de dépressions graves et près de 20 % de femmes bipolaires. Ses médecins sont particulièrement attentifs au chaos dans les interactions mère psychotique-bébé.

Le soutien à la parentalité fait désormais l'objet d'une politique publique. L'unité toulonaise d'Yves Bernaud *et al.* s'en est saisi en se voyant allouer un mi-temps de sage-femme et un mi-temps de psychologue, ce qui permet une action cohérente de séances de soutien à la parentalité auprès de parents accueillis dans des structures d'hébergement social ou de placement familial du département du Var, soit sept structures cible et près de deux cent places.

Spécificité de la structure d'hospitalisation parents-bébé de Liège (qui a bien failli fermer pour des raisons budgétaires), l'hospitalisation conjointe se trouve enchâssée dans une vingtaine de lits de pédopsychiatrie. Damien Lermينياux *et al.* pèsent les avantages et inconvénients de cette configuration par ailleurs très ouverte aux pères.

De la nécessité des partenariats face aux vulnérabilités multiples

La partie V commence par un chapitre crucial proposé par Nicole Garret-Gloanec et Anne-Sophie Pernel. Nicole Garret-Gloanec, forte de l'incomparable expérience clinique accumulée au Centre nantais de la parentalité, dispositif gradué, coordonné et complet, qu'elle a fondé et développé, rappelle que l'évaluation du risque pour le bébé passe par celle de l'environnement, de la relation parent-enfant, des interactions, de la parentalité, mais aussi, bien sûr, de l'observation même du bébé. Elle insiste sur un positionnement dans le champ du soin et non dans le registre éducatif. Et met l'accent sur l'exigence, sur le plan émotionnel, pour les professionnels, du travail auprès des enfants en risque de maltraitance.

Dans la droite ligne de Nicole Garret-Gloanec, l'alliance entre deux hôpitaux bruxellois a été le moteur d'une fédération des îlots de bonnes pratiques concernant les femmes à grande vulnérabilité médico-psychosociale en un projet ambitieux, *Born in Brussels*. Les psychistes Vildan Golban, Isabelle Lambotte, Joëlle Rabinowitch et Véronique Delvenne y ont fortement plaidé pour la formation des intervenants de première ligne à une utilisation raisonnée des outils de dépistage. Elles ont insisté sur l'indispensable dimension de rencontre avec la mère ou la future mère et l'intervenant, mais aussi sur l'importance des rencontres entre intervenants, malheureusement non valorisées financièrement jusqu'alors.

Toujours en région Bruxelles-Wallonie, mais dans un tout autre style, Nicolas du Bled et Alexandra d'Oultremont, partant du mythe de Léto, fille d'un Titan, présente l'institution Ulysse dédiée à l'accompagnement psychologique et social des personnes exilées en Belgique en précarité de droit au séjour. Dans ce service de santé mentale attentif à la thérapie institutionnelle, un dispositif d'accompagnement périnatal, Aïda, a été développé et ce sont les leçons de la première année de ces consultations qui sont présentées. Elles insistent sur le fait que l'épreuve de la clinique a conduit à abandonner certains présupposés de départ pour laisser aux familles le rôle actif de se saisir à leur façon du dispositif.

À partir d'un parcours migratoire et traumatique, comme il y en a trop, Katell Faure et Line Cottenceau-Godet nous ramènent à Nantes dans le Home, partie la plus intensive du dispositif nantais de psypérinatalité (*cf. supra*). On sait que différents types de traumatismes sont présents dans près d'un quart des situations prises en charge par les unités d'hospitalisation conjointe...

Mais en l'absence de ces dispositifs de soins intensifs et coûteux, le développement de services de soins de suite, comme le Vésinet, qui date du XIX^e siècle, et l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien, de création récente, jouent un rôle précieux en psypérinatalité (Frédérique Rouveau, Mahalia Fadiga, Doriane Lemarchand). Le séjour y est structuré en plusieurs phases, dure en moyenne deux mois, s'adresse principalement à des femmes en situation de grand isolement social, relationnel, familial, affectif. Une équipe socio-éducative prépare le projet de sortie qui peut se faire en direction d'un centre maternel. Le suivi sur le plan psychologique est assuré par des psychologues en interne.

Et en l'absence de ces services de suite, et *a fortiori* d'une unité d'hospitalisation conjointe, Gwenaëlle Andro, Solène Spiers, Anne Renet-Hurel et Fabien Lesclous montrent, à quatre voix, en s'appuyant sur une histoire clinique, comment les soins psychiques conjoints peuvent être apportés par une unité ambulatoire rattachée à un CHU dans un centre maternel départemental.

Enfin, on ne peut que partager la conviction d'Élisabeth Chaillou que des consultations parents-bébé pluridisciplinaires pédiatre, pédopsychiatre, psychomotricien peuvent être précieuses dans le cas de grande prématurité, et surtout lorsque le bébé présente un évitement relationnel.

Outils d'(in)formation, formations aux outils

La partie VI, abondée par des membres du groupe « formation » du collectif des unités de soins conjoints, interroge cette question de la formation, mais aussi celle des dynamiques institutionnelles qu'elle implique, ainsi que la question des outils.

En écho aux belles recherches menées à Genève dans les années 1990, qui avaient montré que la guidance interactive était une modalité de psychothérapie mère-bébé aussi efficace que les psychothérapies psychanalytiques brèves, Sandra Rusconi Serpa *et al.* confirment qu'en situation de traumatisme périnatal comme de trouble du spectre autistique dans la première enfance (moins de 3 ans), cette méthode est précieuse pour des familles cumulant des facteurs de risque de natures plurielles.

Dans un tout autre registre, l'ensemble de l'équipe de La Frimousse, hôpital de jour trentenaire d'Alsace, avec Sarah Sananès *et al.*, a fait le choix de se doter d'un socle commun pour une équipe en pleine transformation : celui d'une éthique lóczyenne appuyée sur le respect de l'activité autonome de l'enfant. Une attention toute piklerienne aux mouvements institutionnels a permis de les repérer à la suite de chaque moment de formation. L'aménagement de l'espace, le rythme des journées, la suppression des portiques et des tapis d'éveil au bénéfice de l'activité libre transforment en profondeur l'institution en y interrogeant habitudes et routines.

À une échelle différente, les groupes bébé-parents des Ateliers Pikler comme ceux de Lyon (Maryse Chabaud, *et al.*) offrent un accueil insolite dans lequel des propositions parfois étonnantes pour les parents, comme celle du plat dos pour les tout-petits, l'observation partagée avec les

accueillantes, l'« être avec » sont faites. S'adressant à des parents tout venant, ce dispositif ambitionne d'être un entre-deux dans le soin en pspérinatalité, attentif à préserver les ressources développementales des bébés et porté par le souhait de transmettre aux parents une conviction : celle de la liberté de mouvement comme expérience subjectivante.

Une autre équipe que celle de La Frimousse s'est elle aussi formée à l'observation Pikler-Lóczy ce qui a sensibilisé ses acteurs à la clinique centrée sur le bébé ainsi qu'à la nécessité d'une réunion hebdomadaire entièrement consacrée à celui-ci et faisant l'objet d'une synthèse à partir d'une trame comportant plusieurs rubriques : celle de l'Hôpital mère-enfant de l'Est parisien (Germain Dillenseger, *et al.*).

D'autres méthodes d'observation du bébé utilisées en psychologie du développement interactionnistes s'appuient sur la micro-analyse. Des films de Valéria Lumbroso ont ainsi servi à la fabrication d'outils novateurs de formation en présentiel, en distantiel et hybrides. Maya Gratier, Emmanuel Devouche et Drina Candilis ont veillé à leur qualité scientifique.

Ces films ont pu être utilisés par ces derniers et Natacha Collomb, Ingrid Garnier et Aude Penel, tous formateurs de l'ARIP, pour proposer diverses utilisations à des professionnels en région PACA et permettre leur mise à niveau en connaissances utilisables en pratique de la psychologie du développement interactionniste. Deux dimensions essentielles s'articulent dans ces formations : éprouver, grâce aux images, les manières dont parents et bébés se connaissent et se comprennent dans une période préverbale et associer ces éprouvés avec les connaissances actuelles sur la façon dont le développement « niche » dans l'interaction. La dimension groupale de l'observation des films transforme les participants par une immersion dans la vie relationnelle des bébés et de leurs parents.

Toujours avec des films, mais de nature très différente, l'objectif de Gaëlle Guernalec-Lévy avec les films Papoto et des ateliers animés à partir de ces vidéos est clairement de transmettre des informations « scientifiquement » fondées sur l'ensemble du développement à tous les parents, en particulier les plus fragiles.

Rechercher pour agir

La santé mentale et la psychiatrie périnatales font l'objet de recherche dont la partie VII donne un aperçu. Une revue synthétique de la cohorte

française (2001-2010) de la Société Marcé francophone et du Groupe des unités mère-bébé, coanimé naguère par Nine Glangeaud, rappelle la richesse de cette étude multicentrique observationnelle et prospective qui a inclus plus de 1000 dyades hospitalisées conjointement. Les travaux ultérieurs de Florence Gressier et d'Anne-Laure Sutter y sont aussi présentés. Il faudrait retrouver dans les années à venir une ambition collective à la hauteur de ce travail qui a permis la création d'une base de données non encore exploitée exhaustivement.

La contribution de Marie-Camille Genet *et al.* étudie finement les troubles psychiques au sein des centres maternels en les articulant avec l'évaluation des bébés suivis par les équipes PPUMMA et de l'Aubier. Cette recherche-action prouve que le service public de psychiatrie infanto-juvénile permet des travaux portant à la fois sur les dispositifs interinstitutionnels et sur l'objectivation du développement de l'enfant. Elle appelle à une extension en direction d'une recherche multicentrique.

Enfin, une proposition de recherche-action, le KiT dépression/retrait, ambitionne de constituer un test de repérage précoce des douleurs intersubjectives mère-bébé. Il s'agit, en rassemblant plusieurs échelles, ADBB, EPDS, PIPE, de confier à des généralistes et à des pédiatres l'orientation des dyades vers un niveau de soin adapté (quand celui-ci existe sur le territoire, bien évidemment). Joëlle Rochette rappelle ses travaux, novateurs dans les années 2000, d'articulation entre des groupes de parole de femmes dans les premières semaines post-partum coanimés dans les locaux de la PMI par une pédiatre et une psychologue et, par la suite, d'une activité de consultation individuelle en CMP pour celles qui le nécessitaient. L'analyse des données recueillies à l'époque et celle de 12 dyades de l'unité d'hospitalisation de semaine du service du Pr François Poinso (AP-HM) l'a conduite à un projet de recherche articulant connaissances en santé publique et en psypérinatalité, et évolution des pratiques de prévention précoce, dont elle expose les prémisses.

Pour ne pas conclure

Denis Mellier propose, devant la diversité des dispositifs, d'employer le concept de contenance pour penser le travail des liens en périnatalité. Ancré dans une conception psychanalytique des notions de cadre et de dispositif, il insiste sur l'ensemble des liens qu'il s'agit de développer : entre

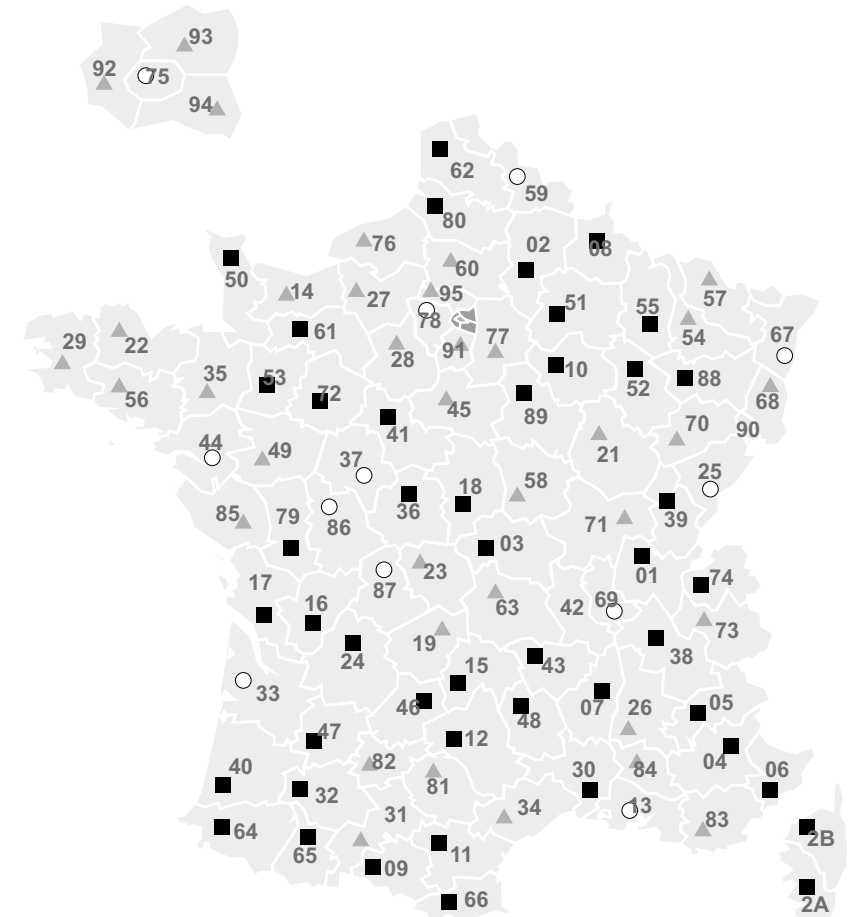
le bébé et ses parents, le réseau primaire et le réseau secondaire. Il considère que les qualités attendues des dispositifs ne sont pas propres à la périnatalité mais à toutes les situations d'accueil des souffrances archaïques. Il conclue sur les réseaux institutionnels et sur le travail en réseau personnalisé, dans la lignée des travaux de Françoise Molénat. Il appelle à la reconnaissance de l'ensemble de dispositifs formels ou informels créés par les équipes de terrain.

POUR CONCLURE

Michel Dugnat appelle, à 23h59, le 18 mars 2020, tous les psypérinatistes à devenir encore plus créatifs et collaboratifs en se saisissant de l'ensemble des outils technologiques disponibles pour être solidaires entre eux et pour soutenir, en période de pandémie, par tous les moyens, les bébés à venir et déjà nés ainsi que leurs parents. Les différents collectifs et l'Alliance seront à leurs côtés dans les semaines, les mois et les années qui viennent. Concrètement, des listes de professionnels disponibles – pour d'autres professionnels comme pour des parents – par téléphone ou téléconsultation seront mises en ligne et il y aura sans doute, en psypérinatalité comme ailleurs, un avant et après. Qui sait ce que penseront les lecteurs des temps à venir ?

BIBLIOGRAPHIE

- ALLIANCE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE PÉRINATALE (2020)
« Pyspérinatalité : LA priorité de santé publique ! », *Spirale* n°92.
- APTER et al. (2019) *Early Interaction and Developmental Psychopathology*, Springer International Publishing Switzerland.
- CANDILIS D. et DUGNAT M. (dir.) (2017) *Bébé sapiens. Du développement épigénétique aux mutations dans la fabrique des bébés*, Toulouse, érès
- DUGNAT M. (1988) *Hospitalisation mère-enfant en pédopsychiatrie : stratégie d'une prévention primaire*, Marseille, thèse de doctorat.
- _____. (dir.) (1996) *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins? Hospitalisation conjointe et réseaux de soins précoces en périnatalité*, Toulouse, érès.
- HOUZEL D. (1999) *Les enjeux de la parentalité*, Toulouse, érès.
- MAMAN BLUES (2010) *Tremblements de mères*, Paris, éditions L'Instant Présent.
- RIVOAL A.-M. (2020) « Seule avec cette étrangère, réunies par le Village », *Spirale* n°92, p. 26-29.
- ROSA H. (2013) *Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte.
- SIMEONI U. (2020) « Le développement et les 1000 premiers jours : une opportunité de prévention précoce en santé », *Spirale*, n°92, p. 42-44.
- SUTTER-DALLAY A.-L., GLANGEAUD-FREUDENTHAL N.M.-C., GUEDENEY A., RIECHER-RÖSSLER A. (dir.) (2016) *Joint Care of Parents and Infants in Perinatal Psychiatry*, Springer International Publishing Switzerland.



■ Aucun dispositif dédié de soins conjoints

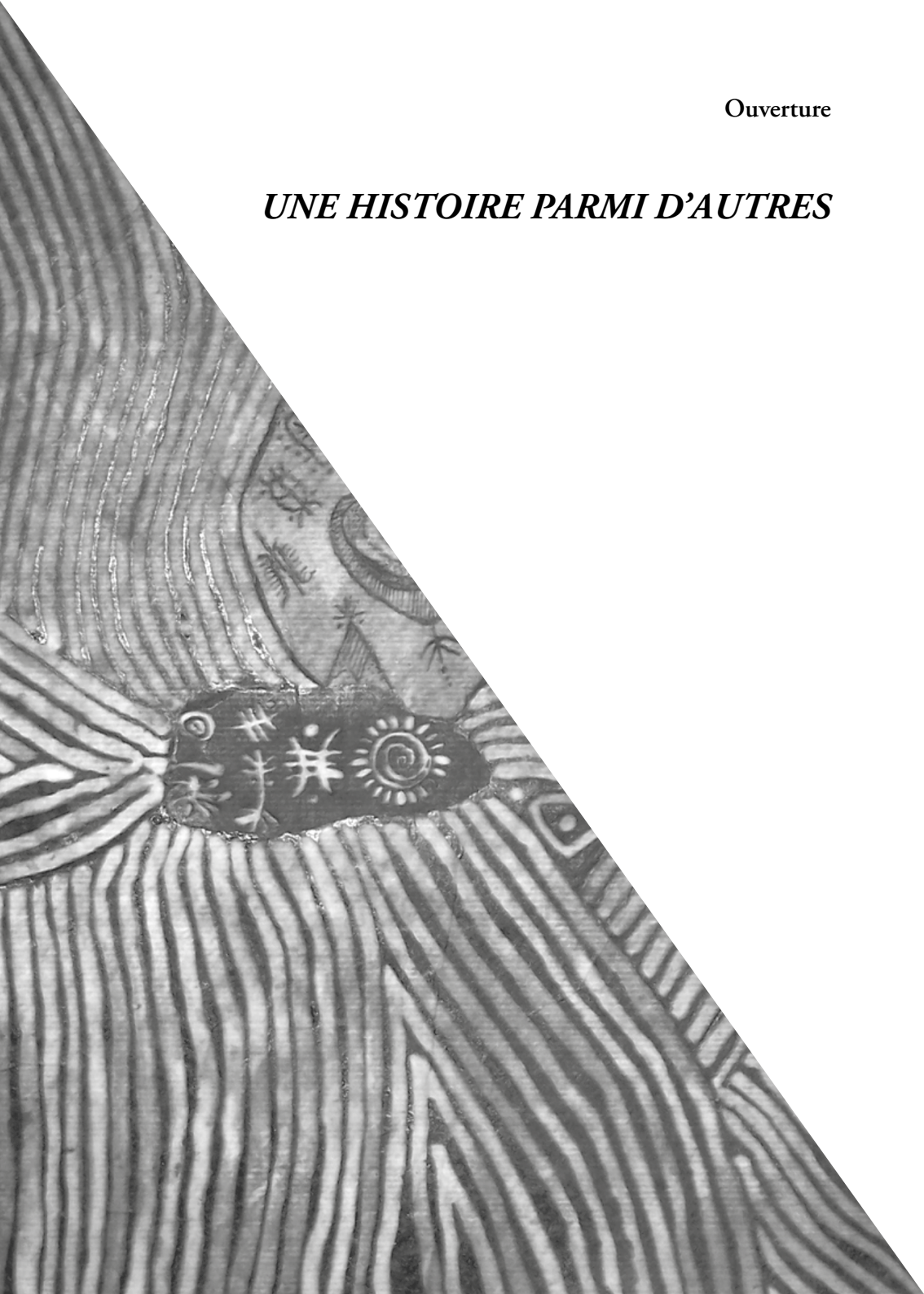
▲ Un à deux niveaux de soins conjoints

○ Tous les niveaux de soins conjoints : HTP (ou HDS), HDJ (ou équipe mobile), consultation

Cette carte (non exhaustive) a été établie sur la base des indications du site de la Société Marcé francophone (pour les unités de soins conjoints hospitaliers et de liaison) et (pour les unités de soins conjoints ambulatoires) du groupe de travail « Recensement » (soutenu par Patricia Brottes puis Christiane Souillot grâce à l'ARIP) du Collectif des unités de soins ambulatoires parents-bébé, collectif animé par Sylvie Viaux-Savelon, Sylvie Nézelof et Denis Mellier, telle que présentée aux Assises de la santé mentale périnatale (19-21 septembre 2019). Améliorée pour le *Spirale* 92, puis pour cette version, elle palie à l'absence totale de données officielles de l'administration centrale. La liste dont elle issue est destinée à être mise en ligne sur divers sites. Actuellement, les unités de soins conjoints hospitaliers recensées sur le site www.marce-francophone.fr peuvent, par téléphone ou par courriel, renseigner sur les dispositifs de soins conjoints ambulatoires. Pour tout renseignement complémentaire, chris.graphic@wanadoo.fr. Merci à tous.

Ouverture

UNE HISTOIRE PARMI D'AUTRES



ÉVOLUTION DES PRATIQUES DANS L'HISTOIRE D'UN RÉSEAU EN PSYPÉRINATALITÉ, DES ANNÉES 1970 À NOS JOURS

Élisabeth DARCHIS¹

Depuis plusieurs dizaines d'années, les recherches en psypérinatalité sur la psyché parentale, sur celle du bébé et les compétences de celui-ci, puis sur les interactions précoces se sont fortement développées, permettant des prises en charge opérantes, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation. Les modèles théoriques qui en découlent ont fait évoluer les pratiques de l'accompagnement des liens précoces, puis de tout le groupe famille en périnatalité.

Ma trajectoire professionnelle durant plus de trente-cinq ans dans les services de maternité/gynéco-obstétrique, de pédiatrie et de néonatalogie, m'a permis de participer à cette évolution du suivi de l'accouchée et du bébé, puis de la femme enceinte, du futur père, de la dyade mère-bébé à la triade, jusqu'à la thérapie de la famille qui peut démarrer avec le bébé *in utero*.

J'ai été impliquée dans le grand mouvement de l'histoire de ces prises en charge, notamment de ma place de psychologue clinicienne entre 1980 et 2010 à la maternité de l'hôpital Louis-Mourier² (vacataire puis

1. Psychologue clinicienne, thérapeute psychanalytique de groupe, famille et couple, enseignante responsable pédagogique du DU de Paris VII.
2. Service des Professeurs Philippe Engelmann, puis Laurent Mandelbrot, Hôpital AP/HP, Colombes, 92700.

titulaire à plein temps après 1990), où j'ai eu la chance de travailler avec de nombreux partenaires dans un réseau riche et précurseur qui continue de nos jours à accompagner les soins en psychopérinatalité.

PREMIER NIVEAU : PRISE EN COMPTE DE L'ESPACE PSYCHIQUE DU SUJET

Pendant longtemps, le modèle médical a dominé au sein de la psychiatrie mondiale, en soignant individuellement et sans prendre en compte la réalité des liens. Ainsi, avant les années 1980, les praticiens de la périnatalité psychique se penchaient surtout sur le sujet singulier, notamment la mère, avec ses satisfactions, mais aussi ses souffrances ou ses symptômes. Dans ce premier espace psychique, on s'intéressait principalement aux troubles puerpéraux maternels, surtout après la naissance du bébé. Cette approche est encore présente de nos jours, mais dans les années 1970-80 elle conduisait à l'hospitalisation de la mère, voire au placement du bébé et ils étaient séparés. Il n'y avait pas de travail véritable avec les différents partenaires, et parfois, les orientations se contredisaient.

Déjà dans les années 1970, lors de mes vacances pour accompagner des demandes d'IVG où je répondais aux signalements des équipes du service de maternité, j'avais ressenti le manque de partenariats et de dispositifs en psychopérinatalité. De même, comme psychologue au foyer de femmes victimes de violence, je trouvais que les aides pour des femmes enceintes battues étaient très restreintes¹. Entre l'orientation sur la psychiatrie adulte ou sur des cabinets payants, beaucoup de futures mères préféraient tenter de s'en sortir seules.

Je me souviens de cette jeune accouchée qui avait hésité à faire une IVG dans les années 1970. Ses convictions religieuses l'avaient conduite à poursuivre sa grossesse, mais elle n'avait pas été entendue dans sa détresse. À la naissance du bébé et en l'absence d'un conjoint, elle avait demandé à confier son bébé à l'adoption. Au pied du lit en maternité, lors de notre premier entretien, cette femme était désespérée, car l'équipe, trop impliquée affectivement, avait fait

1. J'avais travaillé de 1978 à 1990 comme psychologue dans l'un des premiers centres de femmes et enfants victimes de violence en France (centre Flora-Tristan à Clichy puis à Châtillon, Hauts-de-Seine). J'avais commencé là à explorer l'impact des aléas de la petite enfance et l'influence de la part familiale ancestrale qui participait aux fragilités psychiques et à la complicité inconsciente de la violence familiale et conjugale ou au victimat des personnes battues (DARCHIS 1991).

passer dans sa chambre une infirmière confiée à la DASS dans son enfance. Cette professionnelle avait dénudé son dos pour montrer ses cicatrices issues de la maltraitance de la famille d'accueil. Elle avait demandé à cette femme de ne pas faire subir le même sort au bébé, et la jeune accouchée était désemparée, voire suicidaire. Le passage ponctuel en hospitalisation de la psychologue, à peine une heure par semaine était trop insuffisant pour accompagner les équipes et la dyade mère-bébé. Pour cette femme, une orientation a été faite à l'époque vers la psychiatrie adulte, et le bébé reconnu par elle a été placé ! Aucun attachement n'a pu être favorisé, et l'enfant a vécu l'abandon de sa mère.

Citons aussi le cas d'une femme enceinte en 1980 à la maternité de Louis-Mourier et qui avait des antécédents de psychose puerpérale. Cette situation fait partie de mes premiers suivis de femmes enceintes pour la prévention des psychoses puerpérales.

Eva est orientée pour sa deuxième grossesse par la gynécologue du service vers ma consultation en maternité. Elle avait eu un premier enfant dans une clinique de province et racontait que la naissance avait été « une horreur. » Elle tremblait encore en évoquant ses anciens vécus de persécution et ses sensations de brûlures extrêmes lorsque les soignants la touchaient. Elle pensait qu'elle allait prendre feu et elle hurlait pour éloigner tout le monde. Délirante, elle avait été transférée en psychiatrie adulte dans ce tableau de psychose puerpérale, à une époque où les unités mère-bébé n'existaient pas encore. Fortement médicamentée et après deux mois d'hospitalisation, le lien avec son bébé n'avait pas pu se construire. L'enfant, confié aux beaux-parents paternels, était rendu responsable de cet épisode d'effroi qu'elle avait traversé en postnatal. Puis le couple s'était séparé, et elle n'avait aucune nouvelle de cette fille aînée depuis des années.

Eva avait peur de revivre ce cauchemar, mais elle redoutait aussi les psychiatres, qui allaient fortement la droguer, disait-elle. Nos entretiens psycho-périnataux ont permis de retrouver des sensations et des images de son enfance. Contenue par la fonction alpha-thérapeutique, elle a pu entreprendre ce que j'ai nommé

son « voyage psychique périnatal » pour retrouver ses racines, réaménager et transformer un matériel traumatique ancien. Elle a pu reconstruire une parentalité en se différenciant de sa mère, schizophrène, qui l'avait élevée seule. Elle a raconté la folie de cette mère qui, par exemple, la réveillait la nuit en plein hiver pour aller prier dans l'église du petit village. À moitié endormie, elle entendait le discours maternel plein de terreur, lui disant de se dépêcher pour empêcher la fin du monde ou pour sauver l'humanité. Frigorifiée, elle courait dans la neige qui lui brûlait les pieds et dans la peur de ne pas arriver à temps, elle était épouvantée par ce que lui décrivait sa mère hallucinée.

En devenant elle-même une mère, elle avait replongé dans la frayeur. Elle associera ses sensations de brûlures aux gelures et aux feux de l'enfer promis par la mère. Auparavant, elle n'avait jamais fait de lien entre ce passé et ses troubles puerpéraux. Elle tentait d'oublier son premier enfant, comme ce qu'elle avait vécu dans son enfance. La reprise et le réaménagement de cet héritage psychique ont permis à cette femme de se construire dans une différence générationnelle avant l'arrivée de son deuxième enfant. L'accouchement d'Eva, contenue et rassurée par les équipes, s'est bien passé, sans besoin de médicaments. La présence de son nouveau conjoint, qui sentait la fragilité de sa femme, a favorisé la sécurisation et la représentation d'une famille différente de l'enfance. Puis le suivi en postnatal a soutenu la construction de la famille, car le père est venu à quelques entretiens familiaux.

C'est seulement lors de la troisième grossesse, lorsque le couple est revenu poursuivre un travail familial à la maternité, qu'Eva a pu reparler de l'existence de sa première fille, et j'ai alors appris le prénom de son aînée. Soutenue par son compagnon, elle a téléphoné au père de sa fille pour prendre des nouvelles et envisager un avenir où elle pourrait revoir cette aînée lors de droits de visite. La grossesse de cette femme avait réveillé, au présent, une scène ancienne catastrophique, dans une confusion générationnelle et temporelle. Une prise en charge était nécessaire.

Dans le but d'éviter les récurrences de psychoses puerpérales maternelles, c'est la médication qui était, à l'époque, systématiquement prescrite à ces

femmes dès la grossesse suivante ; mais ces traitements n'aidaient pas à mobiliser le travail de transformation de l'héritage psychique nécessaire à la construction de la famille. Lorsque ces femmes étaient fortement médicamenteuses, on observait souvent une absence de préoccupation maternelle anxieuse. Hors du temps et sans ancrage dans leur histoire, tout allait bien en apparence sous médicament, mais rien ne se construisait psychiquement dans la filiation. En effet, sans médication, les psychoses puerpérales récidivaient à l'arrivée du deuxième puis du troisième enfant, car sans travail psychique le risque perdurait.

De son côté, si le père décompensait, il se retrouvait au service de psychiatrie de l'adulte, où l'on ne faisait pas de lien avec son statut de jeune père. Dès les années 1980, je prenais en charge les situations à risque de décompensations maternelles et je faisais progressivement de même pour les pères, puis pour les futurs parents. Les troubles puerpéraux paternels étaient peu explorés, même si quelques recherches commençaient à exister¹. À cette époque, le couple traversait la crise périnatale au temps de la grossesse sans être écouté et le risque était parfois l'éclatement du couple ou de la famille qui ne pouvait naître.

Le nourrisson était observé dans ses réactions (expérience *still face*, séparation et insécurité, hospitalisme...), pratique opérante et très riche dans l'enveloppe qu'elle propose et qui s'est prolongée dans l'observation Esther Bick ou à l'association Lóczy. Les travaux d'éthologues comme Konrad Lorenz et Harry F. Harlow avaient déjà apporté des éclairages sur les effets des séparations et des praticiens comme René Spitz, Donald W. Winnicott, John Bowlby avaient aussi permis une compréhension des souffrances de l'enfant. Pourtant, avant les années 1980, l'accompagnement du lien mère-bébé n'était pas une pratique généralisée, même si des précurseurs comme Paul-Claude Racamier avaient déjà proposé, en France, l'hospitalisation mère-bébé.

Dans les années 1970-1980, les symptômes chez le bébé étaient en général détectés plus tard, et sa prise en charge tardive, souvent après 3 ans, se déroulait en individuel sur de nombreuses années, avant que lui succède le suivi d'un benjamin. La grande majorité des consultations d'enfants n'envisageaient donc pas encore de suivis thérapeutiques pour les petits de moins de trois ans. Les réseaux de soins périnataux psychiques n'existaient

1. Cf. Atelier de recherche à la Société Marcé Francophone : « Processus de paternité et pathologies puerpérales », avec Moreau, Sirol, Feunteun, Glangeaud, Darchis, qui nous avait rassemblés à la fin des années 1980.

pas, et les secteurs de pédopsychiatrie ne prenaient pas en charge les troubles psychiques des relations précoces, excepté dans quelques lieux précurseurs.

Pendant plusieurs années, les quelques professionnels de la périnatalité psychique, dont je faisais partie, étaient souvent seuls en tant que psychistes sur le terrain, notamment en structure hospitalière, sans relais ni réseaux. À partir de 1980, j'ai éprouvé cette solitude en maternité hospitalière de Colombes, quand il n'y avait pas encore de partenariat extérieur suffisant pour prendre en charge les troubles précoces mère-bébé. J'avais commencé à travailler en interne avec les équipes médicales et paramédicales, mais je me retrouvais souvent en difficulté pour orienter vers des lieux de soins psychiques précoces.

Quand on souhaitait faire l'orientation d'une dyade mère-bébé, il nous était répondu, au début des années 1980, par la grande majorité des CMP, CMPP ou hôpitaux de pédopsychiatrie, que l'enfant ne possédant pas le langage, la thérapie n'était pas possible. Notre demande semblait même incongrue à nos interlocuteurs :

« – Je vous appelle pour un petit qui a trois jours.
 – Vous voulez dire trois ans... ?
 – Non, trois jours. C'est pour accompagner la mère et l'enfant.
 – ... Mais nous ne pouvons pas prendre en charge un enfant qui ne parle pas ! »

À cette époque, notre seul recours était l'orientation, pour des situations particulièrement souffrantes, en psychiatrie adulte ou sur quelques consultations spécialisées chez des praticiens qui accompagnaient en cabinet les troubles de la relation précoce. Mais les parents devaient alors se déplacer loin de leur domicile, vers des spécialistes à Paris, ou à la Maison verte de Dolto, à l'Institut de puériculture de Paris. La maternologie de Saint-Cyr n'a ouvert qu'en 1987.

Heureusement, nous avons les centres de PMI, avec lesquels j'ai travaillé très tôt, mais les prises en charge dès le temps de la grossesse étaient rares à cette époque. Les puéricultrices des PMI, qui recevaient les avis de naissance, se mettaient à disposition des jeunes accouchées rentrées à domicile et elles n'avaient pas toujours suffisamment d'éléments pour le suivi mère-bébé avant que nous mettions en place des réunions de partenariat chaque semaine en maternité, en néonatalogie et en pédiatrie.

La prise en charge psychique du lien précoce n'était pas encore envisageable en psychiatrie et en pédopsychiatrie. Nous prenions l'initiative, avec des soignants, de conduire le bébé auprès de la mère hospitalisée, mais les psychiatres étaient réticents, le bébé étant, pensaient-ils, l'objet anxigène et traumatisant. Les foyers et les centres maternels avaient de longues listes d'attente, et bien souvent on hospitalisait la mère, qui était ainsi séparée de son bébé¹. L'issue semblait se trouver dans la séparation et le placement de l'enfant, mais, dans ces situations, on observait aussi l'organisation de troubles graves dans la relation précoce.

J'ai débuté la pratique des entretiens conjoints mère-bébé et parents-bébé dès le début des années 1980. Et j'ai beaucoup appris « au pied du lit », au sein de la maternité, et grâce au travail en interne avec les équipes, notamment lors de groupes Balint, dès 1981, que nous coanimions avec les Dr Jean Nicolas et Sylvain Mimoun et ma collègue Colette Mamy. Les échanges portaient au départ sur des thèmes concernant le postnatal ; rapidement, la psychologie de la grossesse a été au programme. Ces groupes de parole dans notre service de maternité ont aidé les équipes à repérer dès la grossesse, auprès des futurs parents, les signes avant-coureurs d'un risque de troubles précoces ou d'un déséquilibre du couple et de la famille.

J'ai progressivement accompagné la relation mère-bébé en postnatal dans le service et ce sur plusieurs semaines, puis plusieurs mois, ou encore en prénatal, d'une grossesse à l'autre. Lorsque des troubles importants s'exprimaient chez le bébé, il était hospitalisé en néonatalogie ou en pédiatrie, mais je pouvais accompagner le lien mère-bébé. Étant vacataire en maternité, j'allais régulièrement en néonatalogie, car il n'y avait pas de psychologue dans ce service.

Avec les équipes de maternité et de néonatalogie, nous avons détecté les graves troubles relationnels du bébé dans ses fuites précoces du regard. Comme le disait une puéricultrice de la maternité : « Il faut aller *repêcher* ces bébés qui se perdent dès les premiers jours de vie ». Je me souviens d'une situation, dans les années 1980, où j'avais préconisé le suivi mère-enfant en précisant le risque à venir de troubles graves autistiques, car l'enfant présentait une fuite du regard dès sa première semaine de vie ; mais, par la suite, la psychiatre d'adultes avait médicamenté seulement la mère. La psychologue du service de psychiatrie avait relu ses notes dix ans après,

1. Cf. mon intervention au colloque des Unités d'hospitalisation mère-bébé, Sorbonne, 1997.

à l'occasion d'une synthèse autour de cet enfant devenu psychotique, et elle était sidérée par ce qu'elle avait noté de façon incrédule à l'époque concernant mes inquiétudes. Elle est venue alors me voir pour échanger sur ces préventions précoces qui accompagnent la dyade mère-bébé dans les premières semaines de vie. Si ce travail n'est pas fait précocement dans le cas de fuite du regard, l'enfant pourra présenter en quelques mois de graves troubles relationnels.

La pédopsychiatrie a progressé dans la découverte de ces troubles dès trois ans, ensuite vers deux ans, puis un an, notamment en repérant, dans les films de la famille, l'enfant qui évite la *rencontre yeux à yeux* et regarde plutôt les lumières ou les déplacements des objets. Après l'angoisse du sixième mois, l'enfant semble fixé dans ce trouble ; à ce jour, on commence à comprendre que la structure psychique de l'enfant s'organise puis se fixe dans les premières semaines de vie. Dès les années 1980, de nombreux bébés ont ainsi été *repêchés* et ce dès les premiers jours à la maternité, parfois dans les premières semaines en néonatalogie, pour construire un véritable lien psychique, notamment avec la mère. Ce travail n'était plus opérant en pédiatrie pour des bébés entre six ou huit mois qui présentaient ces fuites du regard.

C'est en travaillant en amont, dès la grossesse, que les troubles du lien mère-bébé et les séparations ont diminué. J'ai accompagné ces situations qui n'étaient pas prises en compte par les secteurs à l'époque, et suivi des familles en prénatal (parfois avec la fratrie ou les grands parents) avec la mise en place de la thérapie familiale¹ en maternité hospitalière.

DEUXIÈME NIVEAU : L'ACCOMPAGNEMENT DES LIENS

Progressivement, l'espace intersubjectif des liens précoces a attiré l'attention des professionnels de la périnatalité psychique. Ainsi, des

1. Ma pratique psychanalytique périnatale a été imprégnée par mon parcours universitaire dans les années 1970. J'avais été formée à l'approche groupale par Didier Anzieu et son équipe, par la dynamique de groupe qu'il animait avec André Misenard à l'université. Par ailleurs, René Zazzo m'avait apporté une connaissance incontournable sur les travaux de John Bowlby, Jean Piaget, Henri Wallon ou sur la théorie de l'attachement et des premiers liens, comme sur les concepts de Wilfred Bion, Donald W. Winnicott, Konrad Lorenz ou René Spitz. Ces enseignements se sont révélés étayants dans ma pratique et je suis redevable aussi aux enseignants de mon année de DESS, avec Roger Dorey, Roland Doron, Daniel Widlöcher, qui ont complété ma formation. Par la suite, mes échanges avec les membres de la WAIMH ou de la Marcé, m'ont aidée à approfondir la question des interactions précoces, ainsi que la psychopathologie des liens parents-bébé. Mon parcours psychanalytique individuel et mon expérience psychanalytique de la dynamique de groupe, mais aussi du psychodrame chez les Lemoine (années 1970), puis au CEFFRAP (années 1980), ont contribué à transformer mon écoute analytique. Mais ce sont surtout mes formations de thérapeute de couple dans les années 1980 à l'AFCCC avec l'équipe de Lemaire, puis de thérapeute familiale psychanalytique à la STFPFIF dans les années 1990 avec Gérard Decherf et Alberto Eigneur qui ont soutenu ma pratique auprès des familles.

précurseurs vont mettre en place des thérapies conjointes mère-bébé, encore opérantes aujourd'hui pour la prévention. Serge Lebovici, René Diatkine, Michel Soulé développent la psychiatrie du nourrisson, et plusieurs praticiens vont approfondir ces recherches sur le lien mère-bébé (Didier Houzel, Mazet, Bertrand Cramer, Daniel D. Stern, Francisco Palacio Espasa, Michel Dugnat, Bernard Durand...)². Sur la plupart des secteurs de pédopsychiatrie, il n'y avait pas encore d'hospitalisations mère-bébé et encore moins de suivi en ambulatoire. La psychiatrie périnatale est une discipline que les spécialistes repèrent dans les années 1990 en Angleterre, autour de psychiatres d'adultes, comme Channi Kumar, qui étudient les maladies mentales postnatales chez les mères. Ces études se poursuivent à la Marcé, tandis que la WAIMH aborde au départ la périnatalité essentiellement par le biais du bébé. Le premier colloque international de psychiatrie périnatale n'aura lieu à Monaco qu'en 1996, à l'initiative de pédopsychiatres, psychanalystes et psychologues comme Philippe Mazet et Serge Lebovici.

Dans ces modèles sur la théorie du lien, la prise en charge accompagne l'espace psychique intermédiaire qui lie les sujets entre eux. Le praticien écoute la subjectivité des liens établis à partir d'intérêts mutuels, d'accords et d'alliances conscientes et inconscientes permettant accordage, nouage, mais aussi écart et conflit. Ces dispositifs, qui peuvent se référer à la théorie de l'attachement ou à la psychanalyse subjective, prennent en compte, essentiellement en postnatal, les interactions pathogènes dans la dyade, voire dans la triade. Le primordial à soigner est plutôt le bébé souffrant dans ses liens, la dyade peut être hospitalisée dans des unités mère-bébé. L'amélioration de l'état psychique de la mère est prise en compte, car cela favorise l'établissement du lien précoce. Dans cet accompagnement, le bébé est envisagé au regard des relations avec ses parents et, dans cette approche, la paternité est progressivement introduite. Mais le père est considéré essentiellement dans sa place de ressource et de tiers autour de la naissance. S'il est fragilisé ou déprimé, incompétent ou non impliqué,

2. Les thérapies conjointes mère-bébé existent en Europe grâce à des praticiens comme, au départ, Alice Doumic-Girard, Esther Bick, Rosine Debray, Dilys Daws, René Diatkine, Myriam David, Serge Lebovici, Michel Soulé, Donald Meltzer, Geneviève Haag, Bernard Cramer, Daniel D. Stern, Didier Houzel, puis Antoine Guedeney, Bernard Golse, Sylvain Missonnier et bien d'autres, par exemple, Catherine Amselek, Marthe Barraco, Benoît Bayle, Patrick Ben Soussan, Alain Braconnier, Monique Bydlowski, Françoise Cahen, Drina Candilis, Dominique Cupa, Elisabeth Darchis, Michel Dugnat, Bernard Durand, Jacques Dayan, Geneviève Delaisi De Parseval, Sylvie Faure-Fragier, Elisabeth Fivaz, Eve Flies-Trèves, Nine Glangeaud, Anne Aubert-Godard, Martine Lamour, Philippe Mazet, Agnès Moreau, Linda Morisseau, Francisco Palacio, François Sirol, Marie-José Soubieux, Serge Stoléru... Dès les années 1960, certains traitaient déjà le lien mère-bébé avec les premières hospitalisations de la dyade en France (Paul-Claude Racamier, Bergougnan, Mahon).

il est souvent écarté des entretiens familiaux, isolé, voire hospitalisé de son côté ou oublié dans le traitement du lien avec l'enfant. On n'accompagne pas la souffrance de la famille en son entier, ni les décompensations, ni les dépressions paternelles. Si le père est de plus en plus présent dans les unités qui commencent à s'appeler « unités parents-bébé » plutôt qu'« unités mère-bébé », il reste souvent accueilli et aidé pour soutenir sa compagne malade. Encore en 2008, Anne-Laure Sutter-Dallay écrit : « Le père de l'enfant est toujours associé au projet thérapeutique s'il est présent et s'il le souhaite, pour le soutenir dans sa prise de place auprès de son enfant, mais aussi auprès de sa compagne malade [...]. Ce travail se fait à travers des temps de visites élargis lors desquels il participe aux soins de l'enfant, associés avec des rencontres de l'équipe... ».

Les praticiens proposent à ce niveau de véritables thérapies conjointes parents-bébé, mais ces consultations ou entretiens familiaux thérapeutiques ne sont pas réellement des prises en charge de la souffrance du groupe famille. Néanmoins, cette approche s'est révélée si opérante qu'une explosion d'entretiens familiaux a eu lieu, notamment au sein des secteurs de pédopsychiatrie. La société a commencé à gagner en santé psychique, somatique, mais aussi au niveau des coûts, grâce à la réduction des symptômes chez chacun des membres de la famille.

Ces années 1980-90 ont été riches de mises en place de réseaux et de dispositifs qui vont commencer à répondre à des premiers besoins qui étaient criants sur le terrain et, donc, à faire de la prévention. Les échanges et le partenariat entre maternité et secteur de pédopsychiatrie autour du Dr Patrick Chardeau (chef de service du secteur de psychiatrie infanto-juvénile des Hauts-de-Seine) s'est mis en place dès ces années 1980. Le Dr Chardeau était déjà très présent en pédiatrie, mais il a porté à cette époque toute son attention sur la maternité et les troubles dans le lien mère-enfant.

Des rencontres, puis des réunions entre soignants et psychistes, ont permis de déboucher sur l'ouverture de l'unité d'hospitalisation mère-bébé en 1986 au centre hospitalier Théophile Roussel à Montesson. De bonnes volontés dans le domaine de la périnatalité - professionnels du secteur de pédopsychiatrie, de la maternité, de la PMI, pédiatres, généralistes ou sages-femmes de ville, travailleurs sociaux, etc.- se sont déplacés à Paris chez le Dr Chardeau, qui a rassemblé, chez lui, ces premiers partenaires du réseau vers les années 1983-84. Pour ma part, en tant que psychologue de la maternité de l'hôpital Louis-Mourier, partenaire du secteur, j'ai participé

régulièrement à ces réunions mensuelles pour réfléchir à l'ouverture de l'unité d'hospitalisation mère-bébé au centre hospitalier Théophile-Roussel.

Ces réunions rompaient enfin avec la solitude éprouvée depuis deux, trois ans à Louis-Mourier, en me permettant de partager une véritable préoccupation avec des psychistes de la périnatalité. Nos rencontres ont débouché sur la proposition de détacher une des pédopsychiatres du secteur, Élisabeth About, sur la maternité de Colombes, pour observer et évaluer pendant un an (1984-1985), les besoins des bébés et leurs souffrances. Son travail d'observation du bébé et son recueil des connaissances sur l'établissement des premiers liens a conduit le Dr About, soutenue par le Dr Chardeau et les partenaires, à proposer un dispositif de soins opérant pour la relation précoce mère-bébé : « À la lumière de cet enseignement, je voudrais proposer la mise en place d'une structure hospitalière qui pourrait accueillir ensemble mère-enfant lorsque la relation entre eux traverse une période difficile. » (Élisabeth About, « Projet d'une structure d'accueil », décembre 1984)

L'unité d'hospitalisation mère-bébé à Montesson, en 1986, est une des premières unités de ce genre, après celle de Créteil, avec Bernard Durand, qui a ouvert des lits mère-bébé dès 1979, puis celle de Marseille, avec Michel Dugnat, au début des années 1980, sous le chapeau des secteurs de pédopsychiatrie, ou encore celle de l'hôpital Paul-Brousse à Villejuif, en psychiatrie adulte.

L'équipe de maternité de Louis-Mourier va travailler en lien étroit avec l'unité mère-bébé de Montesson. Après Élisabeth About, la responsable de l'unité, qui sera Linda Morisseau, viendra travailler une demi-journée par semaine sur la maternité. Nous aurons des entretiens communs auprès des femmes hospitalisées, enceintes ou jeunes mères. Des synthèses et des rencontres d'équipes entre maternité et partenaires poseront les indications d'hospitalisation mère-bébé si nécessaire, envisagées dès le temps prénatal.

Sur le secteur, un réseau était ainsi créé avec les différents partenaires et instances : secteurs de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte, équipe de maternité de l'AP-HP, PMI, équipes psychosociales-éducatives, etc. Ces expériences novatrices vont encore impulser, dans les années suivantes, l'ouverture d'autres lieux de soins sur le secteur.

Nous avons réfléchi ensemble à la prise en charge précoce hors hospitalisation, cela va déboucher sur l'ouverture d'une des premières

unités en ambulatoire, le Centre naissance, à Colombes, en 1996 ; suivra, en 1998, l'ouverture de l'unité-parents bébé à Gennevilliers et bien d'autres dans les communes environnantes. « Les CMPP et CMP enfants, et parfois adultes, vont élargir le champ des soins psychiques de la périnatalité en accompagnant progressivement la relation précoce mère-bébé, puis parents-bébé. Les centres de PMI préoccupés par le développement du nourrisson, ainsi que par les soins gynécologiques de la jeune mère, vont commencer un travail important sur les troubles précoces dès le prénatal. » (DARCHIS 2016)

Dans les années 1990, vont se multiplier ces unités de jour pour consultations mère-bébé en milieu ouvert. Sur notre secteur, Patrick Chardeau a poursuivi les rencontres partenariales en organisant notamment l'un des premiers colloques des unités d'hospitalisation mère-bébé (en 1997) avec, notamment, la présence de Channi Kumar¹.

Les orientations sur les secteurs de pédopsychiatrie étaient auparavant difficiles en raison de longues listes d'attente, avant que le Centre naissance soit composé d'une équipe disponible autour du Dr Anne-Marie Renard, et ce, dès les jours qui suivent la naissance du bébé, puis dès le prénatal. Je me souviens de rendez-vous donnés de nombreux mois après l'accouchement, et le bébé était réhospitalisé entre-temps en pédiatrie. La maltraitance était parfois constatée, lorsque les parents débordés avaient secoué ou frappé violemment leur bébé. Au début des années 1980, j'ai vu ainsi deux bébés morts de maltraitance : ils n'ont pu être réanimés en pédiatrie.

Par la suite, le travail à la maternité favorisant la construction de liens favorables au bon développement du bébé, le service de pédiatrie notait le peu de réhospitalisations des bébés nés dans notre maternité, car progressivement nous faisons de la prévention dès le temps de la grossesse. D'un autre côté, la pédiatrie recevait beaucoup de bébés nés dans les autres maternités de la région qui ne travaillaient pas encore sur la construction de la parentalité. La disparition des psychoses puerpérales dans notre maternité entre 1990 et 2010 réduisait les orientations sur l'UHMB. Les rencontres et le travail en réseau ont permis de faire une énorme prévention qui a fait diminuer aussi les dépressions périnatales et les hospitalisations en pédopsychiatrie, la maternité offrant à elle seule une véritable unité mère-bébé.

1. À la Sorbonne, avec huit cents participants, en 1997

Le travail de partenariat s'est développé avec nos collègues extérieurs. Les équipes hospitalières de maternité, de néonatalogie ou de pédiatrie rencontraient les puéricultrices et psychologues de la PMI lors de réunions qui nous rassemblaient chaque semaine. La transmission du travail effectué à l'hôpital permettait un relais dans l'accompagnement démarré en maternité par les sages-femmes, les gynécologues, les assistantes sociales, les infirmières, les psychologues, etc.

« Dans les années 1990, nous aurons régulièrement des synthèses en réseau avec les divers professionnels médicaux, paramédicaux ou psychosocio-éducatifs, et ce, dès le temps de la grossesse, lorsque la construction de la famille était en souffrance. Ces rencontres nous permettaient de réfléchir en partenariat, de diagnostiquer les risques et les besoins, de poser des indications et d'orienter dans l'optique d'une aide précoce. Le maillage de ce travail favorisait la constitution d'une enveloppe thérapeutique pour aider la mère, voire les parents, à se dégager de ces crises, en donnant du sens à ce qu'ils vivaient. Cette continuité accentuait l'efficacité des prises en charge, sans attendre que les symptômes s'organisent chez le bébé, chez la mère ou dans les liens, le couple et la famille. Par la suite, l'entretien du quatrième mois (circulaire DHOS, 2005) reprendra un aspect de cette vigilance de dépistage et de propositions d'aides spécifiques. Et le travail style Groupe Molénat (cf. le rapport Molénat, qui a servi de base au Plan national périnatalité) sera mis en place de façon officielle ; mais déjà ce maillage se faisait dans notre maternité avec le réseau, bien avant que les circulaires préconisent des staffs de parentalité. Ces « grands messes » qui rassemblaient des professionnels même extérieurs à la situation et qui décidaient sur des coups de tête, sans connaître réellement la problématique, ont été vécus comme un retour en arrière par nos équipes. Les psychiatres adultes voulaient soigner la mère et les professionnels de l'enfance voulaient sauver les bébés, même au détriment du lien, et des critiques planaient, voire parfois des conflits. Dans d'autres hôpitaux, ce fut une révélation qui permit de mettre en place un travail d'équipe et de partenariat avec l'extérieur. » (DARCHIS 2016)

La prise en charge précoce des liens naissants par les réseaux de soins psychiques permet de faire un grand travail de prévention. Chaque année, des travaux théoriques avancent, et de nombreuses références

accompagnent nos pratiques. Un champ neuf s'est ouvert aussi dans le rapprochement des disciplines concernées. La contenance soignante des partenaires en réseaux enveloppe *pluridisciplinairement* le groupe familial et semble rompre les éclatements en rassemblant ce groupe et en donnant à chacun sa place singulière.

« Le travail dit en réseau va ouvrir un faisceau de relations triangulées, offrant à la famille naissante l'occasion de se regarder autrement au sein d'un collectif structuré, à partir d'une différenciation et d'une complémentarité des places. Passages, ouvertures, liaisons, transmissions, anticipations. Des règles de travail se dégagent dans une analogie frappante avec celles qui organisent le processus de construction des relations intrafamiliales.¹ »

TROISIÈME NIVEAU : L'ÉCOUTE DE LA CRISE PSYCHIQUE DANS LA FAMILLE

Avant les années 1990, le sujet famille n'est pas forcément écouté en son entier en périnatalité, avec ses origines, ses souffrances anciennes et ses phénomènes groupaux organisateurs et défensifs. Pourtant, l'approche de la subjectivité des liens pouvait déjà être à l'écoute des aspects générationnels qui donnent du sens à la construction du sujet et de ses attaches, par exemple, le mandat transgénérationnel de Serge Lebovici : mais la psychanalyse du lien ne s'appuyait pas véritablement sur l'écoute familiale intergénérationnelle qui transforme l'héritage psychique pour organiser la nouvelle famille.

Depuis les années 1990 et surtout 2000 - 2010, de nouvelles pratiques se mettent en place en pspérinatalité, relatives à un espace psychique qui est accompagné sur les bases théoriques de l'approche groupale et familiale. Cette nouvelle approche concerne non seulement les liens qui unissent les sujets, mais aussi l'unité qu'ils constituent. Ici, le groupe familial est accompagné dans ses trois espaces psychiques, interdépendants et reliés entre eux : celui du sujet singulier, celui des liens intersubjectifs, et aussi celui de l'ensemble familial qui les tient groupalement dans la succession des générations. Le soin s'adresse à l'entité familiale générationnelle et ancêtre, en accompagnant la crise périnatale nécessaire.

1. cf. les *Cahiers de l'Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement*, publiés dès 1991, à Montpellier autour de Françoise Molénat.

Très tôt, je me suis questionnée sur le type de soins à mettre en place en périnatalité psychique : individuel ? dyadique ? triadique ? conjugal ? familial ? psychanalytique ? partenarial ?

C'est surtout ma pratique de terrain en périnatalité pendant plus de trente-cinq ans qui m'a apporté des réponses. Ce sont les futurs parents, revenant sur leurs histoires familiales réveillées, qui m'ont permis d'affiner mon écoute sur des traumatismes anciens ou générationnels. La clinique m'interrogeait sur la racine de la souffrance et sur l'origine de la douleur psychique qui désorganisaient la famille, pouvant la réorganiser de façon pathologique en périnatalité. Une compréhension progressive a fait évoluer ma pratique vers l'importance de l'écoute familiale dès le temps de la grossesse, quand cela est possible, me donnant une compréhension de l'origine des symptômes puerpéraux (DARCHIS 2016).

À la suite de ma formation de thérapeute de couple, j'ai d'abord appelé : « entretien » ou « thérapie de couple » ce travail avec les futurs parents. En réalité, il s'agissait déjà d'entretiens parentaux et familiaux, puis de « thérapie familiale psychanalytique », alors même que le bébé n'était pas encore né. Le couple était déjà une famille en construction, et, de plus, c'était un travail spécifique, d'où ma proposition de nommer « thérapie familiale psychanalytique périnatale » cet accompagnement précoce de la naissance d'une famille.

Résumons une de mes premières TFPP, dans les années 1980, qui a été à l'écoute des ancêtres s'actualisant autour du berceau. Le clinicien réceptif à un matériel psychique étrange qui vient d'ailleurs recherche les groupes d'origines qui se manifestent et « de quel lieu viennent les éléments du discours ». (ABRAHAM et TOROK 1978)

Cas clinique

Des parents orientés par la PMI dix jours après l'accouchement sont reçus avec le nourrisson, dans le cadre de ma consultation de psychologie périnatale de la maternité Louis-Mourier. L'arrivée du bébé semble faire éclater le couple, qui ne peut pas construire une famille et se trouve au bord de la séparation. Le père, M. T., devant l'étrangeté du nourrisson, n'arrive pas à se relier à son enfant pour l'« adopter » : « Il ne me ressemble pas, ce n'est pas mon fils. Il faut trouver son père. » La jeune mère est désorientée, voire effrayée par le vécu de son compagnon, qu'elle ne reconnaît plus et qui doute

de sa fidélité. Elle ressent la folie de la situation qui lui donne envie de fuir ; et elle pleure de longues heures en regardant son bébé. Les premières séances sont envahies par la sidération des parents et par le silence d'un bébé trop sage et endormi qui semble absent et « non né » psychiquement.

M. T., né de père inconnu, et Mme T., fille d'un père lui-même orphelin de père, ne peuvent pas construire leur famille. Dans son délire puerpéral, M. T. se demande : « Est-ce qu'un enfant peut être extraterrestre ou divin, si ma femme ne m'a pas trompé ? » Mon « écoute ventriloque » va faire parler les fantômes : « Vous vous inquiétez d'un enfant sans père », et la famille répond : « Oui, c'est difficile pour un enfant... c'est l'impasse. »

Ce discours sur le présent nous parle aussi d'autrefois, des générations précédentes avec des enfants sans père, des filiations sans hommes... Les mots de la hantise sont ici des retours de traumatismes et de secrets familiaux. Dans cette situation, la mère du jeune père ne connaît pas son propre géniteur. Son fils, le jeune procréateur, ajoute : « Je voulais depuis toujours avoir un jour un fils » (et donc trouver enfin un père, ou, pourrait-on encore penser, l'amant de la mère œdipiennement ou le père de celle-ci). Ainsi, M. T. est celui qui fait un enfant de père inconnu. Il est un fantôme de père présent et absent tout à la fois. « Je n'irai pas déranger ma mère pour lui demander son histoire ; sa sexualité ne me regarde pas », dit avec détermination cet homme lorsque l'on évoque ses origines. La nouvelle famille revit le traumatisme ancien pour garder le secret des filiations : « Je pensais qu'il ne voulait pas savoir la vérité », nous dira par la suite la grand-mère paternelle du bébé venue secondairement participer à la thérapie familiale.

Le cadre thérapeutique a offert à cette famille un lieu où peuvent se retrouver les souffrances douloureuses des passés réciproques, comprendre les détresses familiales et se dire les vécus de solitude, d'exclusion, d'abandon que l'arrivée de l'enfant avait réactivés. Progressivement, le couple retrouvera un sens à ses éprouvés, et M. T. pourra écouter l'histoire de ses origines révélées par sa mère. Il pourra se réorganiser dans son identité, dans son couple et dans sa parentalité, confirmant sa croyance dans la filiation : « Je pense que j'ai des chances d'être le père de cet enfant. » La présence de l'enfant

aux séances va favoriser aussi la naissance d'un appareil psychique familial. La poignante attention paternelle que cet homme installe progressivement auprès de l'enfant touche Mme T. au plus profond de son histoire. Paradoxalement, elle s'attache à nouveau à M. T., en résonance avec le traumatisme de la perte de père pour un enfant. Tous ces liens consolideront l'alliance conjugale, parentale et familiale. Le couple évoquera la possibilité de faire un deuxième enfant, réalisant, avec beaucoup d'étonnement, tout le chemin parcouru. Le travail reprendra pendant le temps de la grossesse suivante jusqu'à l'arrivée du deuxième bébé, travail consolidant encore la contenance familiale favorable au développement des enfants.

Les théorisations de cette approche psychanalytique groupale de la famille en périnatalité vont chercher leurs origines dans les travaux de Freud sur le groupe et la transmission, dans ceux de Donald W. Winnicott, Wilfried Bion, Siegmund Foulkes, Sandor Ferenczi, Michael Balint, Nicolas Abraham et Maria Torok, Haydée Faimberg, Selma Fraiberg ou chez des psychanalystes du groupe, comme Jean-Bertrand Pontalis, Didier Anzieu, René Kaës, Jean-Claude Rouchy, mais surtout, chez des psychanalystes de la famille, souvent membres de sociétés psychanalytiques familiales¹, comme André Ruffiot, Gérard Decherf, Jean-Pierre Caillot, Evelyn Granjon, Alberto Eiguer, Serge Tisseron, Françoise Aubertel, Paul Fustier, Pierre Benghozi, Christiane Joubert, Albert Ciccone, Claude Pigott, Pascal Robert, Jean-Georges Lemaire ou Anne Ancelin-Schutzenberger et bien d'autres comme les pédopsychiatres et psychologues de la psypérinatalité qui théorisent de plus en plus sur le familial. L'approche psychanalytique familiale commence à affirmer son insertion dans des recherches et des pratiques spécifiques en périnatalité psychique avec des cliniciens tout particulièrement spécialistes en psychanalyse familiale périnatale, avec par exemple, en France, des précurseurs comme André Carel, Pierre Benghozi, Élisabeth Darchis, Denis Mellier, Francis Maffre, Véronique Lemaître, Ouriel Rosenblum, Ana Lito (Portugal), Serge Arpin (Québec)...

1. En général membres de sociétés psychanalytiques familiales comme la SFTFP (Société Française de Thérapie Familiale psychanalytique), le CPGF (Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale dissous en 2018), PSYFA (Psy et famille), l'AIPCF (Association internationale pour le couple et la famille), etc.

Le dispositif de la *thérapie familiale psychanalytique en périnatalité* (TFPP) accompagne le nécessaire réaménagement de l'héritage familial et démarre, si possible, en amont de la naissance du bébé. Cette cure est à l'écoute des souffrances générationnelles du groupe famille en son entier. Car si l'« on est tissu avant d'être issu », comme le propose André Ruffiot, cette pratique travaille effectivement sur le terreau familial d'origine qui organise la nouvelle famille dès le prénatal, afin que chacun puisse progressivement se réaliser comme groupe individué et sujet relativement autonome.

Ma théorisation s'appuie sur un travail clinique de terrain ; elle est redevable également au travail en partenariat interne avec les équipes et avec les partenaires externes et le réseau¹. La théorisation sur l'approche psychanalytique groupale et familiale en périnatalité que j'ai proposée, notamment dans mon livre, *Clinique familiale de la périnatalité*, donne du sens aux origines des troubles puerpéraux dans la famille. Cette approche est un outil qui permet d'accompagner l'ouverture d'un berceau psychique familial favorable à l'organisation psychique de la famille dans la succession des générations et, en conséquence, favorable au développement de la singularité de ses membres, notamment de l'enfant.

Pour comprendre les organisations défensives et les souffrances familiales de cette période, il faut connaître les fondamentaux de la psyché familiale classique en périnatalité, notamment le travail du *voyage psychique* indispensable lors de la crise riche, régressive et maturative du temps de la grossesse. Ce travail prénatal prépare le *berceau psychique* nécessaire à la construction intergénérationnelle de la nouvelle famille. Il organise le possible rendez-vous parents-bébé dans la rencontre avec un autre familier et différent et il favorise la traversée des différentes étapes de la construction des liens favorables au développement de la psyché familiale, parentale et de bébé.

Dans cette compréhension, nous pouvons alors saisir les pathologies de la crise au temps de la grossesse, lorsque la famille s'organise défensivement contre le retour de souffrances anciennes ou de traumatismes non élaborés. Nous comprenons ce qui (et ce que) provoque les symptômes

1. J'ai souvent tenté de transmettre la richesse de l'approche familiale psychanalytique dans mes écrits, mais aussi lors de formations dispensées notamment dans les écoles de sages-femmes comme à Saint Antoine-Paris, ou à l'INHIM (Institut Homéopathie et Maternité, fondé par le Dr. Anaïs Atmadjian) ou encore dans mon enseignement à l'université, notamment dans mon séminaire « Famille et périnatalité » (master 2-Paris-X) ; puis dans des DU, celui de A. Guedency ou celui que j'ai mis en place en 2009 : « Approche psychanalytique groupale et familiale » (Paris-VII) où je suis encore responsable pédagogique avec Philippe Robert et Laurence Knera, les responsables universitaires étant Régine Waintrater, puis Ouriel Rosenblum.

individuels, souvent expressions d'une souffrance familiale, accentuée par les vulnérabilités sociales et autres, ainsi que les troubles des liens.

Nous arrivons par exemple à donner du sens aux origines du déni de grossesse (symptôme familial) ou à celles de la psychose puerpérale (décompensation en écho avec un matériel traumatique ou générationnel). Nous pouvons déceler le terreau qui organise la perversion et l'inceste dans les liens précoces ou les antécédents qui expliquent la dépression postnatale. Nous pouvons alors envisager les dispositifs de soins psychiques, les enveloppes soignantes favorables en périnatalité. Cette approche, qui s'appuie sur la clinique, ouvre sur l'intérêt d'un soin groupal et sur l'importance de sensibiliser les praticiens aux TFPP².

Si les théorisations et les prises en charge parents-bébé en périnatalité ont fait d'immenses progrès, l'évolution des pratiques dans le soin psychique périnatal va maintenant vers ce champ nouveau, celui de la prise en charge de l'entité famille en son entier dans les TFPP.

Des indications de thérapie familiale psychanalytique périnatale sont maintenant posées pendant la période périnatale. Plusieurs générations seront présentes, et l'écoute ne privilégie pas seulement la mère et l'enfant ni les interactions parents-bébé ; c'est le sujet-famille qui est considéré dans sa totalité avec ses racines et ses souffrances transgénérationnelles, sa transparence psychique familiale, ses régressions et ses reconstructions dans la transformation générationnelle. L'accompagnement de cette groupalité néonatale va favoriser le *voyage psychique familial au temps de la grossesse*, nécessaire à la construction de la nouvelle famille dans la différenciation générationnelle.

Reste que cette nouvelle approche, qui opère une grande prévention, est encore peu utilisée sur le terrain. Certains lieux se forment néanmoins, et de plus en plus, à la thérapie familiale.

2. La pratique psychanalytique auprès de la famille en périnatalité évolue et s'adapte à de nouvelles pathologies mentales, à la mutation des problématiques de la population et aux modifications dans le couple ou la famille ; ou encore à la dimension sociale, institutionnelle et au travail en équipe interne ou externe, en réseau et en partenariat multiples.

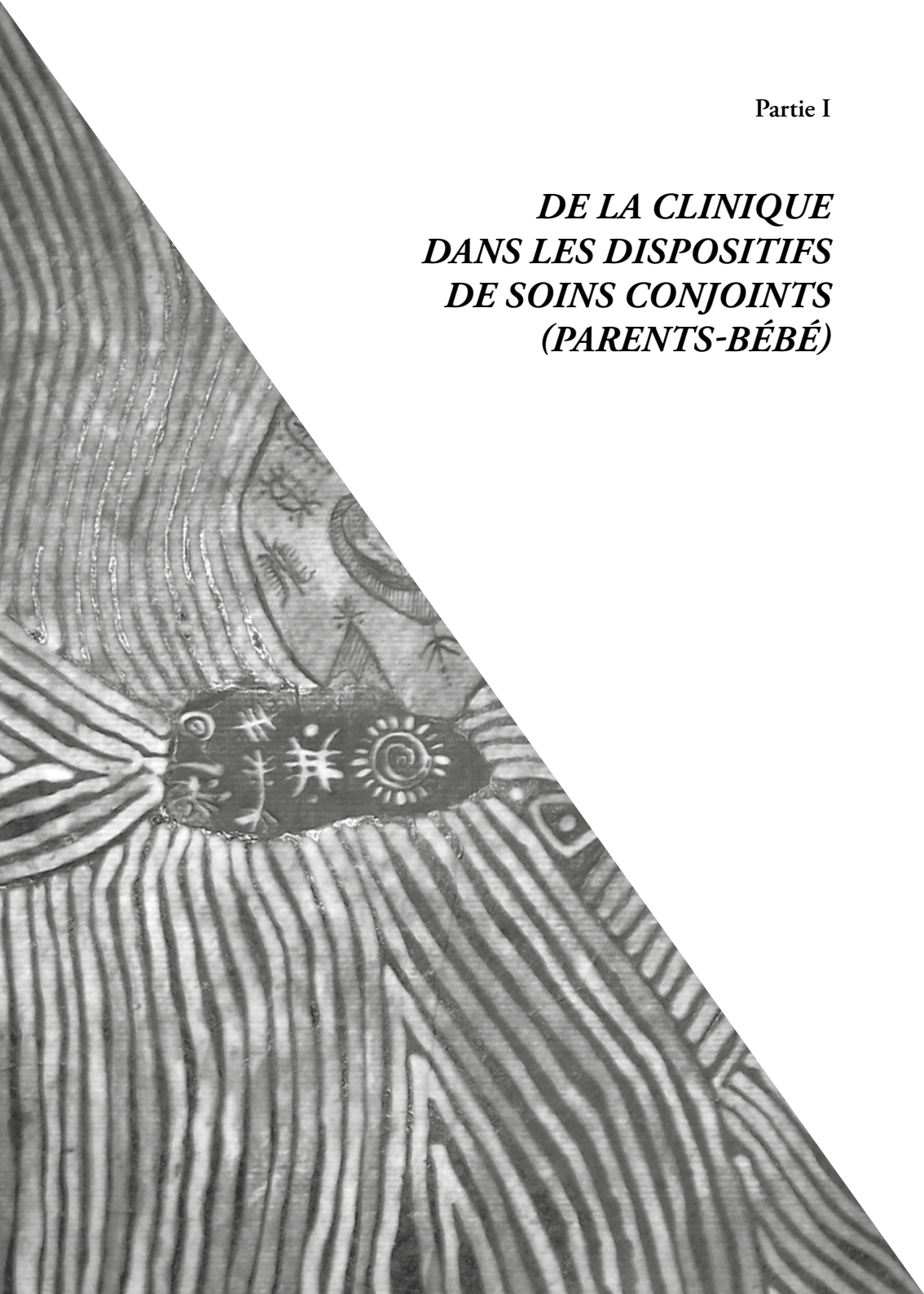
BIBLIOGRAPHIE

DARCHIS E. (2016) *Clinique familiale de la périnatalité*, Paris, Dunod.

ABRAHAM N. et TOROK M. (1978) *L'Écorce et le noyau*, Paris, Flammarion.

Partie I

*DE LA CLINIQUE
DANS LES DISPOSITIFS
DE SOINS CONJOINTS
(PARENTS-BÉBÉ)*



TROIS TRAJECTOIRES POSSIBLES POUR LES BÉBÉS ET LES PARENTS

AU CŒUR DE L'UNITÉ DE SOIN ET ACCOMPAGNEMENT PRÉCOCE
EN SERVICE DE SUITES DE NAISSANCE
(HÔPITAL FEMME MÈRE ENFANT, CHU DE LYON)

Amélie CLÉMENT¹, Anne VILLAND², Caterina MAGGI-PERPOINT³

Depuis trois ans, l'Unité de soin et accompagnement précoce (USAP) a ouvert ses portes au sein du Service de suites de naissances de l'Hôpital femme-mère-enfant du CHU de Lyon. Cette unité de quatre lits et leurs berceaux intervient en postnatal immédiat et a une durée moyenne de séjour comprise entre dix et douze jours. L'équipe dédiée est multidisciplinaire en journée : sages-femmes, infirmières et puéricultrices formées à la pédopsychiatrie, psychomotricienne, pédopsychiatres, obstétricien et pédiatre, psychologue et assistante sociale pour que l'attention soit centrée tant sur le psychique que sur le corporel. La nuit, les bébés peuvent être pris en charge en pouponnière sur indication.

L'USAP propose donc une prise en charge obstétricale et psychique conjointe, en post-partum immédiat. Environ quatre cents mères avec leurs(s) bébé(s) ont été déjà accueillis depuis son ouverture.

Pas encore dans l'enceinte de la maison mais plus dans le ventre maternel, c'est dans cet entre-deux que s'inscrit notre projet de soin,

1. Pédopsychiatre, PH, Unité de soin et accompagnement précoce (USAP), Service de psychopathologie du développement, Hôpital femme-mère-enfant (HFME), Bron.

2. *Id.*

3. *Id.*

sur une temporalité longue pour une maternité mais courte pour la pédopsychiatrie. Il s'agit d'un espace intermédiaire entre l'avant et l'après naissance, entre le dedans et le dehors, au moment même de la venue au monde de ce nouveau bébé, afin de mailler le soin autour de cette dyade mise à mal par son histoire singulière.

L'écoute du discours maternel, l'observation du bébé, de ses parents, et de leurs interactions, la reprise en équipe des processus psychiques qui se déploient chaque jour, permettent un soutien plus ajusté à la parentalité et un accompagnement attentif et contenant des prémisses de la mise en place de la nouvelle configuration familiale. Le dispositif d'accompagnement, à la sortie de la maternité, se voudra d'emblée effectif et ajusté.

Les mères accueillies ont été, pour la plupart d'entre elles, en difficulté de rêverie pendant la grossesse : que ce soit parce que la grossesse a été précédée par une expérience de mort fœtale, par un accouchement traumatique (premier cas clinique), que l'histoire maternelle ait été marquée par les ruptures, la discontinuité, l'insécurité (troisième cas clinique) ou encore lorsque la mère présente une souffrance psychique sévère (deuxième cas clinique).

Alors que la réalité des besoins du bébé s'impose, on repère dans ce court espace-temps la nécessité urgente d'une rencontre la plus ajustée possible. C'est le lieu de l'observation des stratégies adaptatives du bébé, le lieu de l'observation de la mère se voyant elle-même devenir mère auprès de son bébé en appui sur notre observation et notre attention. L'observation s'étendra également à la place que le père parviendra à occuper.

En fonction de la clinique que l'USAP reçoit, dont nous avons essayé de dégager les trois grandes tendances, l'équipe va devoir ajuster son positionnement et sa prise en charge. Ce temps d'accompagnement peut être parfois un temps de soin suffisant quand il s'agit de transformer une expérience passée traumatique : dans ce cas, les relais habituels de sortie de maternité (PMI, associations de soutien à la parentalité, médecin traitant...) peuvent suffire.

D'autres fois, il s'agit d'un travail de relais précoce vers un soin périnatal auprès de nos partenaires lorsque nous voyons que les distorsions relationnelles impactent déjà le bébé ou que les difficultés psychiques maternelles sont trop fortes : le lien étroit que nous avons tissé avec les

unités de soins périnataux ambulatoires ou les hôpitaux de jour se révèle alors précieux.

Enfin, il arrive parfois que les observations de l'équipe, associées aux temps de synthèse avec les partenaires, conduisent à la prise de conscience pour l'ensemble des acteurs du soin (ainsi que souvent pour la mère elle-même) qu'un retour du bébé au domicile parental est impossible et qu'il faut accompagner vers un placement.

PREMIER CAS CLINIQUE *M. et Mme R. avec Marius*

Mme et M. R. viendront ensemble presque à chaque consultation. Le couple affiche un sourire poli lors de notre premier entretien. Ils sont tous les deux très grands, elle a moins de 30 ans, de longs cheveux blonds, elle est en arrêt de travail d'un poste de cadre depuis presque le début de grossesse. Elle vient accompagnée de son mari ; lui aussi cadre supérieur, il travaille beaucoup. Il s'inquiète pour elle, son expression très retenue dès notre première rencontre traduit une certaine tension.

Le couple est venu consulter en anténatal, adressé par l'obstétricienne. Ils avaient perdu l'an dernier deux jumelles à 21 SA +6j en deux heures de temps. Cette naissance avait été très traumatique. Le récit de l'évènement fait jaillir leurs larmes à tous les deux, on perçoit encore l'effroi. Monsieur tient la main de Madame durant tout le récit, elle décrit surtout sa surprise, son impuissance, son sentiment d'injustice et la sidération. Elle avait soudain perdu les eaux et avait ensuite senti que tout lui échappait. Les médecins, comme eux, assistaient impuissants à cette naissance inéluctable.

Cet état de fait précédait de seulement quelques heures une visite la veille avec la sage-femme de ville, qui aurait dit que tout allait bien. Les jumelles étaient le fruit de plusieurs années de PMA ayant conduit Mme R. à deux grosses interventions pour une endométriose sévère. Cette expérience a été telle que lui comme elle « se méfient de cette grossesse », ils ont peur de l'investir mais culpabilisent en même temps d'avoir à s'en protéger : « il n'a rien demandé, lui ». Cette fois, la grossesse se déroule avec l'aide d'un cerclage, elle est, comme cela peut se passer bien souvent dans ces cas-là, très suivie.

Elle décrit que Monsieur n'arrive pas à lui toucher le ventre. Elle se perçoit centrée sur toutes les sensations lui rappelant la naissance précédente. Les dates en particulier, l'âge gestationnel, ainsi que la date anniversaire de la perte des jumelles. Tout le développement de cette grossesse est marqué par l'expérience précédente, « on ne peut pas s'en empêcher, on compare, on se remémore ». Et puis, une fois les 21 SA +6j dépassées, à la crainte d'une naissance inopinée s'ajoute la crainte d'une MFIU, la peur de perdre le bébé dans son ventre.

Madame se tient face à moi, dans mon fauteuil de consultation, une main délicatement posée sur son ventre. Cependant, quelque chose est retenu, peut-être a-t-elle les épaules trop hautes? J'observe quelque chose de figé, peut-être peu de mouvements spontanés, une très forte prudence dans les gestes, elle semble crispée dans son corps, un sourire toujours dessiné sur son visage. Je ne perçois pas la plénitude parfois presque arrogante des mamans pleinement enceintes. C'est une grossesse « sur des œufs », ou en « deux dimensions », qui manque de jeu.

À l'échographie du troisième trimestre, l'échographiste découvre un vaisseau affleurant le col qui pose l'indication d'une naissance par césarienne. Le couple se tend, si c'était possible, encore un peu, mais se console en se disant qu'au moins, par le fait de sa nécessaire programmation, la césarienne pose la date d'une naissance et permet le contrôle de cet aléa. Nous sommes alors en plein mois d'août, Monsieur décrit l'impression d'être en apnée depuis la grossesse précédente. Il aimerait partir se changer les idées. Ils en parlent avec l'obstétricienne, qui les encourage. Ils font des calculs afin de se rendre dans un site proche d'un CHU, et desservi par une gare afin d'éviter au maximum la voiture et les à-coups de la route. À leur retour, Mme R. sera accueillie, comme souvent, quelques jours avant la naissance en grossesses pathologiques avant la césarienne.

Les consultations anténatales amèneront à proposer l'USAP que nous leur faisons visiter pour leur permettre de pouvoir rencontrer leur bébé avec le temps nécessaire au vu de l'extrême culpabilité en lien avec la perte des jumelles et la difficulté à se représenter une issue autre que défavorable à cette grossesse.

La césarienne s'est bien passée et a donné naissance à Marius. Madame est ébahie par ce bébé mais a du mal à l'approcher. Les premières régurgitations terrifient le couple qui découvre à la fois que ce bébé est

bien vivant mais pas moins inquiétant pour autant. Monsieur R. a du mal à le toucher autrement que du bout des doigts, il semble inquiet. Madame R. prend donc Marius en main mais elle a du mal à ressentir le plaisir, et à reconnaître en ce bébé né celui qu'elle a porté jusqu'ici. Elle décrit une grossesse qui lui a semblé interminable.

Nous leur proposons un atelier peau à peau accompagné pour aider Madame R. à percevoir ce bébé sur elle dans le sensoriel de cette rencontre, ici et maintenant dans le postnatal. Cet atelier effectué en double regard entre la psychomotricienne et la puéricultrice vise à permettre tant pour le bébé que pour la maman, par la remémoration des traces sensorielles réactivées par le corps à corps, le temps du dedans, tout en permettant simultanément de s'observer porter ce bébé au dehors. L'interface entre dedans et dehors devient alors prégnante.

Initialement tendue et inquiète, Madame peut petit à petit se laisser aller à la rencontre sensorielle de son bébé et, celui-ci, à sa propre détente. En fin de peau à peau, elle a pu dire que sa tête, comme son « cœur » pour corps, acceptaient la naissance de ce bébé.

Cette patiente a pu quitter le service bien restaurée, avec une expérience « socle » avec son bébé humanisé, accompagnée lors de cette rencontre du bébé réel par l'alimentation, le corporel accueillant aussi les fantômes de ses sœurs perdues. Nous avons pu revoir cette maman et Marius avec le père huit semaines après la sortie. Au cours de cet entretien, Madame a pu nous confier comment ce moment de peau à peau avait été pour elle fondateur de la rencontre avec Marius. Marius est né une seconde fois au cours de cet atelier.

DEUXIÈME CAS CLINIQUE

M. et Mme B. avec Vincent

Mme B., 37 ans, est inscrite à la maternité de l'HFME pour le suivi de sa troisième grossesse. Je la reçois à 27 SA, en urgence, adressée par son médecin généraliste pour un tableau dépressif. Madame est d'origine brésilienne, son conjoint est français, elle a deux aînés de 10 et 15 ans. Elle travaille comme aide-ménagère à domicile. Arrivée en France alors que son

ainé avait quelques mois, la famille est repartie au Brésil quelques années auparavant pour finalement revenir s'établir en France.

Elle vient accompagnée de son mari mais souhaite être reçue seule. Elle présente un visage figé, le regard fuyant. Elle m'explique peu à peu que sa mère est décédée trois semaines plus tôt d'un AVC. Elle se dit envahie par des « bruits » qui lui font peur puis évoque des voix qui l'encouragent à se tuer. Elle décrit des angoisses avec des crises où elle se sent opprimée l'ayant conduit à appeler les pompiers ; elle évoque un épisode d'hallucinations visuelles au réveil : des mains se tendant vers elle. Le discours est peu fluide, avec un besoin constant d'être rassurée. Elle dit n'en plus pouvoir, vouloir que sa mère vienne la chercher. Elle parle de manière confuse d'épisodes du passé, sa mère aurait fait une tentative de suicide alors qu'elle-même avait 4 ans, elle l'aurait vue pendue. Elle évoque aussi le soulagement d'attendre un garçon, faisant allusion à des épisodes difficiles de sa vie de petite fille. Elle peut dire avoir déjà entendu ces voix qui la bouleversent quand son aîné était bébé et décrit une scène où elle aurait jeté un objet en direction du berceau de son fils pour les arrêter. Elle n'a jamais eu de soins auparavant.

Dans ce contexte, je propose une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique en évoquant mes inquiétudes pour Madame au couple. Réticente initialement, Madame acceptera ensuite. Inquiète car elle ressent moins les mouvements de son bébé, je l'oriente vers l'équipe obstétricale, le monitoring est rassurant. Après une nuit en service de grossesses pathologiques, je la revois avant son départ pour une unité d'hospitalisation de courte durée à l'hôpital psychiatrique. L'équipe me décrit Madame comme ne leur parlant pas, en retrait. Je la vois allongée dans son lit. Son mari est à ses côtés. Elle a un tee-shirt usé contre son visage, je lui demande si c'est son doudou. Elle acquiesce. Elle me dit avoir mal dormi, déambulé toute la nuit en cherchant sa mère. Elle me demande si je peux l'accompagner à l'hôpital psychiatrique puis demande si son conjoint pourra rester avec elle. En échangeant avec le couple, je propose un temps d'arrêt de travail à Monsieur pour qu'il puisse accompagner Madame et être disponible pour les enfants restés au domicile. Il bénéficie de l'aide de sa mère. Monsieur est soucieux de l'état de sa femme mais s'inquiète des effets des traitements sur le bébé. Madame restera ensuite hospitalisée quelques jours en unité psychiatrique d'urgence puis sera orientée en clinique.

Je la revois un mois après, son mari l'accompagne. Le contact est un peu meilleur. Très vite, elle demande à son mari de sortir. Elle évoque alors longuement, et avec beaucoup d'émotions, ses vécus infantiles avec son père qui abusait d'elle. Elle décrit de manière abrupte les violences subies comme des scènes filmées en parlant avec culpabilité de son malaise mais aussi de son amour d'enfant vis-à-vis de lui, du dégoût qu'elle a pour elle-même en abordant les cauchemars et les angoisses qui l'envahissent. Elle pensait pouvoir le dire à sa mère avant sa mort. Elle se dit aidée à la clinique et elle accepte que je sois en lien avec le psychiatre qui la prend en charge. Nous évoquons ensemble le suivi de grossesse, la possibilité de préparer l'accouchement avec une sage-femme, d'un accompagnement par la PMI. Elle souhaite allaiter son bébé.

Nous abordons aussi la possibilité d'un accompagnement à l'USAP après la naissance et des possibilités de soin d'aval en unité mère bébé.

Son psychiatre, joint par téléphone, décrit sa difficulté dans la prise en charge de Madame avec un état qui reste fluctuant, des moments d'angoisse qui la submergent et la tétanisent, et d'autres moments où elle est plus en lien. Le traitement médicamenteux est compliqué à équilibrer, antidépresseurs et anxiolytiques ne suffisent pas, un traitement antipsychotique est mis en place. Nous organisons le passage d'une sage-femme libérale à la clinique pour des séances de préparation à l'accouchement. La sage-femme de PMI propose un rendez-vous au domicile du couple sur un temps de permission.

Au huitième mois, je revois le couple. Nous visitons ensemble l'USAP et la chambre mère-enfant avec possibilité de lit accompagnant pour le père. Madame est à l'écoute mais décrit toujours des angoisses massives et des fluctuations thymiques. Nous parlons de la nécessité d'étayages à la naissance. Elle redit son souhait d'allaiter, je lui fais part des possibilités et des limites en fonction de l'équilibre du traitement médicamenteux, de la nécessité de sommeil pour elle. Monsieur s'engage à être présent la nuit, Madame compte aussi sur l'aide de sa belle-mère en journée.

Un déclenchement à 37 SA est organisé, justifié par un diabète gestationnel.

Sur le dernier mois, l'état psychique de Madame s'améliore, permettant une décroissance des traitements anxiolytiques. Madame bénéficie de permissions, mais reste à la clinique jusqu'au départ prévu à la maternité. En entretien, elle évoque sa famille, son envie de ne plus parler le portugais, sa langue maternelle, de couper les liens.

A chacune de nos rencontres, Madame doit s'appuyer sur la contenance soignante pour se montrer plus présente, le regard moins fuyant et évoquer l'arrivée du bébé. Je la revois le jour du déclenchement, elle a quitté la clinique pour l'accouchement. Elle peut dire ses craintes d'avoir quitté ce lieu rassurant. L'accouchement a lieu par voie basse. Madame est accueillie à l'USAP. Son conjoint reste auprès d'elle la nuit.

Je la revois le lendemain, Vincent est auprès d'elle dans son berceau, elle le berce en donnant un rythme rapide. Madame est fatiguée. Vincent va bien, réclame à téter. Les mises au sein sont difficiles, avec des crevasses. Vincent n'arrive à téter que d'un côté, Madame doit tirer son lait. L'état thymique de Madame est fluctuant, elle se dit souvent angoissée le matin et demande à me voir. En entretien, elle parle de sa peur de ne pas y arriver. Elle parle de Vincent qui la « réclame beaucoup ». Lors du premier bain avec l'équipe, elle s'adresse peu à lui dans les mots mais les gestes sont tendres, ajustés. Vincent cherche le regard de sa mère. L'équipe décrit Vincent comme un bébé qui pleure quand il a faim, s'impatiente mais s'apaise contre sa mère.

Devant sa crainte d'être débordée par son bébé, nous proposons à Madame un temps de bain allongé, atelier thérapeutique animé par la psychomotricienne et co-animé par la sage-femme ou la puéricultrice. Ici, le bain est mené par les soignants dans l'idée de proposer un temps de détente au bébé que la mère peut observer. Ce temps est agréable pour Vincent. Madame est réceptive au bien-être de son bébé et répond à ses accroches visuelles. Elle peut revenir aussi avec la sage-femme sur le déroulé de sa grossesse.

Madame reçoit des visites de ses aînés, elle a eu le souci d'organiser des accueils dans la famille pour le temps du séjour en maternité.

En fin de semaine, l'équipe est plus inquiète. Malgré de bonnes nuits, Madame reste très angoissée le matin. Son état est fluctuant avec l'équipe comme avec Vincent. Par moments, Madame semble prise dans ses pensées et peu disponible à l'interaction. En entretien elle évoque des cauchemars qui la bouleversent, des scènes avec son père. Elle reedit sa colère, son dégoût. Elle décrit comme elle ressent le manque de sa mère en disant « comment est-ce que je peux être mère alors que j'ai tellement besoin de ma mère? » et elle sollicite sa belle-mère qui passe une partie de la journée avec elle.

Nous évoquons avec l'équipe un atelier peau à peau pour permettre à Madame et à Vincent de trouver une détente commune dans un contact corporel qui n'implique pas forcément la tétée.

Un après-midi elle surgit hagarde dans le couloir. Elle semble apeurée, cherchant quelque chose. Elle porte Vincent contre sa poitrine le tenant sous les bras, dans une position inconfortable. Elle demande son traitement anxiolytique. Revue dans sa chambre, elle se dit angoissée, évoque sa mère qui ne serait pas contente d'elle. Son discours est d'abord confus puis plus fluide, avec des regards anxieux dans la pièce. On comprend alors qu'elle vient de se réveiller, elle décrit des rêves qui s'imposent à elle. Elle peut dire ensuite ses craintes quand elle est seule avec son bébé qui pleure, l'impression de se désorganiser, la peur de lui faire du mal. Devant la fragilisation de son état psychique avec recrudescence anxieuse et dépressive, on augmente le traitement anxiolytique et antipsychotique. Nous convenons avec l'équipe de différer l'atelier peau à peau. À ce moment-là, nous sommes préoccupés, l'état de Madame va-t-il permettre un retour à domicile avec Vincent? Comment va-t-il pouvoir continuer à s'adapter à la discontinuité de sa maman?

Le lendemain, a lieu la visite de l'unité mère-bébé de l'hôpital psychiatrique du secteur, orientation évoquée en anténatal et confirmée avec l'équipe de l'USAP. Madame est d'accord mais elle appréhende; elle s'interroge sur le lien avec un nouveau médecin. Elle s'y rend accompagnée de la puéricultrice de l'USAP, de son conjoint et avec Vincent. Lors de la visite, Madame est présente et peut se dire rassurée. Dans la voiture, elle évoquera ensuite à la soignante l'impression de ne pas avancer, de ne pas pouvoir aller mieux.

L'atelier peau à peau pourra se faire, je la vois ensuite, Vincent allongé contre elle. Elle semble détendue, peut dire avoir pu mettre Vincent au sein après l'atelier.

L'allaitement reste une préoccupation pour elle avec l'impression de ne pas y arriver. Vincent s'impatiente au sein. Sa courbe de poids reste satisfaisante. Les jours suivants montrent une amélioration des angoisses chez Madame, elle se projette dans l'idée d'un retour à la maison. L'allaitement mixte se met doucement en place. Lors d'un nouveau temps de bain allongé, l'équipe la voit plus enjouée, pouvant rire, chanter; Madame s'en étonne elle-même. À d'autres moments, elle reste dans sa chambre, sollicite peu l'équipe, évoque ensuite ses angoisses. Vincent,

lui, commence à manifester des difficultés d'ajustement aux oscillations thymiques de sa mère. À plusieurs reprises, en présence de sa maman, il cherche le regard des soignantes. Madame a besoin d'être portée par les soignantes pour appeler l'UMB et prévoir son premier rendez-vous comme pour rappeler l'association qui s'occupe de la mise en place des travailleuses familiales.

Monsieur m'interpelle sur la question de la sortie, il souhaite que sa femme rentre au domicile tout en exprimant des inquiétudes. Nous évoquons avec le couple la nécessité de poursuivre un soin mère-bébé et d'étayages conséquents. Après quatorze jours à l'USAP, la dyade rentre à la maison avec organisation de passages de la PMI au domicile pour les pesées, intervention d'une travailleuse familiale programmée à la reprise de travail de Monsieur, rendez-vous organisés sur l'UMB.

Je revois le couple le mois suivant avec Vincent, l'allaitement est mixte avec des biberons donnés par Monsieur la nuit, des tétées au sein la journée. Madame paraît moins ralentie, prend des initiatives vers son bébé lors de la consultation. Elle semble plus à l'écoute des manifestations de Vincent. Elle parle aussi de ses aînés. Monsieur doit reprendre le travail. Les traitements ont été à nouveau modifiés avec diminution de l'antipsychotique et augmentation de l'antidépresseur. Nous convenons de la poursuite d'un suivi avec moi, conjointement à la prise en charge à l'UMB. Les choses restent fragiles mais la rencontre entre Madame et son bébé a pu se faire.

Dans cette prise en charge, du temps de la grossesse jusqu'à la sortie de l'USAP, nous avons tenté de soutenir Madame dans ses mouvements d'ambivalence : comment être mère sans ma mère? Comment aimer/détester mon père et accueillir un bébé garçon? tout en ayant la préoccupation de Vincent dans ses possibilités –ou non– d'adaptation aux symptômes de sa maman.

TROISIÈME CAS CLINIQUE

Mme M. et Mélina

Avant même que nous la rencontrions en SDN, Mme M. avait fait l'objet d'une réunion de coordination en anténatal. La réunion de coordination à

l'HFME a pour objectif de pouvoir préparer le séjour de mères qui seront accueillies avec leur bébé à la maternité de l'HFME lorsqu'elles vont nécessiter un portage spécifique impliquant des partenaires de disciplines différentes. Cette réunion a lieu une fois par mois. Elle peut être obtenue à la demande de partenaires extrahospitaliers ou intrahospitaliers. La situation de Mme M. était amenée par la sage-femme de PMI, très inquiète, elle-même accompagnée par la puéricultrice et l'assistante sociale du secteur également investies auprès de Mme M. avec laquelle elles étaient très en lien. Mme M. les sollicitait toutes les trois plusieurs fois par jour au gré des disputes avec son conjoint.

Mme M. est alors âgée de 43 ans, elle a longtemps été SDF et toxicomane (ce n'est plus le cas aujourd'hui) et conserve aujourd'hui un fort tabagisme. Elle vit avec son compagnon et père de l'enfant depuis deux ans. Mme M. était venue le rejoindre dans son appartement Aralis¹ après s'être vue expulsée d'un foyer qu'elle n'occupait plus suffisamment. Cependant, Mme M. se plaignait de violences de son compagnon alors qu'il était en état d'ivresse : il l'aurait plusieurs fois mise dehors, l'aurait frappée. Le couple serait en réalité instable. Malgré tout, ce serait Monsieur T. qui aurait fortement insisté pour que Mme M. garde leur bébé et pour qu'elle fasse suivre sa grossesse, c'est ainsi qu'elle aurait annulé un rendez-vous en orthogénie. Pour autant, M. T. n'aurait pas fait d'acte de reconnaissance anticipée, ce qu'elle lui reprochait avec véhémence et qui était à l'origine de nombre de leurs disputes. Depuis le dernier trimestre, l'état d'agitation du couple se serait accru avec plus de crises, au cours desquelles Mme M. aurait demandé de l'aide à la PMI. Défiante à l'égard de son compagnon, elle aurait pris la décision, sans le tenir informé, d'aller reconnaître sa fille seule. Monsieur T. a découvert cela quelques jours après son arrivée à la maternité. De la même manière, inquiète pour elle et son bébé, elle aurait, avec l'aide de la PMI, travaillé le projet de quitter son compagnon quelques semaines après la naissance, sans le lui dire, en allant vivre dans un foyer mère enfant.

Mme M. serait la maman de deux autres enfants qu'elle aurait laissés à leur père lorsque le second avait 1 an. Ils auraient aujourd'hui entre 8 et 10 ans et ils vivraient dans l'Yonne chez leur père. Il faut pour s'y rendre trois heures de transport ce qui rend l'entreprise trop difficile et peu fréquente. M. T. serait aussi, de son côté, père de deux filles qui auraient été enlevées

1. Foyer de travailleurs migrants non transformé en résidence sociale.

par placement à leur mère et qu'il aurait élevées après les avoir récupérées, mais qui seraient aujourd'hui adultes.

L'histoire infantile de Mme M. est marquée par les ruptures, elle aurait fait l'objet de plusieurs placements durant l'enfance, et en garde les stigmates. Un fort besoin de contrôle, une défiance à l'égard des services sociaux que pourtant elle sollicite, une dépendance extrême à la cigarette et, surtout, un fort attrait pour la vie dans la rue. Mme M. a été vue par la tabacologue qui a essayé de l'aider à réduire sa consommation de tabac, pas d'alcool pour elle.

L'accouchement a lieu à 36 SA +4j par césarienne sur RCIU. Le service social de l'hôpital nous en informe. Mme M. savait qu'elle avait fait l'objet d'une réunion de coordination et que nous allions nous présenter à elle. Nous l'avons donc rencontrée en SDN pour obtenir son consentement pour l'USAP. Mme M. est de corpulence très petite, mince. Elle nous a très spontanément présenté son bébé Mélina et elle a accepté de venir à l'USAP à l'issue de l'entretien.

Mélina est née avec un rein unique et un très petit poids, elle faisait 2kg et nécessitait quelques heures de couveuse à côté de sa maman. Lorsque je rentre dans sa chambre, Madame demande si son compagnon peut rester, elle annonce alors que son projet est de pouvoir vivre tous les trois dans un appartement Aralis plus grand; elle aurait signé un nouveau bail dans ce sens il y a quelques jours (j'ai en tête pour ma part la demande de foyer mère-bébé portée par la PMI). Mélina est dans sa couveuse et dort calmement. Elle aura besoin d'y rester 24 heures jusqu'à ce que les pédiatres autorisent sa sortie.

Durant la première semaine d'hospitalisation à l'USAP, Mme M. prend peu Mélina, mais les moments d'interaction sont habités : elle est expressive et encourage sa fille au biberon. Mme M. est bien en lien avec l'équipe, bien qu'elle ait de faibles capacités d'élaboration en lien avec les différentes carences dont elle a souffert et en dépit de son fort besoin de fumer qui l'oblige à descendre plusieurs fois par jour. Mélina est un petit bébé fatigable qui dort beaucoup et que l'on trouve souvent dans son berceau. Nous lui proposerons plusieurs ateliers pour qu'en appui identificatoire avec l'équipe, Mme M. puisse ouvrir un espace interactionnel plus riche autour de Mélina. L'équipe est alors soulagée d'observer que, portée par les soignants, Mme M. module d'avantage ses interactions, les habite plus et peut prêter plus d'attention aux manifestations de sa fille. Cependant, sans

ce soutien, les mouvements spontanés de la mère vers sa fille restent rares en dehors des changes et nourrissements et le besoin d'aller fumer augmente, avec la nécessité pour l'équipe de garder Mélina. M. T. vient régulièrement voir sa compagne et sa fille et se montre adroit dans le portage, il a démarré un travail en grande surface depuis un mois. Sur le plan pédiatrique, Mélina n'est pas sortante avant deux voire trois semaines.

Je propose à la mère que je puisse rencontrer le père pour questionner la suite à donner, l'utilité de l'ADIAF (association de TISF), car nous n'imaginons pas cette dame durant l'absence de son compagnon, sans aucune aide au domicile tant ses besoins de s'aérer sont forts. M. T. se montre favorable à ce soutien mais l'entretien se dégradera très vite lorsque Monsieur abordera qu'il est suivi en CMP et qu'il invite sa compagne à y venir avec lui en entretien. Elle a très mal supporté cette proposition, vécue comme une tentative d'emprise de son compagnon dans sa vie, de même que l'idée de l'ADIAF au domicile l'incommode également. Elle se persécute avec force lui réclamant des papiers à elle qu'il garderait chez lui et qu'elle lui demande sur le champ. Elle lui hurlera dessus, lui disant qu'elle ne veut plus le voir, qu'il est désormais un étranger pour elle, et elle joindra à cela plusieurs coups de fil dans les jours suivants à la Maison départementale du Rhône disant qu'elle leur demande d'annuler pour elle son bail avec M. T. pour Aralis. Le climat dans le couple s'apaisera lorsqu'elle le rappelle à la fin de la deuxième semaine le chargeant de lui ramener du tabac, sans pour autant revenir à des liens tranquilles.

Ainsi, depuis son arrivée à la maternité, le couple montre une grande discontinuité dans ses liens avec des moments de dispute où le couple se déchire jusqu'à des menaces verbales mutuelles qui font passer Mélina au second plan. Durant le week-end, on observe des moments où le couple se maltraite, comme des moments où le couple semble complètement se restaurer.

Nous avons observé que Mme M., bien portée et contenue par la présence des professionnelles, se montrait attentive, ajustée et compétente à l'égard de Mélina, capable de donner le biberon aux bonnes heures, de changer ses couches et de prévenir l'équipe pour aller fumer sans jamais laisser le bébé tout seul. Par contre, lorsqu'elle se sent entravée par son compagnon comme par l'équipe, elle menace de quitter l'hôpital et de partir avec son bébé dans la rue ce qui, du fait de la vulnérabilité du bébé, est impossible. Mélina dort de plus en plus et devient de plus en plus difficile à alimenter, même pour les auxiliaires de nuit et les puéricultrices.

L'équipe expose à la patiente son inquiétude. Il existe bien une vulnérabilité chez cette dyade qui s'accroît si l'environnement n'est pas facilitant. Le secteur, souvent alarmé par Mme M. qui a récemment refusé une proposition à la Buissonnière (structure de type accueil mère-enfant), s'apprête à faire une demande d'accompagnement judiciaire.

L'équipe de l'USAP comme celle du secteur est inquiète d'observer une très grande instabilité des projets de Mme M., le coût de cette désorganisation pour ce bébé, ainsi que la fragilité du tissu familial qui nécessite un accompagnement très serré. Aux difficultés d'alimentation s'ajoutent maintenant des régurgitations fréquentes en lien avec des biberons donnés par Mme M. de façon trop rapprochée. Méлина se présente comme un bébé fatigué. Madame répète qu'elle ne veut plus rien, qu'elle prend sa fille et part dans la rue, dans une tentative de maîtrise vouée à l'échec puisqu'elle sait que Méлина ne peut vivre une vie de SDF. Les liens avec son conjoint et un bébé sont impossibles.

Devant le manque de fiabilité de leur engagement, nous demandons une OPP sur l'Aide sociale à l'enfance, en prévention d'une rupture de prise en charge en cas de fugue de Mme M., avec une délégation à l'équipe de la maternité le temps des soins. Nous expliquons à Mme M. notre démarche, elle dit qu'elle comprend mais explique qu'elle ne nous laissera pas prendre son carnet de santé qu'elle déchirera si Méлина part ailleurs qu'en AME. Nous lui expliquons que le projet demeure qu'elle reste avec sa fille mais en AME, avec un accompagnement judiciaire. Madame semble accepter. Le projet est exposé à M. T. qui comprend que l'équipe soit inquiète par leurs revirements. Il pleure. Madame est tendue, puis soudain se lève brutalement, claque la porte, nous laissant seuls avec Méлина. Elle revient une heure après. Elle a du mal à dire sa tristesse, elle dit sa colère, sa frustration. À son retour elle répète qu'elle part avec sa fille sans le faire pour autant et déclare refuser catégoriquement l'AME. Elle met ainsi en échec chaque solution que nous lui proposons.

Devant le refus de Mme M. pour l'AME, nous abordons l'éventualité d'un placement. M. T. pleure, Madame ne dit rien. Méлина est dans les bras de M. T. qui lui murmure des mots à l'oreille.

M. T. souhaite être présent lors du départ de son bébé. Mme M. veut partir avec le carnet de santé du bébé qu'elle ne nous laissera pas cherchant ainsi à garder quelque chose de sa fille avec elle. Le lendemain est le jour du placement. Mme M. veut partir. Monsieur insiste pour qu'elle reste.

Mme M. explose et frappe Monsieur T. devant nous, le menace avec une chaise et la nécessité de l'intervention de l'équipe pour la contenir révèle sa détresse. Devant cet état d'agitation, son impulsivité et des menaces suicidaires, nous mettons en place un soin sous contrainte de type SPPI pour préserver Monsieur T. d'être tiers. Mme M. s'agitiera et M. T. dira son inquiétude pour elle. Elle sera hospitalisée, et Monsieur ira lui rendre visite avec des nouvelles de Méлина. Cela permettra une prise en charge en CMP et la mise sous thymorégulateur.

M. T., qui est resté dans le service jusqu'à midi en lien avec l'équipe, a pu exprimer son désarroi; il a pu accompagner sa fille avec l'équipe de l'IDEF malgré l'agitation de sa femme. L'équipe prend contact, avec l'accord de Monsieur, avec son psychiatre du CMP.

CONCLUSION

À travers ces trois exemples cliniques, nous pouvons voir se dessiner trois types de trajectoire parmi celles accueillies dans notre petite unité d'intervention précoce en postnatal immédiat.

Celles pour lesquelles les patientes nous sont adressées parce qu'un événement traumatique a gelé toute capacité de rêverie maternelle : les *scenarii* semblent alors, pour elles, ne dessiner qu'une seule issue, celle de la répétition du trauma. L'USAP, par la présence continue d'une équipe formée, par l'observation partagée en réunion pluridisciplinaire tous les matins, propose, en fonction de la clinique de la veille, de la nuit et du jour, des occasions répétées et adaptées de rencontre organisées par des ateliers tels que « le peau à peau accompagné », « les bains allongés », « l'atelier portage ». Ces ateliers, en complément de l'apprentissage des premiers soins, offrent, par la présence attentive de deux soignants, un soutien à la mère dans son corps et par les mots au gré des enjeux transférentiels. Ils apportent aussi une position plus à distance d'observation des interactions. Il s'agit d'un binôme en double regard à la fois à l'écoute de ce qui émerge et participant à détendre au fil de l'atelier ce qui se crispe et entrave la rencontre. Il aura pour objectif de dégeler – de mettre en mouvement en mobilisant les ressentis – la pensée, les capacités d'observation parentales, tout en s'assurant du confort et des besoins de bébé. Lors d'un traumatisme vécu durant une grossesse antérieure, ce seul partage sur le temps de l'USAP

peut suffire à remettre en route l'élaboration, l'ajustement parental, à passer de la préoccupation anxieuse à l'égard du bébé à une position plus modulée rendant possible le processus de subjectivation du bébé.

Il fera émerger dans le regard des parents le bébé réel, et plus largement le ressenti maternel au contact du bébé, ce sera un moment fondateur de cette rencontre pourtant initialement redoutée.

Une autre trajectoire serait celle des mamans qui arrivent avec des antécédents de pathologie psychiatrique ou avec des trajectoires de vie dans lesquelles dominent les ruptures ou la discontinuité et pour qui des étayages et du soin semblent nécessaires après le retour au domicile. L'orientation à l'USAP dans ces moments-là peut se faire dès l'anténatal après un suivi en consultation avec un pédopsychiatre. Ce suivi anténatal en parallèle du suivi obstétrical permet souvent d'instaurer un lien de confiance avec les couples et favorise l'adhésion aux soins.

L'USAP vient alors, dans son rôle d'observateur étayant, favoriser ce qui peut advenir de positif dans la rencontre mais aussi identifier combien les difficultés maternelles vont nécessiter de soutien pour que le bébé puisse voir ses besoins satisfaits. Le binôme soignant, qui entrera en résonance le temps des soins avec chacun des membres de la dyade mère-bébé, va éprouver le prix de la rencontre. L'équipe peut décrire, en appui sur les ateliers, combien parfois il est difficile de faire exister le bébé et ses besoins, combien il est parfois coûteux que la mère les entende. En relève, se partagent préoccupations pour le bébé, pour la mère, projetées sur les différentes voix dans l'équipe. Bien souvent, dans ce temps très précoce, on identifie déjà les stratégies adaptatives parfois coûteuses que le bébé déploie pour s'ajuster à sa maman.

Lorsque le soin de suite s'avère nécessaire, l'équipe peut accompagner la dyade sur les lieux du soin d'aval. Cela favorise, comme cela a été déjà démontré ailleurs, une meilleure accroche aux soins, et réduit le temps entre la sortie de l'hôpital et le premier rendez-vous, ce qui permet une prise en charge plus précoce. L'articulation des soins pourra faire continuité entre l'USAP et les unités mère-bébé par le partage d'outils communs (double regard, écoute simultanée de ce qui émerge du corps comme du discours, rythmicité des soins autour de la prise en charge quotidienne du bébé...). Les orientations précoces concernent plus de la moitié des

patientes accueillies (55 à 67 % sur les trois dernières années et plus de la moitié des patientes adressées poursuivent les soins).

La troisième trajectoire est celle où, rapidement, la question des difficultés maternelles est telle que la question de la protection de l'enfance est engagée. L'USAP s'engage alors dans son volet évaluatif des capacités maternelles et travaille en lien avec les services de l'Aide sociale à l'enfance, le Parquet, les pouponnières départementales, en organisant des réunions de synthèse durant le séjour de la dyade en maternité.

Cette unité fonctionne donc comme un sas avant le retour à domicile. Si les observations, qui dans ces moments-là sont loin d'être économiques pour l'équipe en poste, confirment les craintes que, parfois, la PMI amène avant l'accouchement, l'USAP, souvent en lien avec les équipes de secteur ayant connu la mère, voit l'impossibilité du retour au domicile et peut prendre la décision d'un signalement judiciaire.

L'USAP devient alors, après le temps de la rencontre, le lieu de l'accompagnement vers une séparation, pas une rupture –comme dans les cas d'accouchements sous X qui d'ailleurs constituent une contre-indication pour l'USAP. L'USAP va s'efforcer de prendre le temps d'accompagner le départ du bébé afin que la mère puisse partager, s'approprier l'impossible pour elle de la charge de ce bébé à ce moment-là de sa vie. Temps d'appropriation pour la mère, espace transitionnel pour le bébé avant le lieu de placement.

Nous faisons en sorte, lorsque cela est possible, pour la mère, comme pour le père, en lien avec les services de protection de l'enfance, de permettre qu'ils puissent accompagner leur bébé jusqu'au lieu du placement, de façon à le confier, à prévoir les temps de visites médiatisées, à connaître les référents qui l'accompagneront. Pour le bébé, l'équipe a le souci de transmettre aux puéricultrices qui l'accueilleront un témoignage sur ses premiers temps de vie, afin de permettre une continuité, et ainsi de préserver au mieux de vécus de rapt, d'arrachement, que bien souvent ces situations convoquent. Nous accompagnons un peu moins d'une dizaine de placements par an (entre sept et neuf).

SOINS PÉDOPSYCHIATRIQUES INTENSIFS À DOMICILE POUR LES TROUBLES DE LA RELATION PRÉCOCE : WINNI À DOM

Marie-Charlotte BOUCHARD-FERNANDES¹, Laurence HERMOUET²

L'Unité Winni à Dom est un dispositif de soins intensifs pédopsychiatriques parents-bébé à domicile, rattachée au Centre du tout-petit Donald Winnicott. C'est le fruit d'un partenariat entre le Centre hospitalier spécialisé Georges-Mazurelle (*via* le Centre du tout-petit Donald Winnicott) et l'Hôpital à domicile Vendée.

Le Centre du tout-petit Donald Winnicott est un centre intersectoriel de soin des troubles de la relation précoce parents-bébé. Il propose des consultations pédopsychiatriques, des soins individuels en psychomotricité, des visites à domicile et des hospitalisations de jour mère-bébé. Le travail réalisé s'inscrit au sein du réseau Bien naître en Vendée, qui est rattaché au réseau Sécurité -naissance des Pays de la Loire.

La création de l'Unité Winni à Dom découle du constat fait par les professionnels du réseau que certaines situations ne peuvent être prises en charge de façon suffisamment précoce et intensive, du fait de la difficulté pour certaines familles à se déplacer. C'est en octobre 2013 que Winni à Dom a vu le jour, sous la forme d'un dispositif expérimental de soins psychiatriques intensifs à domicile.

1. Pédopsychiatre coordinateur, Unité Winni-à-Dom, Centre Donald Winnicott, Pôle du secteur nord de pédopsychiatrie, Centre hospitalier Georges-Mazurelle, La Roche-sur-Yon.

2. Infirmière coordinatrice, *id.*

PRÉSENTATION DE WINNI À DOM

Comme certaines dyades ne peuvent pas se déplacer au Centre Donald Winnicott, pour raisons psychiques ou physiques, les soins ne peuvent alors être réalisés de façon suffisamment intensive et précoce et on voit apparaître des signes de souffrance psychique chez les nourrissons et des retards de développement.

Les indications définies au départ sont les familles dites à problèmes multiples, les dépressions du post-partum, les mères psychotiques, les mères adolescentes. Ces troubles maternels entraînent des troubles graves de la relation précoce qui retentissent sur le développement cognitif, psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant et nécessitent des soins suffisamment intensifs.

NAISSANCE DE WINNI À DOM

Ce projet a été réfléchi et travaillé depuis 2008. Il s'agit, comme indiqué, d'un partenariat entre le Centre hospitalier spécialisé Georges-Mazurelle (Centre Donald Winnicott) et l'Hôpital à domicile Vendée. Il fonctionne au niveau départemental et dispose de six places : les soignants passent au domicile à une fréquence de trois fois par semaine, et une concertation avec les professionnels du réseau concernés par la situation a lieu une fois par mois. Il prévoit des séjours d'un mois (renouvelables une fois) et la possibilité de continuer sur un mois supplémentaire en diminuant la fréquence des passages pour permettre l'arrêt ou le relais des soins de façon progressive. C'est une équipe soignante intégrée au Centre Donald Winnicott, composée d'une infirmière coordinatrice, d'infirmières psy, d'une psychomotricienne, d'une sage-femme, d'une psychologue, d'un médecin coordonnateur, d'une secrétaire.

L'unité dispose d'une logistique support assurée par l'Hôpital à domicile Vendée avec une permanence téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, un dossier de transmission domicile, un dossier patient informatisé et partagé, une évaluation de la satisfaction des parents et des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge.

L'APPROCHE CLINIQUE DE WINNI À DOM

Winni à Dom est une approche thérapeutique sur le lieu de vie du bébé, le domicile étant, pour le bébé comme pour sa famille, un lieu de sécurité. En respectant la permanence de leur environnement, le soignant aide à créer une continuité d'existence pour l'enfant et ses parents. Il s'agit d'intervenir en fin de grossesse et dès les premiers mois de la vie de l'enfant, autour de l'arrivée du bébé et des interactions mère-bébé et parents-bébé afin d'éviter des distorsions relationnelles pouvant être graves pour le développement de l'enfant; de traiter les troubles de la relation précoce pour aider le bébé à se construire un attachement sécurisé; de soutenir les parents, en particulier la mère, dans la construction de son lien avec le bébé au travers d'interventions régulières des soignants; d'être présent dans les moments importants pour métaboliser les angoisses maternelles et protéger le bébé.

Le soin passe par le fait de contenir la mère dans sa fonction maternelle mise à mal : le regard du soignant sur le parent le rassure, le sécurise et le conforte dans ses compétences; le regard sur le bébé soutient le bébé, soutient aussi le regard du parent sur le bébé; le regard porté par le soignant, par sa permanence, permet que tous les petits signes, difficiles à voir chez le nourrisson, deviennent précieux et s'organisent dans une continuité d'observation qui vise à accompagner l'enfant dans la mise en place de son fonctionnement mental.

Le regard donne place à l'enfant réel et le soutient dans son développement en médiatisant sa relation à la mère. Ce regard assure à l'enfant une continuité externe qui le renvoie à un sentiment de continuité interne important pour la construction de son self.

On est dans le « prendre soin » dans la construction d'une enveloppe autour de chacun des partenaires de la dyade, de la triade, de la famille.

LE CADRE INSTITUTIONNEL

L'équipe intervient donc au domicile, sur indication médicale, trois fois par semaine pendant un mois renouvelable si besoin, à raison de deux interventions infirmières et d'une intervention d'une sage-femme et d'une psychomotricienne. Les visites durent d'une heure et demie à deux heures.

Au fil de temps, il est apparu nécessaire de mettre en place des visites de liaison moins fréquentes (une fois par semaine) afin d'assurer une continuité de soin et d'organiser des fins de prise en charge avec une fréquence dégressive des visites pour ne pas interrompre brutalement le lien.

Le cadre de travail est présenté aux parents lors de l'entretien de préadmission effectué par l'infirmière coordonnatrice. Un projet personnalisé est pensé et construit lors de la réunion de coordination initiale en équipe puis présenté aux parents par le médecin. Le cadre des soins est posé en s'ajustant évidemment à l'organisation globale des autres intervenants du réseau (ASE, PMI, TISF, rendez-vous psys et somatiques de la famille). Au terme de chaque mois est organisée une synthèse, suivie d'une concertation avec les membres du réseau. La composante géographique de ce cadre est en grande partie maîtrisée par la famille (choix de la pièce, etc.) sécurisée par ce contrôle. La composante temporelle est décidée en partie avec la famille (durée, présence ou non du père...). Des rituels participant à la cocreation du cadre peuvent s'installer (offre d'un café, choix de la pièce, de la place...), le soignant s'ajustant dans ses interventions en fonction de l'état somatique et psychique du parent, de ses défenses, du rythme et de l'âge du bébé, de la dynamique de la famille.

CAS CLINIQUES

Evan

Nous faisons la connaissance de Mme K. alors que son bébé, Evan, vient d'avoir un mois. Elle demande de l'aide car les débuts sont difficiles et la mise en route de l'allaitement compliquée. Elle a l'impression de ne pas s'occuper de son bébé et que c'est le papa qui assure tout.

Lors du premier entretien, Madame livre en partie son histoire et le parcours du couple. Elle est âgée de 35 ans, est fille unique, ses parents sont âgés et habitent loin. Elle évoque des troubles du comportement durant l'adolescence à la suite d'une agression. Très anxieuse depuis toujours, elle a souffert longtemps de forts maux de tête en lien avec un problème ophtalmique opéré quand elle était jeune adulte. Elle a présenté des troubles alimentaires, s'est scarifiée, a consommé médicaments et drogues et a fait une tentative de suicide médicamenteuse alors qu'elle était étudiante. Ingénieure, elle travaille au sein d'un Conseil général. Vers

30 ans, elle a bénéficié d'un suivi par une psychologue qui l'a « bien aidée » et elle a changé de mode de vie. La méditation, le sport et le changement d'alimentation lui ont également permis d'aller mieux. Nous apprendrons plus tard que Madame a subi, d'une précédente union, une IVG restée encore à ce jour douloureuse psychologiquement.

Le papa, M. C., est un Tunisien, âgé de neuf ans de moins que Madame ; il travaille dans un snack et termine tard le soir. Sa famille vit en Tunisie. Elle ne nous livre pas d'autres éléments le concernant.

Evan est le premier enfant du couple qui se connaît depuis quatre ans. C'est un enfant désiré dont la grossesse arrive quelques mois après une fausse-couche. Madame dit avoir été heureuse mais, aussi, rapidement, anxieuse, la grossesse ayant réveillé des angoisses anciennes. Tout se passe bien, finalement. Monsieur et Madame se consacrent avec plaisir aux préparatifs, la maman bénéficie d'une préparation à l'accouchement et se sent bien connectée avec son bébé. L'accouchement a lieu une semaine avant terme, sans péridurale, que Madame ne souhaitait pas, et en présence du papa. Madame parle d'un moment « fort en sensations et surprenant ». Evan est un beau bébé de 3 kilos 680.

Les choses se compliquent lors de la mise en place de l'allaitement, avec un bébé qui présente une anomalie des freins de langue et de lèvres, qui ne tète pas ou peu, dort beaucoup et est gêné par les glaires. Madame n'a aucune sensation de montée de lait. Elle rentre au domicile après une semaine, dès que le bébé a repris quelques grammes.

Madame, qui avait idéalisé son allaitement en lisant beaucoup de livres et de témoignages de mères sur internet, n'avait à aucun moment imaginé que cela pourrait ne pas fonctionner. Elle n'a que le soutien de son conjoint, qui fait ce qu'il peut. Elle a recours à un DAL, ce qui nécessite une grande disponibilité et de l'organisation. Mme K. est très fatiguée, ne dort ni le jour ni la nuit. Elle a le sentiment qu'on lui vole du temps avec son enfant, qu'elle n'a pas le temps de prendre ni de regarder. Elle culpabilise du fait que le lien ne se met pas en place et de voir son conjoint s'occuper du bébé et de tout le quotidien. Lorsqu'elle est seule avec Evan, elle ne sait pas décoder ses besoins, ce qui l'angoisse et achève de la persuader qu'elle n'est pas une bonne mère. Elle ne sort plus de chez elle, n'a plus un instant à elle et se sent démunie, épuisée. N'ayant pas de médecin référent, elle interpelle de nombreux professionnels : un ostéopathe, la PMI, un orthophoniste, un ORL..., mais cherche aussi des solutions sur les réseaux sociaux et se

confronte à des réponses qui ne la rassurent pas, car elle n'est pas capable d'opérer ses propres choix. Le papa se pose moins de questions, paraît plus à l'aise avec un tout-petit, suit les conseils de sa mère et d'une de ses sœurs déjà maman. Il parvient mieux à apaiser son bébé.

Au début de nos interventions, Evan est un bébé éveillé qui suit du regard, gazouille mais qui présente aussi des tensions corporelles, qui se tortille et pleure. Il prend du poids mais boit très lentement et s'endort généralement au sein ou sur le DAL.

Quant à Madame, elle est envahie par les difficultés de son allaitement, qui reste le sujet principal lors de nos interventions. Malgré une petite prise de poids de son bébé, des tensions mammaires importantes et des crevasses, elle persiste dans son choix d'allaiter et ne s'autorise pas à passer au biberon, bien que le papa l'y encourage. Le couple place beaucoup d'espoir dans la frénectomie de son bébé, espérant une succion plus efficace. Cependant, il n'y a pas d'amélioration constatée après l'intervention. Nous accompagnons alors Madame dans le sevrage et le passage au biberon, qu'Evan accepte sans difficulté. Il nous est alors possible d'accompagner la maman tout en essayant de la déculpabiliser et de contenir ses angoisses. Nous axons notre travail à l'aider à prendre du plaisir à s'occuper de son bébé dans d'autres temps que l'allaitement : temps d'éveil et accompagnement à l'endormissement en dehors des bras. Nous la soutenons pour cibler les personnes ressources qu'elle peut interpeller afin de ne plus s'éparpiller car elle est très preneuse de l'accompagnement et des conseils et prête à les mettre en œuvre. Elle peut encore rester angoissée sur de nombreux sujets, par exemple : qu'en sera-t-il de l'ajustement au bébé grandissant ? Nous l'orientons donc vers le Centre médico-psychologique pour adultes (CMP) afin qu'elle puisse avoir un espace de soins pour elle. Un traitement antidépresseur est mis en place qui lui permet de prendre de la distance avec ses angoisses récentes et aussi anciennes, probablement réveillées par la maternité.

Sur la fin de la prise en charge, Madame est rassurée par le discours des différents intervenants qui lui confirment que son bébé va bien. Elle prend plus de plaisir à être avec lui et prend confiance en ses capacités maternelles.

Evan, quant à lui, est un bébé beaucoup plus détendu corporellement, bien en relation, souriant, qui jase. Il évolue bien à son rythme au niveau psychomoteur. Les rythmes tant au niveau du sommeil que des repas sont bien installés.

Afin de consolider le travail d'accompagnement par Winni à Dom et en tenant compte des fragilités de Madame, nous proposons un relais en ambulatoire avec le Centre du tout-petit.

Léo

Madame appelle sur les conseils de la puéricultrice de PMI. Léo a un mois, il vit avec ses parents et son frère, Gaëtan, qui a 3 ans. Madame sort d'une hospitalisation de dix jours au Centre hospitalier spécialisé (CHS) pour une psychose puerpérale. À la suite de la naissance de Gaëtan, Madame avait déjà souffert d'une dépression du post-partum, et avait été hospitalisée quelques jours puis suivie au CMP. Ce suivi s'était arrêté avec le départ à la retraite du psychiatre...

À la naissance de Léo, Madame est restée quelques jours à la maternité puis a été transférée au CHS dans un contexte de délire avec hallucinations et angoisses importantes. C'est Monsieur qui s'est occupé de Léo et de Gaëtan pendant ce temps.

Madame est originaire de Vendée. Son père est décédé quand elle avait douze ans, elle a de bons rapports avec sa mère. Elle a une formation bac plus trois et travaille comme assistante pédagogique dans un lycée. Monsieur est originaire de Vendée, ses parents vivent à une heure de chez eux, ils ont de bons rapports entre eux. Monsieur est vendeur dans un magasin bio.

Madame parle peu de la dépression qui a fait suite à la naissance de Gaëtan, dit plus ses difficultés à poser des limites autour de ses dix-huit mois. Léo est un enfant désiré mais arrivé « trop vite » : Madame a eu du mal à investir sa grossesse. L'accouchement s'est bien passé, Madame en parle peu. Elle souhaitait allaiter mais a dû arrêter rapidement du fait de la mise en place du traitement psychotrope.

Léo est un bébé tendu qui pleure beaucoup. Rapidement, on l'observe : il ne cherche pas la relation à sa mère, émet peu de sons, semble par contre écouter attentivement les soignants, cherche leur regard.

Madame est passive dans le lien à ses enfants, peu stimulante, peu contenante. Elle explique être ralentie par le traitement. Lors des visites, Madame réagit aux pleurs de Léo, le prend dans ses bras, mais dit sa difficulté à comprendre ses pleurs. Les soins corporels à son bébé sont faits sans mots, ses gestes sont mécaniques. Madame est peu en relation avec Léo. Son portage n'est pas toujours adapté, plutôt lâche. Le bébé peut

glisser des bras maternels, la maman ne s'en rend pas toujours compte. Elle entend nos remarques et essaie de s'ajuster.

Avec la diminution du traitement psychotrope, Madame sera effectivement plus présente, mais les interactions avec ses enfants sont toujours peu contenantes. Léo regarde alors plus sa mère. Sur le tapis, il est bien en relation, curieux, cherche à attraper les jouets qu'on lui tend mais se mobilise peu. Lors des passages des soignants, Gaëtan est régulièrement présent, c'est un enfant qui interpelle, il est très agité, dispersé, cherche à attirer l'attention. La soignante est souvent amenée à lui proposer des jeux.

Monsieur est fatigué, supporte mal l'inertie de sa femme et l'agitation de Gaëtan. Les relations au domicile sont conflictuelles. Le mari refuse d'aller voir son médecin pour lui et de se rendre au CMP pour Gaëtan. C'est lors d'une consultation plusieurs mois après le début des soins qu'il pourra évoquer la peur qu'il a ressentie face à l'épisode psychotique de sa femme. La maison est souvent en désordre, Madame est fatiguée.

La prise en charge Winni à Dom s'est arrêtée avec la reprise de travail de Madame, mais le suivi a continué avec la poursuite des consultations et des visites à domicile mensuelles par une infirmière de l'équipe du Centre du tout-petit Winnicott. Madame va arrêter son suivi au CMP et son traitement.

Quelques mois plus tard, elle présente de nouveau un épisode délirant : Monsieur refuse de demander son hospitalisation, c'est le médecin généraliste qui devra gérer la situation au domicile les premiers jours, puis Madame acceptera de retourner au CMP. Le délire s'arrêtera rapidement, avec la remise en place d'un traitement psychotrope.

Dans cet environnement peu serein et peu sécurisant, Léo reste un enfant qui se mobilise peu, le bas du corps ne semble pas investi, il se déplace très peu, n'utilise pas ses jambes et tolère mal le toucher. Il est bien en relation par ailleurs, habile de ses mains et curieux. Il jase, chante. Un bilan psychomoteur est alors réalisé et aboutit à un suivi individuel en psychomotricité au Centre Winnicott.

ÉCRIT DE LA PSYCHOMOTRICIENNE À PROPOS DE SOINS PRODIGUÉS À LÉO TOUTS LES QUINZE JOURS PENDANT SIX MOIS

La prise en charge sera proposée avec un accompagnement parental lors de la séance, sans travail de séparation-individuation. En fait, Madame ne viendra qu'une seule fois et mettra à distance les autres rendez-vous

possibles lors des vacances scolaires. Le suivi sera donc une prise en charge père-enfant. Le soutien à Madame se fera à domicile, par une infirmière, au rythme d'une visite par mois par l'équipe du CMP.

Monsieur a d'abord du mal à investir le suivi. Il questionne, indirectement mais régulièrement, sur la nécessité de ce suivi, déniait le retard psychomoteur : « Chaque enfant va à son rythme, je ne suis pas inquiet, il marchera bien un jour, mais bon, si vous pensez qu'il faut le faire... »

Il faut du temps pour se décentrer de la problématique du retard psychomoteur et envisager avec Monsieur le mal-être plus global de Léo. Au début du suivi, l'enfant cherche peu la relation à l'autre, voire la fuit. Le papa interprète : « Il veut faire seul. » Une problématique autour du toucher est manifeste : Léo crie, hurle au moindre contact corporel. Il peut se montrer en détresse, envahi par ses propres émotions qui le débordent. Dans la relation, Monsieur paraît en peine pour le contenir et offrir une fonction de pare-excitation aux émotions de Léo. Souvent il répond plutôt en faisant diversion, sous une modalité corporelle et sensorielle assez excitante (chatouilles, fixation sur les livres d'animaux). Le suivi va permettre à Léo de se construire dans une relation sécurisante, réintroduisant le toucher corporel comme contenant et apaisant. Plus tard, l'apparition du langage aura cette même fonction alors qu'à la maison les cris de chacun sont régulièrement le mode de communication.

Progressivement, Monsieur investit le suivi et organise sa journée autour de celui-ci. Il partage avec Léo des moments de balades au calme, promenades qu'il faisait auparavant en solitaire pour fuir la dynamique familiale et se ressourcer. Il montre ouvertement son épuisement physique et psychique, il entend nos inquiétudes. Pendant longtemps, il a mis en avant ses préoccupations au travail, puis transparaissent dans son discours ses difficultés propres d'accès à la paternité. Il peine à poser un cadre souple à ses enfants, à répondre à leurs sollicitations. Il exprime son épuisement à compenser la fonction maternelle défaillante et sa difficulté à vivre avec une femme souffrant de maladie mentale.

À la fin du suivi, Madame présente à nouveau une période de décompensation. Monsieur songe alors à faire une démarche auprès du CMP pour lui-même.

LA FONCTION CONTENANTE AU SEIN D'UN RÉSEAU DE SOIN EN PÉRINATALITÉ : INTÉRÊTS, ENJEUX ET DISPOSITIFS

Marie SCHNEIDER¹

Avec Rose-Angélique BELOT², Julie PASCOA³, Anne BASSEGIO⁴,
Sylvie NEZELOF⁵, Denis MELLIER⁶

INTRODUCTION

Le travail en réseau, très à la mode dans notre société hyper connectée, a connu en pédopsychiatrie un essor avec le développement du champ de la périnatalité (MOLÉNAT 2001; DUGNAT 2016; KOJAYAN 2016). Nombreux sont les professionnels qui, dans la clinique quotidienne, font le constat que certaines situations ne peuvent se travailler que dans le cadre de collaborations interdisciplinaires, en articulation interservices. Ce travail reste néanmoins investi et pratiqué de manière hétérogène au sein des dispositifs de soins en périnatalité (NEZELOF 2016). Peut-être est-ce parce qu'il est plus volontiers mis en lumière lorsqu'il est centré sur une pathologie spécifique (tel le sida par exemple), et souffre, en périnatalité,

1. Marie Schneider, auteur correspondant, cheffe de clinique, Guidance infantile, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

2. Maître de conférences en psychologie clinique, psychologue clinicienne, Université Bourgogne-Franche-Comté. Laboratoire de psychologie-EA3188.

3. Praticien hospitalier, Service de psychiatrie infanto-juvénile, CHU Besançon.

4. Cadre de santé, CHU Besançon.

5. Professeur en pédopsychiatrie, CHU Besançon, Laboratoire neurosciences cliniques et intégratives-EA481, Université Bourgogne-Franche-Comté.

6. Professeur en psychologie clinique, Laboratoire de psychologie EA3188, Université Bourgogne-Franche-Comté.

d'un défaut de représentations. Peut-être aussi souffre-t-il d'un décalage entre sa formalisation officielle et la réalité du travail clinique qu'il implique, la plupart des réseaux se créant de manière informelle, en fonction de chaque situation. Peut-être finalement est-il mal connu dans ses spécificités thérapeutiques et trop souvent considéré comme un simple sous-produit de la tendance actuelle à l'hypercloisonnement. Ces spécificités sont pourtant réelles et gagneraient à être mises en lumière. Nous nous proposons dans cette présentation d'en illustrer quelques aspects, et de mettre en relief les différentes facettes des dispositifs de soins en périnatalité, en nous référant à une situation clinique particulièrement dense. Plus précisément, nous exposerons à la lumière de ce cas les particularités du travail de réseau mises en œuvre et leurs articulations, et développerons en filigrane le modèle de la fonction contenante, qui permet de les penser de manière tout à fait novatrice. Ce modèle mériterait, selon nous, d'être mieux connu au sein des réseaux interprofessionnels car il permet de conceptualiser et comprendre la relation soignante au plus juste et ce qu'elle revêt.

FONCTION CONTENANTE ET ÉQUIPES DE SOIN, PARTICULARITÉS EN PÉRINATALITÉ

La théorie de la fonction contenante prend ses racines dans le modèle théorique développé par Bion (MELLIER 2005). Celui-ci propose que les souffrances primitives (éléments β) que le sujet expulse doivent être transformées par un traitement psychique approprié. Lorsque ce traitement psychique est réussi, ces éléments bruts sont devenus des éléments α et sont en capacité d'être assimilés au plan psychique (BION 1962). Lorsque le sujet ne peut pas traiter pour lui-même ce type de matériaux bruts, la souffrance psychique est présente et des somatisations peuvent apparaître. C'est alors à l'environnement qu'il revient de faire ce travail initialement défaillant. Didier Anzieu (1996) souligne que le développement de la fonction contenante s'intrique dans les stades les plus précoces du développement, avec *Le Moi-peau* (1985), où la dimension corporelle est peu différenciée des éléments psychiques. Elle se retrouve aussi dans le travail psychique en groupe, permettant au sujet de penser le dedans et le dehors du groupe (ANZIEU 1984).

L'équipe étant aussi un groupe (MELLIER 2019), la fonction contenante, d'enveloppe (MENZIES 1988; ABOUT 1992; HOUZEL 2005; MELLIER 2018), ou encore conteneur (KAËS 1979), s'avère précieuse. Elle permet, selon René Kaës, de rétablir le « *processus psychique grâce au travail de transformation de contenus destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation* ». Dider Houzel en développe les aspects dynamiques, autrement dit le processus de contenance (HOUZEL 2005), en prenant en compte la présence des enveloppes tant au niveau individuel, familial qu'institutionnel (HOUZEL 1992). Il s'agit là d'un « processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle ». Ce processus dans l'espace de soin permet de recevoir la confusion du patient lorsque celui-ci ne peut contenir et penser tout seul, puis contenir et transformer ces éléments bruts, angoisses et conflits jusque là non représentables. Élargi au dispositif soignant, il est alors assuré par des équipes interdisciplinaires quand un sujet est accueilli en institution, et plus globalement par les réseaux de professionnels, notamment en périnatalité. Si les soignants peuvent se sentir « affectés », tous les processus transférentiels sont activés et un travail peut alors débiter. Chaque professionnel aura donc à réaliser personnellement un travail pour recevoir, contenir et penser les angoisses ou anxiétés des sujets pris en charge (MELLIER 2019), mais devra aussi « faire équipe » avec les autres professionnels sans quoi ce travail sera impossible à réaliser. En périnatalité, une particularité est l'intrication très forte des aspects corporels rencontrés en clinique (somatiques et psychiques) et des conflits qui peuvent survenir entre les soignants identifiés à la mère ou au bébé, notamment lorsqu'un pronostic vital est engagé. Face à ces difficultés de grande ampleur, le risque est le clivage, ou le « compartimentage » des soignants, chacun s'isolant des autres et pensant être à même, seul, de résoudre le problème (NEZELOF 2016). L'autre aspect concerne les particularités de la vie psychique d'une femme enceinte et les dangers que représente la reviviscence d'éléments archaïques (BELOT 2016) et la confrontation à des aspects infantiles qui, jusque-là, avaient réussi à rester ignorés. Ainsi, lorsque la mère ne peut pas suffisamment compter sur ses propres ressources psychiques internes, et manque d'étayage sur les plans social et environnemental, la contenance telle que connue et pratiquée en entretien individuel classique peut ne pas suffire, mais doit être étendue au réseau de soin. Y parvenir et faire fonctionner ce type de prise en charge demande un travail complexe et spécifique.

HISTOIRE CLINIQUE

Après avoir introduit quelques notions relatives à notre dispositif de soin, nous présenterons ici l'histoire clinique de Mme H., jeune femme blonde aux yeux clairs que nous rencontrons à dix semaines d'aménorrhée lors de sa deuxième grossesse, après une IVG un an auparavant¹. Nous décrirons les différents moments évolutifs de ce suivi tels qu'ils ont pu s'organiser à partir des consultations initiales, ainsi que le parcours de soin parfois chaotique de cette patiente tout au long de sa grossesse. Nous proposerons d'en faire une analyse en deux parties, propice à mettre en lumière les dispositifs de soins, leurs articulations et les difficultés qu'ils ont connu, comme autant de facettes de ce travail de réseau.

Un dispositif de soin : l'équipe de pédopsychiatrie de liaison

Notre histoire se déroule au CHRU de Besançon, où l'équipe de pédopsychiatrie de liaison intervient auprès des femmes enceintes, dans le cadre de consultations ambulatoires anténatales, à la maternité auprès des parturientes, ainsi que dans les mois qui suivent l'accouchement, mais aussi à la demande des équipes dans les autres services du CHRU accompagnant des femmes enceintes pour lesquelles une problématique psychique apparaît et entrave le bon déroulement de leur grossesse. Cette équipe est constituée d'un pédopsychiatre, d'un interne et d'une infirmière puéricultrice, qui travaillent en étroite collaboration avec les partenaires du réseau périnatal : maternité, hospitalisation mère-bébé, PMI...

PRÉAMBULE ET PREMIER ACTE : DES DÉBUTS MOUVEMENTÉS

Le réseau personnel initial de Mme H. est principalement constitué de son couple. Celui-ci est marié depuis trois ans, les époux partagent leur activité professionnelle, vivent à proximité de leurs familles d'origine, et ont peu de relations amicales par ailleurs. L'étayage familial apparaît néanmoins faible : Monsieur et Madame ont chacun perdu leur mère à l'âge de dix ans. Madame, très proche de son père suite au décès de sa

1. Pascoa J., Belot R.A., Schneider M., Bassegio A., Nezelof S., Mellier D. (en cours de publication) « Péril psychosomatique lors de l'accès à la maternité et fonction contenante d'un réseau, à propos d'un cas. »

mère, rompt brutalement les liens en début de grossesse avec celui-ci, se sentant peu soutenue. Le réseau secondaire préexistant à la grossesse de Mme H. est composé de l'équipe de diabétologie du CHRU de Besançon et de son psychiatre traitant. C'est depuis son adolescence que Mme H. est suivie au CHU de Besançon pour un diabète de type 1, de transmission maternelle, dont le diagnostic avait été vécu douloureusement. Peut-être avait-il réactualisé le caractère traumatique des comas hypoglycémiques de sa mère, auxquels elle a assisté à plusieurs reprises étant enfant ? Le diabète de Mme H. restera d'ailleurs longtemps déséquilibré, celle-ci préférant par précaution se maintenir en hyperglycémie, de peur de répéter ces épisodes. Mme H. noue une véritable relation de confiance avec sa diabétologue, relation qu'elle maintiendra pendant toute sa grossesse, favorisant ultérieurement le développement des liens interdisciplinaires. Par ailleurs et depuis cinq ans, Mme H. effectue un travail psychothérapeutique en libéral, ressenti comme soutenant.

Deux ans avant notre rencontre, Mme H. arrête toute contraception de crainte des effets secondaires des pilules contraceptives et tombe enceinte. Elle présente alors un diabète très déséquilibré, compliqué d'une rétinopathie diabétique, ce qui la conduit à décider, avec son conjoint et soutenue par l'équipe médicale, d'une interruption volontaire de grossesse. Quelques temps plus tard Mme H. formule un désir de grossesse à sa diabétologue. Cette nouvelle grossesse est alors préparée au CHRU de Besançon, avec la pose d'une pompe à insuline permettant un monitoring continu des glycémies.

Dans ce contexte, et alors qu'elle n'est pas encore enceinte, Mme H. commence à présenter des nausées avec vomissements itératifs presque hebdomadaires qui restent inexpliqués malgré de multiples investigations médicales. Lorsque la grossesse survient, elle est vécue par Mme H. comme trop rapide, voir inattendue. Mme H. demande, dès le début de sa grossesse, à être suivie sur le plan obstétrical au CHRU également, bien que ce ne soit pas la maternité la plus proche de son domicile. Pendant le premier trimestre, les vomissements s'intensifient, jusqu'à atteindre une fréquence quotidienne voir pluriquotidienne (jusqu'à vingt épisodes de vomissements par jour), avec un caractère envahissant justifiant quatre hospitalisations successives dans le service de diabétologie. Malgré les investigations, aucune cause organique n'est mise en évidence. Les liens de Mme H. avec le service témoignent de ses difficultés : tantôt elle vient y trouver refuge,

tantôt elle le quitte brutalement, contre avis médical. À d'autres moments, des sorties en permissions en urgence sont accordées à sa demande, mais les vomissements incoercibles réapparaissent immédiatement après son retour à la maison. L'intensité de la symptomatologie et les désordres hydro-électrolytiques engendrés vont nécessiter, dans un premier temps, la pose de perfusions intraveineuses puis, plus tard, la pose d'une sonde nasogastrique, véritables « cordons ombilicaux » la reliant symboliquement au service. À cette période, Mme H. évoque furtivement auprès de l'équipe médicale du service l'idée d'interrompre la grossesse en cours. Les soignants évoquent leur sentiment d'impuissance, voire d'impasse face aux allers et venues de Mme H., et à l'absence de substrat organique identifiable. Ils découvrent plus tard que ces vomissements sont, en grande partie, provoqués par Mme H. C'est dans ce contexte que nous sommes sollicités par l'équipe.

Notre première rencontre avec Mme H. a lieu à trois mois de grossesse, dans le service de diabétologie où elle nous reçoit depuis son lit d'hôpital, en position demi-assise. Bien que n'ayant pas de demande à notre égard, Mme H. accepte d'aborder quelques éléments de sa grossesse et de nous revoir. Nous sommes alors frappés par le caractère figé de ses expressions et mécanique de son discours. Factuel et dépourvu de narrativité, de liens ou d'associations en apparence, il sonne creux, peu habité, voire « plaqué ». À aucun moment nous ne parvenons à croiser son regard, comme si la rencontre était impossible. Les figures familiales semblent lointaines, Mme H. souligne le manque d'une figure maternelle étayante, nous confiant que sa mère et sa belle-mère sont toutes deux décédées. Nos tentatives pour aborder avec elle son vécu, son passé ou la temporalité de son histoire se heurtent systématiquement aux nausées dont elle se plaint alors soudainement et elle demande alors à ce que nous écourtions nos entretiens.

Au cours des semaines suivantes, son état physique se dégrade. L'apparition d'une dénutrition et de désordres hydro-électrolytiques font craindre d'autres complications, notamment cardiaques. Durant l'été, elle semble mal tolérer le départ en vacances de son médecin psychiatre avec qui elle rompt brutalement. Pendant le deuxième trimestre de grossesse, quelques jours après sa sortie du service de diabétologie, Mme H. fait une tentative de suicide par injection d'insuline à son domicile. Son conjoint pratique les gestes de premiers secours et contacte les urgences et Mme H. est hospitalisée dans le service de pathologies materno-fœtales. Elle

demande aux soignants de l'aider à mettre fin à ses jours, ce qui conduit à un transfert en service de psychiatrie adulte. Elle évoque alors des angoisses en lien avec la maternité et l'arrivée du bébé, la crainte d'être une mauvaise mère. Rapidement Mme H. dit mal tolérer le cadre de l'hospitalisation, notamment la gestion du traitement de son diabète par l'équipe, et téléphone à sa diabétologue depuis le service pour lui communiquer son sentiment de ne pas être prise en charge de manière optimale. L'intensité des mouvements projectifs de Mme H. et de sa symptomatologie ne prend pas toujours sens pour les soignants, et de nombreux clivages et dissensions se font sentir au sein de l'équipe. Les enjeux se concentrent alors autour de la gestion du traitement du diabète, et la surveillance somatique des vomissements. De nouveau, Mme H. demande à quitter le service contre avis médical. La question d'une hospitalisation en soin sans consentement est soulevée devant le risque de récurrence du geste autolytique et de la présence d'un moyen létal à disposition (insuline au domicile) de Mme H. Au vu de l'apaisement des idées suicidaires, cette option n'est finalement pas retenue, et Mme H. rentre à domicile, à cinq mois de grossesse, avec un suivi rapproché par notre équipe ainsi que par les équipes de diabétologie et d'obstétrique. Contrastant avec les préoccupations des autres professionnels, les obstétriciens, qui assurent le suivi de la grossesse, ne présentent pas d'inquiétudes majeures, le fœtus poursuivant sans encombre sa croissance *in utero*. Lorsque Mme H. revoit sa diabétologue quelques jours après la sortie du service de psychiatrie, les angoisses exprimées autours d'un déséquilibre de son diabète semblent avoir disparu. Néanmoins, quelques jours plus tard, devant la reprise de vomissements incoercibles, Mme H. se rend aux urgences psychiatriques avec son conjoint, et sera ré-hospitalisée en diabétologie.

Face aux passages à l'acte, quelles articulations entre les dispositifs de soin ?

Durant ce premier trimestre prédominent les *acting* de Mme H. Nous pouvons concevoir ces passages à l'acte comme autant de tentatives de parer à une effraction pulsionnelle, véritable menace de débordement psychique, sous le coup de la reviviscence d'expériences infantiles non élaborées et traumatiques. Nous faisons l'hypothèse d'une organisation de personnalité pré morbide de type limite, par défaillance du pare-excitation de Mme H. et de la fonction contenante, à la faveur de la

réactualisation de conflits infantiles dans le cadre de l'accèsion réelle et symbolique à la maternité. Les vomissements questionnent la gestion de l'ambivalence, à l'instar des mots de Bergeret (1984) à propos de la violence fondamentale : « c'est lui ou moi ». Des projections intenses mais aussi des défenses de type clivage, déni, idéalisation et *acting* sont à l'œuvre (KERNBERG 1976; WINNICOTT 1975). Ces mécanismes de défense archaïques, convoqués par la grossesse, sont externalisés et projetés sur les équipes de soins. Leur ampleur inquiète les équipes. Parallèlement, la profusion de ces *acting* contraste avec la vacuité de notre contre-transfert dans la relation avec Mme H., véritable vide représentationnel qui n'est pas sans rappeler la relation blanche évoquée par Pierre Marty (1963) dans le cadre des dépressions sans affects et des manifestations psychosomatiques. Non accessibles à la clinique de la parole *via* l'entretien psychiatrique classique, ils nous ont poussés à tenter de dessiner le tableau en négatif de ce que nous imaginions du vécu et du psychisme de Mme H., de lui prêter notre appareil perceptuel, ou notre appareil à penser (BION 1962), et de restaurer une fonction alpha défaillante.

Ces mécanismes de défense viennent aussi d'emblée se déployer sur le théâtre de l'institution. À chaque hospitalisation, se manifestent des symptômes en décalage avec la spécialité du service, signant les difficultés à contenir ces angoisses. Ainsi, en diabétologie prédominent les idées et le risque suicidaire; en psychiatrie, c'est le diabète et les désordres somatiques qui font craindre une urgence vitale, augmentant l'impuissance et mettant en échec les équipes. Ces équipes sont mises en tension à tous les niveaux, avec des enjeux et des clivages tels que l'opposition ambulatoire/hospitalier, psychiatrie/somatique, intra/extrahospitalier, ou encore concernant les soignants de différentes professions entre eux.

Eu égard à ces éléments, le travail en réseau s'impose d'emblée comme une priorité absolue. Il s'agit de rassembler et d'intégrer ces différentes parties clivées de Mme H., ses intenses projections, pour comprendre mais surtout pour soigner. Afin de permettre une coordination des soins et la conciliation des spécificités de chacun, nous contactons les différents professionnels et mettons en place des réunions interdisciplinaires afin que chaque aspect des soins soit assuré par un service spécialisé, toujours en réseau avec les autres. Ces temps de réflexion rassemblent alors sages-

femmes et obstétriciens, diabétologue, puéricultrice, psychiatre d'adulte, pédopsychiatre mais aussi plus tard pédiatre, néphrologue et réanimateur. Progressivement, un maillage institutionnel interdisciplinaire s'établit afin de construire une continuité dans les soins, de renforcer les liens entre professionnels et d'élaborer ensemble un projet cohérent.

DEUXIÈME PARTIE : RÉGRESSION PSYCHOSOMATIQUE ET ANGOISSES DE MORT

Les deuxième et troisième trimestres de grossesse marquent un tournant, avec une altération importante de l'état général de Mme H. Nous sommes frappés par sa transformation physique, son amaigrissement, un visage livide et inexpressif, contrastant avec un regard exprimant de l'effroi. Une désorganisation psychique intense et un syndrome mélancoliforme sont observés. Mme H. reste alitée en permanence et a besoin d'être assistée dans tous les gestes de la vie quotidienne (toilette, repas, etc).

L'équipe soignante assure le portage tant psychique que physique de Mme H. et se montre particulièrement éprouvée. Se pose la question d'une dépendance archaïque du tout début de la vie, comparable à celle d'un nouveau-né. C'est aussi la question de la mort qui se voit convoquée, contemporaine des origines de la vie, dans la dualité intrinsèque de toute naissance. Un état de sidération, voire d'extinction psychique semble contaminer l'équipe. L'infirmière puéricultrice nous confie ainsi avoir l'impression de réaliser une toilette mortuaire lors des moments d'aide à la toilette de Mme H. Des questionnements éthiques sont soulevés dans des débats animés entre professionnels. Ils mettent à jour les identifications massives de chacun. « Il faut faire vivre ce bébé », dit la sage-femme. Certains évoquent l'idée d'une sédation maternelle pour poursuivre la grossesse jusqu'à ce que le fœtus soit viable; d'autres se questionnent sur la possibilité d'une extraction foetale précoce dans une optique de « sauvetage maternel ». Dans l'optique d'accompagner cet état régressif intense, tout en faisant exister le bébé à naître, nous décidons en réunion multidisciplinaire d'un accompagnement en hôpital de jour en gynécologie-obstétrique dans le cadre des suivis de « grossesses à haut risque ». Le conjoint de Mme H. montre une attitude contrastante avec la gravité de la situation et des débats en cours. Jovial, il se dit serein, et nous confie « vous verrez, après la naissance tout redeviendra comme avant! »

Portage psychique et contenance des dispositifs de soin

Contrastant avec les *actings* du premier trimestre, la fin de la grossesse de Mme H. est marquée par une régression psychosomatique intense. Cet état, en deçà du verbal, se compose pêle-mêle de traces perceptives non élaborables, ou préformes d'affect, et d'éléments archaïques reconvoqués (BELOT 2014). Il signe également une déliaison pulsionnelle de grande ampleur, avec présence de pulsions de mort. La prédominance de ce registre psychosomatique nous conduit à axer les soins de Mme H. avant tout sur une dimension corporelle : toilettes, *nursing*, portage littéral par les équipes soignantes. Les professionnels du réseau de soin sont mis à rude épreuve, ce que reflète leurs représentations : tantôt mortifères, tantôt empreintes d'un élan salvateur, et sans doute salutaire, envers le bébé. Ces angoisses mobilisées chez les soignants, ces clivages, mais aussi l'expression de ces mouvements agressifs inconscients nous ont interrogés par leur intensité. Il est vrai pourtant qu'il s'agit là d'une particularité du champ de la périnatalité : une femme enceinte mobilise différemment ceux qui s'occupent de la mère et ceux qui ont en charge le bébé, entraînant tout un cortège de jeux d'identifications croisées et des risques de clivage. Il est intéressant, ici, de constater que la mise en place des réunions interdisciplinaires a permis la création d'un espace suffisamment sécurisé pour que chacun y nomme et y partage ses préoccupations, aussi intenses soient elles. Peut-être aussi est-ce parce que la communication au sein du réseau a permis de créer des espaces interstitiels jusque-là manquants et d'instaurer un espace tiers comme alternative à la dynamique d'emprise qui planait pour chaque soignant en relation duelle avec Mme H.

TROISIÈME PARTIE :

UN DÉNOUEMENT, ÉCHAPPEMENT, OU ACHOPPEMENT ?

À 33 semaines d'aménorrhée, Mme H. présente une pré-éclampsie, véritable réaction hypertensive par dysfonctionnement placentaire, sorte de rejet de la « greffe fœtale ». Sa résistance aux traitements impose une extraction fœtale en urgence. C'est ainsi que naît Jules, qui présente de bons paramètres de naissance et une adaptation néonatale adéquate. Tandis que Jules est transféré à la maternité puis en néonatalogie, Mme

H. est hospitalisée en réanimation puis en néphrologie afin de stabiliser sa tension artérielle. Les sages-femmes interviennent alors auprès de la dyade par détachement du service de maternité, afin de favoriser les rencontres mère-bébé et de soutenir l'instauration des premiers liens. Mme H. se rend tous les jours en néonatalogie, avec son mari qui s'affirme d'avantage et peut prendre sa place de père. L'équipe décrit des moments de flottement durant lesquels Mme H. semble peu présente dans la relation avec Jules. Jules ne sera pas allaité en raison des psychotropes administrés pendant la grossesse.

À la sortie du service de néphrologie, nous revoyons Mme H. et sommes alors de nouveau frappés par sa transformation physique : debout et en forme, elle se déplace aisément bien qu'elle ait été alitée pendant plusieurs mois. Elle se montre apprêtée, le visage ouvert et animé. Elle est néanmoins fuyante et il nous est difficile d'appréhender la nature et l'instauration des premiers liens. M. H. se montre rassurant vis-à-vis des professionnels. Notre dernière consultation a lieu en ambulatoire une semaine après que Jules soit sorti de néonatalogie, il est alors âgé d'un mois. Placé dans la poussette à côté de sa maman mais dos aux soignants, il semble dormir tout le long de la consultation. Mme H. dresse un tableau presque idyllique de son vécu actuel. « *C'est comme s'il avait toujours été là* », dit-elle de Jules, dans un discours restant aussi très lisse. Les éléments que nous récoltons lors de cet entretien laissent à penser que Mme H. se montre globalement ajustée dans ses interactions et ses représentations de l'enfant. Elle nous dit ne pas vouloir revenir sur la période de sa grossesse qui, pour elle, constitue une « parenthèse qu'elle a refermée ». Nous apprenons qu'elle a renoué avec son psychiatre référent et qu'elle dispose d'un espace psychothérapeutique, ce qui nous rassure sur les possibilités d'élaboration ultérieures. La PMI, que nous contacterons ultérieurement, se montre rassurante.

EN CONCLUSION

L'articulation des dispositifs de soins en périnatalité est toujours à construire et à réinventer au gré des situations, notamment en temps de crise. Nous en avons présenté certaines modalités à travers l'exposé de ce cas. C'est en grande partie, selon nous, l'extension de la fonction

contenante à l'institution et au réseau de soin, fonction métaphorique dirait Pierre Delion (2018), qui a permis d'accompagner Mme H. pendant sa grossesse jusqu'au dénouement de la situation de crise. Dimension essentielle du travail en réseau, c'est peut-être aussi l'une des plus fragiles et qui ne va jamais de soi. Elle nécessite beaucoup de temps, des temps d'analyse réguliers entre les acteurs du soin pour résister à la crudité des affects, permettre la contenance, favoriser la cohérence, tout en respectant la différenciation. Il s'agit d'une clinique de la complexité qui nécessite d'être pensée dans l'interdisciplinarité.

BIBLIOGRAPHIE

- About E. (1992) « Une capacité de rêverie plurielle. Une application des théories de Bion dans un accueil hospitalier pour mères et bébés. » *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 57, n°1, p. 62-75.
- ANZIEU D. (1996) « Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques. » *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°2, p. 12-24.
- _____. (1984) *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal*, Paris, Dunod.
- BELOT R.-A. (2014) « Modifications du système pare-excitation au temps du post-partum. À partir d'une observation, Élise 1 mois 19 jours. », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 62, n°4, p. 218-225.
- BELOT R.-A., MAÏDI H., GIVRON S., ARCANGELI E. (2016) « Dépression maternelle et processus de co-identification mère-bébé. L'archaïque en soi dans la rencontre primordiale. », *Annales médico-psychologiques*, vol. 174, n°9, p. 748-756.
- BERGERET J. (2014 [1984]) *La violence fondamentale : l'inépuisable Œdipe*, Paris, Dunod.
- DELION P. (2018) *Fonction phorique, holding et institution*, Toulouse, érès.
- DUGNAT M., GOUZVINSKI F. (2016) « Pour la santé mentale et la psychiatrie périnatale en France », *Spirale*, vol. 2, n°78, p. 33-44.
- HOUZEL D. (1992) « Enveloppe institutionnelle et temporalité », in G. Bléandou (dir.), *Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques*, Lyon, PUL.
- _____. (2005) *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, Éditions In Press.
- KAËS R. (1979) « Introduction à l'analyse transitionnelle », in R. Kaës *at al* (dir.), *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.
- KERNBERG O. (1976) « Narcissisme normal et narcissisme pathologique », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 13, p. 181-204.
- KOJAYAN R., LÉVY G., HAVASI K., MOLÉNAT F. (2016) *Grossesse et souffrance psychique : précis de nouvelles pratiques*, Montpellier, Sauramps médical.
- MELLIER D. (2002) « L'équipe, c'est aussi un groupe. Six propositions d'analyses. » *Enfance et Psy*, n°19, p. 2-28.
- _____. (2005) *Les bébés en détresse, travail de lien et intersubjectivité. Une théorie de la fonction contenante*, Paris, PUF.
- _____. (2018) *La vie psychique des équipes. Institution, soin et contenance*, Paris, Dunod.
- _____. (2019) « Souffrances primitives, réseau et travail d'équipe », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, vol. 73, n°2, p. 47-60.

- MENZIES LYTH I. E. P. (1988) *Containing anxiety in Institutions : Selected Essays*, London, Free Association Books.
- NEZELOF S. (2016) « Coopérer entre institutions en périnatalité. », *Spirale*, vol. 78, n°2, p. 18-23.
- PASCOA J, BELOT R.-A., SCHNEIDER M., BASSEGIO A., NEZELOF S., MELLIER D. (à paraître) Péril psychosomatique lors de l'accès à la maternité et fonction contenante d'un réseau, à propos d'un cas.
- WINNICOTT D.W. (1975) « La crainte de l'effondrement. », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 11, p. 35-44.

IDENTIFICATION ET MAILLAGE COMME MODALITÉS DE SOIN EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE

Nathalie ROMAGNE¹, Claire COSTON², Stéphanie SEIBEL³

Il ne suffit pas de porter un enfant dans son ventre pour se sentir mère. Le fœtus peut prendre des figures de monstre ou de parasite, il peut parfois être relégué au statut d'objet-déchet dont il faut se débarrasser. La maternité a été longtemps décrite comme naturelle, voire instinctuelle, mais il suffit de lire la rubrique « faits divers » dans les journaux pour s'apercevoir que cette affaire-là n'a rien à voir avec l'instinct. Comment dire son impossibilité d'être mère sinon en confiant son bébé à l'adoption ou, plus tragiquement, en le mettant dans le congélateur comme dans l'affaire Courjault?

L'être-mère relève d'une fonction essentielle : celle d'impliquer l'enfant dans le désir et donc du côté de la vie. On ne fait pas un enfant pour soi mais pour qu'il soit à son tour un individu différencié qui aura envie de créer du lien avec les autres.

La maternité est parfois semée d'embûches. Ainsi, toutes les difficultés de la grossesse et les complications médicales lors de l'accouchements viennent parfois révéler la part d'ombre énigmatique de la femme.

1. Psychologue clinicienne, Unité de soins précoces Didier Houzel, CH Edouard Toulouse, Marseille.

2. Psychomotricienne, *id.*

3. Infirmière, art-thérapeute, *id.*

L'angoisse la submerge au point de ne plus pouvoir rester seule avec son enfant.

La grossesse est un moment de modifications corporelles mais aussi un bouleversement psychique avec la réactivation de conflits anciens. Les premiers liens d'attachement sont revisités avec des mouvements identificatoires à la mère qu'on a eue et à l'enfant qu'on a été. Lorsque la vie a été jalonnée de traumatismes et de relations conflictuelles intrafamiliales, la mère aura une injonction très forte à ne pas reproduire ce qu'elle a vécu avec une tendance aux identifications à la mère idéale.

L'UNITÉ DIDIER HOUZEL

L'Unité Didier Houzel est une unité de soins précoces parents-bébé qui dépend de l'hôpital Édouard Toulouse. Elle est sectorisée et concerne les habitants des quartiers nord et du centre-ville de Marseille. L'équipe se compose d'une pédopsychiatre, d'une psychologue, d'un cadre infirmier, de deux infirmières, d'une psychomotricienne, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.

Nous recevons les pères, les mères et les nourrissons en ambulatoire pour des consultations et des groupes thérapeutiques. Nous accompagnons également les parents dans les soins de maternage, dans leurs démarches administratives et dans la recherche de lieux de socialisation. Nous pouvons nous déplacer à domicile quand cela est nécessaire suivant les problématiques familiales et/ou médicales.

HISTOIRE CLINIQUE

Pour illustrer notre travail nous partirons d'une histoire clinique, celle de Joséphine et de ses jumelles Maeva et Mae. Cette jeune femme a été adressée par la psychologue de la Protection maternelle et infantile du centre-ville. Joséphine est alors enceinte de sept mois après un parcours de procréation médicalement assistée. La psychologue de l'unité verra une seule fois Joséphine avant son accouchement. C'est une jeune femme d'une trentaine d'années qui arrive d'une autre région pour suivre son conjoint qui a été muté sur Marseille. Elle parlera lors de cette première consultation

des relations conflictuelles avec ses parents. Elle considère sa mère comme étant toxique et maltraitante avec elle. Une mère qui n'a pas su la protéger des violences de son père. Elle a d'ailleurs rompu les liens avec ce dernier depuis plus d'un an. Il ne sait pas qu'elle est enceinte, contrairement à sa mère à qui elle demande de garder le secret.

La naissance a eu lieu précipitamment à huit mois à cause d'une pré-éclampsie qui aurait pu virer au drame. Ainsi, la réalité de l'accouchement traumatique plonge d'emblée la jeune femme dans la confusion de la mort et de la vie. Le deuxième entretien se fera à la maternité. Elle est alors très angoissée par l'idée de rentrer chez elle et de se retrouver seule avec les jumelles. L'équipe de la maternité ne repère aucune difficulté pour Joséphine en dehors d'un comportement étrange qui s'exprime par la nécessité de mettre un mot sur chaque biberon qu'elle remplit de son lait pour alimenter ses filles. Ainsi, suivant son humeur au moment où elle tire son lait, elle dira du biberon qu'il s'appelle tristesse ou colère. C'est sans doute une tentative de symbolisation au moment où elle se sépare de son lait : le nommer pour ne pas le perdre. La naissance lui révèle sa part d'animalité puisqu'elle se compare à une louve qui flaire et lèche ses louveteaux pour déposer son empreinte.

Joséphine sort de la maternité au bout d'une dizaine de jours. Elle se sent incapable de faire face à ses nouvelles responsabilités. Son mari travaillant toute la semaine, elle demande à sa mère de venir l'aider, même si sa crainte est d'être perturbée par la toxicité des liens qu'elle entretient avec elle. Elle ne donnera alors à sa mère que des tâches ménagères en lui interdisant de prendre Mae et Maeva, comme si elle pouvait perdre son empreinte maternelle en confiant le maternage à sa propre mère.

Le déplacement avec les jumelles étant compliqué d'un point de vue logistique, nous avons fait des visites à domicile pour soutenir cette famille pendant environ trois mois avant qu'elle puisse venir sur nos lieux de consultations. Lors de la première visite, nous avons été frappées de voir Mae et Maeva dans des lits transparents, comme si elles étaient toujours hospitalisées, deux corps de nourrissons esseulés dans un lit vide de tout objet de décoration, entre la vie et la mort. L'accouchement fait trauma pour Joséphine. Elle reste figée sous l'emprise de ses angoisses qui l'empêchent de rester seule avec ses bébés tant sa crainte de mal faire, voire de leur faire mal est omniprésente dans ses pensées. À plusieurs reprises, Joséphine nous

dira qu'elle a envie de s'enfuir et d'abandonner ses bébés. Au cours d'une séance, elle me racontera un rêve qui l'a mise dans un état de panique : « J'ai rêvé que j'écrasais mes filles en dormant et que je les maltraçais ». Ce rêve vient lui révéler ses pensées agressives à l'encontre des jumelles. En effet, si elles n'étaient pas en vie, Joséphine ne serait pas confrontée à son impossibilité d'être une mère idéale. Selon Michèle Benhaïm (2001), il y a deux sortes de haine : la haine vitale qui permet à la mère de se différencier de son enfant et la haine destructrice qui peut amener la mère à lui faire du mal. Cette part négative est souvent difficile à dire à cause de la culpabilité mais il faut qu'elle soit reconnue par les soignants pour qu'elle puisse être nommée et transformée.

Aussi, une mère se construit sur une référence maternelle, or Joséphine parle de sa mère comme de quelqu'un qui sait faire des soins de puériculture mais sans aucune empathie : « Elle joue à la poupée avec les bébés » dit-elle. Puis elle dira : « Je suis hantée par ma mère qui me disait lorsque j'étais enceinte de mettre un tapis dans la baignoire pour ne pas glisser et tuer les filles. » Joséphine n'arrive pas à se différencier de l'image qu'elle a de sa mère et de ses paroles. Elle ne se voit que comme une mère toxique pour ses filles et potentiellement dangereuse. Devant ce tableau clinique, nous avons rapidement pris contact avec l'unité d'hospitalisation parents-enfant du service du Pr F. Poinso du CHU de Sainte-Marguerite pour une prise en charge plus intensive. Joséphine et son conjoint se sont saisis de cette proposition. Elle a pu bénéficier de deux jours et une nuit d'hospitalisation au début avec une augmentation du temps par la suite. Notre service a continué les visites à domicile sur les temps où elle n'était pas hospitalisée et nous avons également sollicité les services d'une travailleuse familiale lorsque son mari n'était pas au domicile.

Notre travail consistera à l'accompagner dans son maternage pour lui donner un mode d'être avec ses filles différencié de l'image de sa mère. Elle sera sensible et attentive à notre façon d'interagir avec Mae et Maeva. C'est par la relation transférentielle avec les différents soignants qu'elle arrivera à faire confiance à ses capacités maternelles.

Nous nous sommes également appuyées sur le conjoint de Joséphine que nous avons pu rencontrer lors des visites à domicile. Le père des jumelles a soutenu sa femme dans sa présence physique lorsqu'elle était submergée par ses angoisses. Le couple a traversé des difficultés au moment de la naissance. Joséphine se compare à un caporal hideux dans ses relations

avec son mari depuis l'arrivée des filles. Elle veut régenter sa famille comme un commandant de bord. Nous avons proposé au conjoint de Joséphine des consultations individuelles mais il ne s'en est saisi qu'une seule fois.

Pour que la mère puisse faire une place au père, il faut qu'elle ait eu un père pour l'incarner. Mais pour Joséphine, son père incarne une autre position. La mise à distance de son père au moment de sa maternité est en lien avec la violence qu'elle ressent envers lui tant sa position est ambiguë dans les liens de filiation. Elle décrit un père tyrannique qui avait besoin de montrer son sexe pour affirmer sa place de chef de famille. L'exhibition du pénis vient en place d'un réel qui vient signifier l'échec symbolique du père de famille. Elle raconte qu'à son adolescence son père étant obsédé par la crainte qu'elle soit enceinte contrôlait toutes ses allées et venues. En coupant les liens avec lui, Joséphine acte la parole du père qui ne veut pas la savoir (ça voir) enceinte. L'interdit de l'inceste n'est pas posé dans cette famille, il est réactivé au moment de la grossesse et de la naissance des jumelles. La visée thérapeutique sera de donner au père une position plus « dialectisable » qui permettra à Joséphine de le réhabiliter dans sa fonction grand-parentale.

Les soins pour cette famille ont été complets puisqu'en plus de l'unité parents-enfant de Sainte-Marguerite nous avons continué des consultations psychothérapeutiques, des séances de psychomotricité pour les jumelles et un groupe thérapeutique.

Claire, psychomotricienne, est intervenue auprès de cette famille après l'accouchement, la naissance prématurée et l'adresse tardive de la Protection maternelle et infantile n'ayant pas permis qu'elle intervienne en anté-partum.

La proposition de rencontre avec la psychomotricienne devait au départ se faire à domicile à cause de la difficulté des déplacements avec deux nourrissons, mais Joséphine nous surprend à vouloir se déplacer dans un de nos lieux de consultation près de chez elle et ce malgré les difficultés d'organisation et de transport. Elle nous surprend par sa volonté de sortir et sa capacité à demander et à se servir des mains tendues. Joséphine montre beaucoup de vivacité, de spontanéité; elle parle beaucoup, très soucieuse d'apprendre tout en dressant le paysage de ce qu'elle sait faire mais aussi des débordements dans lesquels elle épuise son énergie à vouloir contrôler. Très volubile, elle se raconte très facilement. Au début

des rencontres avec la psychomotricienne, un bébé est posé sur le tapis devant elle et l'autre dans la poussette, puis dans ses bras. Elle revient souvent sur l'évaluation psychomotrice de ses bébés, questionnant leurs bons mouvements, interrogeant leur bon développement dans leur grande différence d'expression. Pendant qu'elle parle, la psychomotricienne reste en contact avec le bébé sur le tapis. Celle-ci est éveillée et curieuse, cherchant visiblement beaucoup plus que ce que sa motricité lui permet. La psychomotricienne guide la conversation sur le décodage des émotions et des envies de Mae. Joséphine se met à en parler avec la même emphase et se laisse aller à développer toutes les fines observations qu'elle a faites de ses filles. Avec beaucoup de finesse, elle dévoile et discerne les réactions différentes de ses bébés tout en imitant souvent leurs mimiques.

Joséphine était venue chercher des recettes et des images « pour apprendre à bien faire » et elle se retrouve à décrire ses filles avec un plaisir manifeste dans leurs différences de caractère et de tempérament. Elle se valide en tant que mère, non plus dans une expertise d'organisation et de savoir-faire mais dans un plaisir à être et à se dévoiler dans ses perceptions intimes de ses filles.

Leurs grandes différences de réactions et de comportements apportent la matière nécessaire pour développer toutes les gammes émotionnelles se prêtant à des commentaires, et c'est à ce moment-là que la psychomotricienne peut intervenir de façon plus active pour guider ou proposer un changement de position ou un soutien dans le mouvement.

Assez rapidement, les deux bébés arrivent éveillés et l'observation de leurs liens, de leurs jeux sensorimoteurs aide Joséphine à dialectiser les différents sentiments qui se manifestent en elle; elle le fait avec beaucoup de plaisir. Elle peut s'autoriser à ce plaisir et à cette liberté.

D'ailleurs, sur un petit bateau qu'elle offrira à la psychomotricienne en fin de travail, elle marquera : « Merci de nous avoir permis cette liberté motrice ».

Joséphine prend vite confiance en elle mais la barre très haute que l'image de sa propre mère a posée en tant que puéricultrice, ainsi que la réalité pragmatique de la gémellité, la renvoient régulièrement aux affres du doute et de l'angoisse. Par contre, quand la confiance est installée, elle prend vraiment appui sur les rencontres avec la psychomotricienne.

Sentant que le soin doit se densifier, nous allons lui proposer un groupe thérapeutique avec l'infirmière et la psychomotricienne de l'unité. Ce

groupe ayant lieu sur l'hôpital qui se trouve à une dizaine de kilomètres de chez elle, cela devient un véritable challenge pour la poursuite des soins tant il est difficile pour Joséphine de parcourir seule de longues distances. Nous posons donc pour cette maman et ses filles une indication d'un soin psychocorporel : le soin Berceuses. Au cours des différents accompagnements que nous avons pu faire, nous constatons que Joséphine est obnubilée par le « bien faire », elle intellectualise le rapport à ses enfants, ne se laisse pas traverser par le sentiment d'être en présence de ses filles. Elle répond à leurs besoins physiologiques, mais ne peut percevoir ce qu'elles vivent, ressentent et traduisent dans leur langage corporel. Les pleurs de ses enfants la « dépassent » et « l'effraient » au point de ne pouvoir y entendre les besoins sous-tendus et la part d'expressivité de ses filles.

Joséphine, Mae et Maeva intègrent le groupe thérapeutique en février 2018 pour neuf séances qui se dérouleront deux fois par mois sur l'unité jusqu'en juin 2018. Ce groupe, composé de deux autres dyades, est étayé par la psychomotricienne, une stagiaire psychologue (qui a également participé aux rencontres à domicile), une infirmière ainsi qu'une musicienne extérieure au cadre soignant. Cette prescription, au travers des berceuses, pratique de maternage universelle et intemporelle, nous apparaît pertinente pour soutenir la rencontre dans la relation parent-bébé et l'émergence de l'être-mère dans un cadre contenant à valeur symboligène.

Joséphine, Mae et Maeva y seront assidues malgré les aléas du quotidien (fièvre des enfants qui n'empêchera pas leur venue) et les contraintes de déplacement sur l'unité. N'ayant pas de voiture, Joséphine trouve la ressource dans son entourage pour se faire prêter un véhicule. Elle sollicite également notre assistante sociale, puis sa mère pour effectuer avec elle le trajet. Par la suite elle viendra seule en voiture.

Sur les premières séquences de soin Berceuses, Maeva dort beaucoup, elle passera même les deux premières séances endormie dans son cosy, se réveillant en fin de groupe. Mae se montre plus présente, éveillée, « fonceuse » ; elle accapare les regards, se montre intéressée par les instruments de musique. Joséphine apprécie ce moment, elle prend une part active aux propositions chantées et rythmées. Nous notons néanmoins une tendance assez prégnante à accaparer le soignant sur le groupe. Une question résonne sans cesse : comment faire « le mieux », dans une quête de perfection et d'idéal de la fonction maternelle. Elle aura énormément de mal à quitter l'unité après les séances et le départ des autres mamans, elle

demandera des séances individuelles à la psychomotricienne, et temporisera son départ sur des motifs divers.

Dans les premières séances, elle vivra un événement primordial sur le chemin du devenir mère.

Le rituel d'arrivée permettait aux mamans et aux bébés de s'installer sur le tapis, à leur rythme, avant le début de la séance. Ainsi, elle fait la connaissance de Marie (une autre maman) et de Sophia son bébé. Marie est immédiatement interpellée par la jumeauté de Mae et Maeva. Elle s'adresse à Joséphine en lui disant qu'elle aussi a eu des jumelles, mais qu'elles sont décédées à la naissance. Ce souvenir est empreint de tristesse et s'accompagne de pleurs de la part de Marie. À cet instant, Joséphine ne sait que répondre, elle s'excuse (de la vie de ses filles?), se montre empathique et très touchée. Cet événement restera un fait marquant, elle nous en reparlera en fin de séance. L'évocation de la mort réelle des jumelles de Marie, fait irruption dans la réalité de Joséphine. Cet événement viendra contacter les craintes et les projections mortifères de Joséphine sur ses filles. Ce surgissement fera effraction dans son imaginaire, constitué de ce « tout bien faire », de cet idéal de la mère parfaite auquel elle aspire à coller. Un réel indicible et irréprésentable lui fera prendre conscience que Mae et Maeva sont vivantes alors que, jusque-là, elle les voyait mortes.

Nous alors assistons aux prémices de l'émergence d'une mère. Les filles se mettent en mouvement, Mae cesse de dormir toute la séance, Maeva se met à vocaliser. Là où Joséphine se trouvait sidérée, figée par les pleurs de ses enfants, elle a pu introduire une autre modalité d'écoute, de contenance et de réponse dans une prosodie maternelle : par le baluchon à chansons, les bercements, l'enveloppe groupale, sonore, vocale, rythmique et l'ancrage qu'ils procurent.

Le rythme est une modalité axiale de ce groupe dans la continuité des séances : par le rythme bimensuel, les séquences de soins comme scansion du temps quotidien et de ses enfermements, ramenant chacune dans la pulsation vitale, en écho à la pulsation cardiaque, essence de la vie.

La médiation par la musique et le cadre symbolique assuré par les soignants ont permis à cette triade d'inaugurer de nouvelles modalités de liens. Nous nous sommes adressées à Joséphine, autant comme à la mère en devenir qu'à l'enfant intérieur. La régression possible, au travers de ce groupe, a permis à Joséphine de se sentir maternée, enveloppée, contenue pour qu'une émergence puisse avoir lieu. L'enveloppe groupale, l'acte créatif

comme support à la relation, ont permis à Joséphine de lâcher son carcan intellectuel, sa représentation d'un monde binaire de ce qui est soit « bien » soit « mal ». Ses paires dans le groupe l'ont reconnue et identifiée en tant que mère. Là où elle était entravée dans des identifications aliénantes à sa propre mère, elle s'est autorisée à se laisser traverser par ses éprouvés, s'ouvrant à l'expression de ses émotions, pouvant ainsi percevoir les siennes et celles de ses enfants.

Comme la musicienne accorde ses doigts sur les cordes de sa guitare, cette mère s'est ajustée à ses bébés. Elle s'est montrée disponible à l'introduction d'une nouvelle tonalité plus musicale et sensible, se laissant illuminer de plaisir là où il n'y avait que sidération. Elle s'est mise à chanter pour ses filles, pouvant percevoir de la part de celles-ci une réponse, un écho, des vocalises, un retour lui étant directement adressé. Elle a vu, comme pour la première fois, ses enfants et s'est perçue pour la première fois comme étant leur maman.

Nous avons ouvert un espace de résonance émotionnelle à Joséphine et à ses filles, avec comme point d'ancrage les identifications inhérentes au groupe, ainsi que son propre maternage, impulsant ce faisant une transformation d'un être materné à un être maternant.

BIBLIOGRAPHIE

- BENHAIM M. (2001) *l'ambivalence de la mère*, Toulouse, érès.
 BRUWIER G. (2016) *La grossesse psychique : l'aube des liens*, Bruxelles, éditions Fabert/Yapaka.be.

5

DU REPÉRAGE PRÉCOCE À LA PRISE EN CHARGE
RÉFLEXIONS AUTOUR D'UN PARCOURS DE SOINS
DES PSYCHOSES PUERPÉRALES

Christine RAINELLI¹, Camille GIANESINI², Nathalie LAMPRE³

Si le terme de « psychose puerpérale » reste toujours soumis à discussion et ne trouve pas sa légitimité dans les classifications internationales, les différents tableaux cliniques rencontrés prennent leur spécificité dans la prise en compte de la temporalité : « le post-partum ». La symptomatologie bruyante de ces états renvoie parfois à un premier épisode d'une pathologie bipolaire ne s'étant pas exprimée auparavant, d'autres fois à une fragilité psychique qui s'inscrit dans un processus psychotique persistant ou totalement isolé.

Elle est considérée comme un épisode psychiatrique grave à cette période de la vie d'une femme et les cliniciens se sont interrogés sur une possible prévention de cette décompensation psychique. Cette question a fait l'objet pendant deux années d'un groupe de travail de la Société Marcé Francophone⁴ formé de sept praticiens d'orientations et d'origines géographiques diverses, dont l'engagement dans le domaine de la

-
1. Psychiatre responsable de la filière de psychiatrie périnatale du CH Esquirol, Limoges.
 2. Infirmière, Unité mère-bébé, CH Esquirol, Limoges.
 3. Infirmière de liaison sur les maternités, filière de psychiatrie périnatale, CH Esquirol, Limoges.
 4. www.marce-francophone.fr

périnatalité a permis d'échanger sur les différents aspects de la « psychose puerpérale »¹.

Dans le même temps, les plans « périnatalité » s'intéressaient enfin à la dimension psychique de la maternité². En 2012, l'OMS recommandait la prise en compte des morts par suicide des femmes enceintes ou dans la première année suivant l'accouchement, le suicide apparaissant comme la première cause de décès avec l'hémorragie de la délivrance³.

Au total, la dynamique alors engagée nationalement en santé mentale périnatale pouvait faire penser qu'un repérage précoce dès l'anténatal des situations les plus à risque avec un renforcement de l'attention portée à la stabilité psychique des jeunes femmes venant d'accoucher, permettrait une diminution, voir une abrasion des tableaux typiques de « psychose puerpérale ».

Cependant, deux décennies plus tard, malgré un travail de coordination de réseau construit avec les différents partenaires de la périnatalité dans de nombreuses régions, nous nous interrogeons sur la persistance de ces tableaux cliniques qui nous surprennent toujours. Les morts par hémorragie de la délivrance ont, à ce jour, régressé, mais toujours pas les suicides maternels.

CAS CLINIQUES

Trois situations sont accueillies en soins conjoints sur l'Unité mère-bébé⁴

Mme A.

C'est après la naissance de son deuxième enfant que Mme A. a rejoint notre unité. Victor est né il y a huit jours, il a tout juste fait connaissance avec sa grande sœur, Eva, âgée de 2 ans 1/2 et son papa qu'il doit déjà

1. Les membres du groupe de travail étaient Françoise Cahen, Odile Cazas, Jacques Dayan, Bernard Durand, Mélanie Leroy, Linda Morisseau, Christine Rainelli (cf. C. Guillaumont (dir.), 2002)

2. Cf. le plan « Périnatalité » 2005-2007, Humanité, Proximité, sécurité, qualité, 2004.

3. Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 2007-2009. INSERM, nov. 2013, 118 pages, p.18.

<http://presse-insERM.fr/wp-content/uploads/2013/11/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>

4. Unité mère-bébé, filière de psychiatrie périnatale, CH Esquirol Limoges

quitter sa maison pour rejoindre l'Unité mère-bébé avec sa maman qui ne va pas bien depuis hier.

Mme A. a 30 ans et vit en couple depuis six ans. La veille de son admission dans notre unité, son conjoint et ses parents l'ont amenée en consultation à l'unité d'accueil d'orientation et centre de crise du CH car l'état psychique de la patiente les a inquiétés. En effet, elle présente une désorganisation psychique importante et tient des propos parfois délirants. Son discours est abondant, diffluent et circonstancié, une graphorrhée est également constatée. Face à cette symptomatologie évocatrice d'un état maniaque du post-partum, un traitement neuroleptique et anxiolytique lui est prescrit, elle regagne son domicile. Le lendemain, devant la persistance des troubles, la décision d'hospitaliser la dyade est prise afin de traiter son état actuel tout en soutenant le lien mère-bébé.

Elle est admise en hospitalisation au sein de notre unité. C'est son premier contact avec la psychiatrie. Aucun élément similaire n'a été observé à la naissance de son premier enfant. Mme A. nous confiera par la suite avoir vécu un accouchement sans difficulté par voie basse et avoir été satisfaite de sa prise en soin à la maternité.

La première semaine d'hospitalisation, elle dort peu et ne ressent pas de fatigue, n'est pas consciente de son état psychique actuel. Elle présente une agitation psychomotrice importante (elle déambule dans les couloirs et dans la chambre de Victor, sa pensée se désorganise, une graphorrhée persiste...). Une désorientation temporelle et spatiale constante est très anxiogène pour la patiente qui est en demande perpétuelle qu'on lui rappelle le jour, l'heure et sa date d'arrivée dans notre service. Des éléments délirants non systématisés et de mécanismes intuitifs sont constatés (mariage, fausses reconnaissances concernant les bébés de l'unité...). Elle a une attitude régressive et peut se montrer désinhibée.

Des mesures sont mises en place par l'équipe soignante pour pallier ses agitations psychiques et corporelles en lui proposant un environnement plus serein et sécurisant : visites limitées et encadrées, fermeture des placards et de la salle de bain, activités (mandala, relaxation, toucher thérapeutique...). Par ailleurs, cette mère identifie bien Victor comme étant son fils mais n'est pas en capacité de se rendre disponible pour s'occuper de lui. Une prise de relais intégrale par les soignants est donc nécessaire mais elle se fait dans une alliance qui permet de maintenir le lien avec l'enfant. Mme A. devient accessible à la réassurance et a une bonne

observance du traitement. Quinze jours plus tard, nous constatons qu'elle amorce une critique de son état psychologique avec une prise de conscience douloureuse de ses troubles et des répercussions personnelles et familiales. Elle s'investit auprès de son fils et est en capacité de lui prodiguer des soins adaptés, la rencontre avec lui devient davantage possible chaque jour.

Lors de la troisième semaine d'hospitalisation, une première permission sur l'extérieur avec son conjoint s'organise. C'est après un mois d'hospitalisation que la patiente retourne à son domicile le temps d'un weekend et retrouve sa fille aînée. Elle retournera définitivement au domicile cinq semaines et demi après son admission.

Mme B.

C'est à plusieurs reprises que Mme B. est retrouvée fixant la porte d'entrée de son logement, cette dernière est convaincue que quelqu'un va venir lui enlever son fils. Quelle idée...

Elle a 27 ans et vit en couple depuis onze ans. Julio est leur premier enfant. Elle est restée cinq jours à la maternité, elle nous confiera avoir eu l'impression d'être envahie d'informations et d'être très fatiguée. Environ quinze jours après la naissance de Julio, Mme B. présente des troubles sévères du comportement qui vont alerter son conjoint qui l'emmènera aux urgences psychiatriques. À son arrivée, elle est décrite comme très asthénique, tenant un discours lent, monotone et hésitant. Elle évoque un mal-être grandissant, des insomnies quasi-totales et une perte d'appétit depuis son accouchement. Elle présente une anxiété d'anticipation de plus en plus envahissante et des ruminations. À ce mal-être s'ajoute la reprise du travail de son conjoint. En effet, cette jeune femme se sent abandonnée et trouve qu'elle n'est pas assez sûre d'elle lorsqu'elle s'occupe de son fils, elle confie : « j'étais mieux enceinte, je me sentais bien et tout le monde s'occupait de moi. » Elle n'a pas d'idées suicidaires mais un sentiment de vide. Elle ne supporte plus que les autres lui disent qu'ils ont peur de la voir déprimer comme il y a deux ans (elle a vécu une fausse-couche en 2013).

Mme B. retourne à son domicile avec une ordonnance d'anxiolytiques. Le lendemain, l'apparition d'une importante perplexité anxieuse motivera une nouvelle consultation. Elle est alors rapidement orientée en hospitalisation à l'Unité mère-bébé afin de traiter cet état de crise et soutenir les interactions avec son fils.

À son arrivée, elle se présente mutique, sidérée et a le regard absent. La patiente va être dans une opposition passive pour la prise du traitement par voie orale et, de ce fait, un traitement par voie injectable est prescrit ainsi qu'une sécurisation de la chambre. Une présence constante pour les soins de *nursing* est, alors, indispensable. Il faut l'aider à se laver, s'habiller, se coucher, s'alimenter. Elle reste calme, le regard fixe, sans aucun son qui sort de sa bouche.

Au troisième jour d'hospitalisation, l'efficacité du traitement lui permet de verbaliser ses idées et ses pensées. Elle arrive à nous confier la peur qu'on lui prenne son bébé. Nous observons la persistance d'un état de sidération (figée dans son lit, dans l'incapacité de se lever).

Mme B. repense à son accouchement, nous dit que le temps s'est arrêté à ce moment-là, tout en le décrivant comme « touchant, mais pas l'extase ».

Le relais total auprès de Julio se fera par les soignants et son père dans un premier temps mais les verbalisations des soignants faites au bébé concernant l'état de sa mère vont permettre de maintenir un lien. La phase aigüe aura duré deux à cinq jours; la patiente est désormais moins perplexe, son discours devient plus fluide. Un travail d'accompagnement et de soutien de sa relation avec Julio va alors aider à son rétablissement.

En évoquant son séjour à la maternité, elle souligne qu'au retour au domicile, les visites incessantes à la maison pendant les fêtes de Noël l'ont épuisée et ne lui ont pas permis de faire connaissance avec son fils. Elle revient sur son angoisse à la reprise du travail de son conjoint.

Mme B. va poursuivre les soins en hôpital de jour pendant un mois. Julio se développe bien et a toujours eu l'attention bienveillante de sa famille. La patiente se sent en confiance pour s'occuper de lui. Elle reprendra son travail à temps partiel cinq mois après son admission dans notre unité. Julio est gardé par une assistante maternelle.

À l'annonce de sa deuxième grossesse, trois ans après, elle évoque une appréhension à revivre une décompensation postnatale. Des consultations et des conseils (moins de visites, calme, s'adapter au rythme de l'enfant...) lui sont prodigués en prévention. Aucune manifestation inquiétante ne survient dans les mois suivants.

Mme C.

Quant à l'arrivée de Mme C. dans notre unité, on s'en rappelle encore. Elle arrive directement de la maternité avec deux ambulanciers,

installée en position demi-assise sur un brancard, figée de la tête au pied, le regard hagard ... Que lui est-il arrivé? Cette femme a 42 ans, elle vit en couple depuis trois ans et a accouché de son premier enfant, Martin. L'accouchement se fait par voie basse avec l'utilisation de la ventouse, sous péridurale. Au troisième jour, elle présente un état de stupeur. L'équipe de la maternité l'a retrouvée assise sur le bord du lit, le regard fixe, ne répondant pas aux questions posées. Un médecin de notre unité se rend à la maternité, Mme C. présente un état catatonique, elle semblerait vouloir parler sans y parvenir et dit seulement : « Il faut tous les sauver » et « J'en ai huit ». De possibles hallucinations visuelles sont évoquées. Le médecin constate également une attitude d'écoute, une fixité du regard et une hypersudation. Elle semble rassurée par le contact et la présence de soignants. L'entourage familial semble étayant, ces derniers ne rapportent aucun antécédent d'ordre psychiatrique mais relatent une année difficile il y a six ans de cela avec le décès de sa meilleure amie, le décès de son père et la découverte d'un cancer chez sa mère; elle n'a cependant jamais souhaité avoir un suivi psychologique. De plus, selon l'entourage, elle avait un fort désir d'enfant et a fait trois fausses-couches avant cette grossesse tant attendue. Celle-ci a été bien vécue et sans complication. Devant ce tableau de catatonie inquiétant, le médecin prescrit un antipsychotique et demande le transfert de la patiente en hospitalisation libre au sein de notre unité. Quant à Martin, il reste en service de néonatalogie suite à une thrombopénie dépistée à sa naissance.

À son arrivée, le blocage verbal persiste, seule une entrée en relation par le regard et le toucher est possible. Elle multiplie les tentatives de communications verbales avec possibilité de réponses brèves en fin de journée. C'est le lendemain matin que la situation « se débloque ». Elle arrive à verbaliser ses premières angoisses, notamment celles d'avoir pu faire du mal à son bébé ou à son mari; elle exprime un besoin fréquent d'être rassurée à ce sujet jusqu'à l'arrivée de son mari dans l'unité qui lui apporte des nouvelles de leur fils qui devrait rejoindre rapidement notre service. Mme C. craint de ne pas arriver à assurer les soins.

À l'arrivée de son bébé, Martin, on constate une désorganisation psychique aggravée par l'angoisse. L'ajustement corporel est difficile pour Madame rendant insécure le portage de Martin. Des soins avec la psychomotricienne vont permettre à la patiente de prendre conscience de son corps et de se mouvoir dans l'espace. Un cheminement psychique

semble s'amorcer, elle retrace les éléments de son histoire pouvant expliquer, selon elle, ce qu'elle vient de traverser. Elle parle de sa famille presque trop présente et dit avoir des difficultés à s'affirmer et à assumer ses choix, notamment sentimentaux : un mariage secret, caché à cette famille. Par ailleurs, elle nous confie que son accouchement a été vécu comme un traumatisme : « très long, douloureux et angoissant ». Elle a eu très peur car n'a pas entendu Martin crier de suite. Au bout d'un mois, une recrudescence d'angoisses avec un nouvel état de perplexité et de dissociation nécessite une hospitalisation dans un autre service de psychiatrie, plus sécurisé. Elle explique qu'elle est incapable de s'occuper de son fils, complètement tétanisée, alors qu'elle sait s'occuper des enfants. Une semaine après, elle revient dans l'unité et retrouve Martin. Aidée par l'équipe, elle va progressivement retrouver confiance en ses capacités maternelles. Après trois mois passés à l'Unité mère-bébé, elle regagne son domicile avec Martin et vient en hospitalisation de jour avec lui deux fois par semaine, pendant huit mois. Ce temps sera nécessaire pour la soutenir dans les ajustements à son enfant et rendre à tous les deux cette relation plus sécurisée. Martin ira à la crèche les autres jours. Mme C. reprendra son travail à mi-temps thérapeutique un an après son admission dans notre unité.

« LA PRÉVENTION DES PSYCHOSES PUERPÉRALES EST-ELLE POSSIBLE ? »

*S'interroger sur nos prises en charge : une démarche de RMM
(revue morbidité mortalité)*

Depuis plus de deux ans, il nous semble que nous recevons plus fréquemment, en hospitalisation, des cas de psychoses puerpérales avec les signes cliniques sévères qui les caractérisent. Considérant qu'il s'agissait peut-être d'un « échec » de notre travail de prévention pluridisciplinaire, nous avons repris chacune des situations dans une démarche de RMM. Au final, pour ces trois femmes, nous retrouvons quelques éléments traumatisants dans leurs antécédents qui auraient pu alerter, mais rien de plus que dans les nombreuses histoires de vie des patientes que nous rencontrons quotidiennement.

Nous concluons qu'elles ont toutes eu un suivi anténatal et une prise en soin rapide et efficace avec une coordination efficiente assurée par différents professionnels au cours du post-partum. En hospitalisation conjointe, le rétablissement psychique s'est accompagné d'un investissement progressif de l'enfant nouveau-né favorisé par le soutien à la relation mis en place au quotidien dans l'unité.

Le développement de l'enfant suit souvent les variations de la désorganisation de sa mère. Même dans les moments où l'équipe prend le relais d'une mère en difficulté, l'attention portée à l'enfant renforce l'établissement du lien qui unit parents et bébé, les soignants mobilisent alors leurs propres capacités réflexives au service de la relation parent-enfant. Pendant l'hospitalisation, chaque conjoint a aussi bénéficié d'entretiens permettant l'évocation des difficultés vécues.

Alors, que penser des années où nous n'avons reçu en hospitalisation aucune femme en décompensation aussi sévère? Ont-elles été hospitalisées en service de psychiatrie générale sans l'enfant qu'elles venaient de mettre au monde ou font-elles partie des femmes mortes par suicide? La stagnation du taux de suicides des femmes enceintes dans la première année suivant une naissance aurait dû pourtant alerter les professionnels¹ et faire craindre que la sous-évaluation de l'urgence des soins, l'absence de prise en compte de la période périnatale ne pérennisent des réponses inadaptées pour ces femmes.

La place de l'hospitalisation conjointe dans le parcours de soins

Au fil des années, nos pratiques professionnelles ont évolué. La mise en place d'interventions précoces abrase certaines décompensations qui donnent alors à voir les tableaux que nous recevons plus habituellement dans nos unités d'hospitalisation, ceux-ci s'expriment alors sous la forme, assez fréquente, de dépressions sévères associées à des idées délirantes *a minima* (incurabilité, persécution, étrangeté...). La possibilité d'accueillir en urgence ces situations cliniques dans un cadre hospitalier adapté spécialisé dans les soins psychiatriques périnataux est fondamentale et assure les conditions optimales nécessaires pour la santé mentale de la mère et l'avenir de la relation mère-enfant.

1. Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2010- 2012.

Si, à ce jour, il n'est pas pertinent de parler de prévention, la rapidité de la prise en charge et le recours indispensable à une hospitalisation conjointe sont essentiels dans le parcours de soin. Il nous paraît donc nécessaire de poursuivre l'information des professionnels engagés auprès des femmes enceintes et le travail coordonné avec eux. Nous pouvons tous être surpris et démunis par une clinique spectaculaire peu attendue dans cette période de la vie d'une femme mais la qualité d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire garantit le devenir de la santé mentale maternelle, du développement psychoaffectif de l'enfant, ainsi que l'équilibre de toute la famille.

BIBLIOGRAPHIE

GUILLAUMONT C. (dir.) (2002) *Les troubles psychiques précoces du post-partum*, Toulouse, érès, « 1001 bébés »

INSERM (2013) *Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 2007-2009*, 118 pages.

6

DU DEDANS AU DEHORS, CONSTRUCTION D'UN PUZZLE FAMILIAL COMPLEXE

Aude LATROY¹, Anne-Laure SIMONIN^{2,3}

PRÉSENTATION DE L'UNITÉ

L'unité parents-bébés C.O.L.I.B.R.Y (UPB) est un service d'hospitalisation de jour avec une équipe mobile située en région parisienne, dans les Yvelines (78), qui accueille des mères ou des pères conjointement avec leur bébé, sur le site de pédopsychiatrie, à Saint-Cyr-l'École. Une même équipe pluridisciplinaire accompagne les familles sur l'hôpital de jour et à leur domicile.

Nous accompagnons des familles en situation de crise périnatale, à savoir des mères en pré-partum et des familles en post-partum jusqu'au un an de l'enfant. Notre objectif premier est de répondre à une sortie de cet état de crise.

1. Infirmière diplômée d'état depuis 2005, a travaillé dans différents services dont huit années en périnatalité et a rejoint l'UPB de Saint-Cyr-l'École en octobre 2018.

2. Infirmière diplômée d'état depuis 2014, a travaillé en périnatalité depuis l'obtention de son diplôme, sur une unité parents-bébés en hospitalisation temps plein (Montesson) de 2014 à 2017, puis sur l'UPB de Saint-Cyr-l'École depuis 2017.

3. Le texte a été relu par Claire DE CARMANTRAND, pédopsychiatre, responsable de l'Unité depuis 2018 et Yamina DJADOUR, psychologue sur l'Unité depuis 2014.

PRÉSENTATION D'UN CAS CLINIQUE

Au travers d'un cas clinique, nous essaierons de donner forme à une situation, comme on assemble les pièces d'un puzzle. Nous tenterons d'exposer la manière dont le travail infirmier, et plus largement le travail institutionnel, entre visites à domicile et soins en HDJ, ont permis de faire bouger le système familial au fil de la prise en soin de la famille.

Présentation des pièces du puzzle familial

M. et Mme P. consultent sur l'Unité parents-bébé adressés par leur pédiatre de ville pour retard de développement psychomoteur sans aucune vocalise pour leur fils Martin, âgé de 7 mois et demi. Les parents, eux, se plaignent principalement de troubles du sommeil.

PIÈCE « BÉBÉ »

Martin est un petit garçon longiligne, comme ses parents, aux cheveux blonds et aux yeux bruns. Il se montre apeuré dès qu'un visage étranger l'approche. Il est dans un collage corporel permanent avec sa mère épuisée, s'agrippant à elle tel un petit koala; il ne s'alimente que dans ses bras et ne supporte pas d'être posé; il ne dort et ne s'endort que dans les bras maternels; il lutte contre le sommeil, de jour comme de nuit, se montre hypervigilant et ne dort que très peu. Il a une rigidité au niveau axial, peut s'arc-bouter lorsqu'il est en colère, s'enfermer dans ses pleurs, se calmant ensuite très difficilement. Il montre de temps à autre des mouvements des mains particuliers, pouvant évoquer des stéréotypies.

Aucun babillage, ni vocalise : il est silencieux ou geint en émettant des sons lèvres fermées. Il peut montrer un visage triste, parfois figé et sans expression. Il sursaute au moindre bruit et aux ondulations de la voix de l'adulte. Il peut éviter le regard de l'adulte par moment mais aussi celui de sa mère. Il ne peut rester assis ou explorer un jouet que lorsqu'il a un appui dorsal contre un adulte. Il n'ébauche pas de quatre pattes. Dès la première consultation, nous trouvons son comportement très inquiétant.

PIÈCE « MÈRE »

Madame est âgée de 38 ans. Elle travaille dans le milieu médical et est alors en congé parental car elle souhaite se consacrer à cent pour cent à son fils. Pendant sa grossesse, elle lit beaucoup d'ouvrages sur la parentalité. Elle est issue d'une fratrie de trois filles. Elle est grande et fine. Sa peau claire contraste avec de grands yeux bruns et des cheveux noirs coupés courts. Elle est très tendue, son corps semble raide, son visage est fermé avec peu d'expression.

Elle est épuisée, ne dormant que très peu. Elle souligne qu'elle est uniquement là pour le problème de sommeil de son fils : il faut trouver une solution et vite. Elle déplore le peu de relais qui lui est proposé par son conjoint, coincée dans l'idée qu'elle ne peut le déranger, celui-ci travaillant et se levant tôt le matin. Monsieur n'ayant pas voulu cet enfant, elle souhaite le protéger, lui ayant promis que tout se passerait bien.

Elle a des gestes très opératoires avec son fils, ne semble pas reconnaître ses signes de fatigue, ni de faim. Elle le regarde avec étrangeté, lui parle peu. Elle est dans un collage corporel permanent, ayant beaucoup de mal à pouvoir le poser ou se séparer de lui, même pour un bref moment.

Elle ne parle jamais d'elle ni de ses ressentis, n'a pas accès à ses émotions. Elle se sent très seule à s'occuper de son fils. Cependant, sur l'unité, elle s'adresse toujours à lui avec douceur, y compris dans ses gestes. Elle se laisse accompagner mais, au fond, ne semble pas y être, la relation de confiance n'étant pas encore installée. Elle peut avoir des propos différents voire contradictoires selon la personne à qui elle s'adresse.

PIÈCE « PÈRE »

Monsieur est âgé de 39 ans, il travaille dans le milieu hospitalier. C'est un homme grand et fin. Il a une allure juvénile. Lors de la consultation d'évaluation, il rit nerveusement, dit ne pas du tout s'occuper de son fils, n'était pas pour la venue de cet enfant et, d'ailleurs, ne se sentait pas vraiment prêt à être père. Il se disqualifie en permanence dans son rôle de père. Il ne supporte pas que l'on puisse lui signifier quelque chose de positif le concernant ou concernant son fils. On sent très rapidement une forte tension entre Madame et Monsieur, nous sentons Monsieur mal à l'aise et mal tout court. Il évoque lors du premier entretien la violence de sa femme.

PIÈCE « COUPLE »

Le couple se connaît depuis dix ans. Monsieur et Madame se sont mariés peu de temps avant l'arrivée de leur fils. Madame a un très fort désir d'enfant depuis leur rencontre, Monsieur, pas du tout.

PIÈCE « RESSOURCES »

Grands-parents maternels

Les parents de Madame habitent à proximité. Madame va régulièrement avec son fils dormir chez eux pour y trouver du relais la nuit. C'est une aide pour elle mais nous réalisons que cela dysfonctionne. On apprend qu'il y a du « nomadisme la nuit » pour Martin qui passe du lit de son grand-père, à celui de sa grand-mère, puis à celui de sa mère durant une même nuit, toujours dans un collage corporel.

La nourrice

Nous la nommons ici dans les pièces ressources mais elle n'interviendra que plus tard dans la prise en charge. Jusque-là, Madame est convaincue qu'elle ne trouvera jamais personne pour garder son fils, celui-ci n'acceptant de manger et de dormir que dans les bras. Cependant, Madame trouvera une nourrice qu'elle informera de la situation et qui aménagera l'adaptation puis les jours de garde au rythme de Martin et de ses parents.

Réseau professionnel

Le neurologue, le Centre ressource autisme, le médecin de la consultation sommeil, le pédiatre de ville : autant d'interlocuteurs que nous avons sollicités tout au long de la prise en charge.

Au début de cette prise en charge, nous réalisons qu'aucune pièce de ce puzzle ne s'emboîte, chacun semble souffrir de son côté et la tension familiale est très forte. De plus, nous sentons qu'il y a urgence à sortir Martin de ce huis clos, imprégné de la tension conjugale.

Le travail institutionnel pour assembler les pièces du puzzle

Habituellement, nous travaillons avec le couple parental « ensemble ».

Du fait de la forte tension familiale et conjugale et de l'état de Martin qui nous inquiète grandement, il y a urgence. Nous proposons donc un accompagnement différent, en séparant les espaces de Madame et Monsieur, afin de permettre une alliance thérapeutique avec chacun des deux parents. En effet, au départ, nous sentons beaucoup de méfiance de la part du couple. C'est comme si, ne sachant pas si nous étions des alliés ou au contraire, des « censeurs », il était dangereux pour eux de se confier. Madame a pu nous dire par la suite qu'elle a ressenti beaucoup de honte à exprimer sa situation et toute la violence qu'il pouvait y avoir dans le couple. Nous sentons aussi qu'il y a un danger pour cette famille à ce qu'on comprenne ce qui s'y passe.

À l'intérieur, pour Madame et Martin, nous proposons une prise en charge sur l'unité en HDJ, quatre fois par semaine. Ils bénéficient d'entretiens médicaux individuels et d'entretiens mère-bébé avec la psychologue. Ils participent aussi aux différents groupes thérapeutiques proposés, comme le groupe de parole pour les mères, ou de temps de massage mère-bébé. Ils rencontrent également d'autres mères et d'autres bébés.

À l'extérieur, pour Monsieur, nous proposons des VAD. Elles sont faites au domicile le plus souvent, sur des temps où il est seul avec son fils. Nous choisissons deux soignantes qui ne sont pas les référentes de Madame.

L'équipe est alors séparée, elle aussi : il y a les IDE qui sont sur l'extérieur et celles qui sont sur l'intérieur.

Au cours des transmissions et des staffs, nous mettons en commun le matériel recueilli lors de nos différents accompagnements afin d'avancer dans notre réflexion. En parallèle, au bout de quelques semaines puis tout au long de la prise en charge, Monsieur et Madame sont reçus en entretien de couple avec le médecin, la psychologue et une infirmière.

L'ASSEMBLAGE « PÈRE » / « BÉBÉ »

Lors des VAD, Monsieur prend confiance, il fait l'expérience d'une écoute bienveillante dans son intérieur, dans un cadre très précis. Il nous livre ses

propres interrogations, ses difficultés, ses nombreux doutes sur sa capacité à être père mais aussi sur son couple. Il aborde ses problèmes d'alcoolisation sans toutefois vouloir y toucher. Il nous donne aussi un aspect de la personnalité de sa femme à laquelle nous n'avons, jusqu'ici, pas accès. Il évoque avec nous des violences verbales et physiques envers lui, surtout le soir.

Il bénéficie des VAD et, au fur et à mesure, il se sent conforté dans son rôle de père. Avec son fils, Monsieur est adapté. Il se montre bienveillant à son égard et s'ajuste à ses besoins. Il dit apprécier ces moments privilégiés avec son fils, aimer s'occuper de lui mais toujours appréhender les nuits. Il explique que Martin peut le repousser alors qu'il souhaite le reconforter, ce qui peut le blesser. On sent cependant que les pièces du puzzle père-fils s'assemblent.

L'ASSEMBLAGE INSTITUTIONNEL

À l'intérieur, dans l'unité, progressivement, la confiance entre Madame et l'équipe s'installe. Elle se montre assidue, se laisse accompagner, accepte de se détacher de son bébé et de pouvoir le confier aux soignantes. Elle bénéficie du groupe des mamans et s'ouvre de plus en plus. Cependant, nous n'avons toujours pas accès à ses ressentis ni à son histoire familiale. De plus, elle refuse tout traitement alors que nous la sentons très tendue et déprimée.

Au fil des HDJ, nous commençons à voir un changement de comportement de Martin envers son environnement : il est plus en lien avec les soignantes et peut se sécuriser avec elles. Il peut se décoller de sa maman, il mange mieux et il s'intéresse aux jeux. Il commence même à accepter de faire des siestes dans l'unité, dans la poussette.

Il persiste cependant toujours une grande difficulté autour des temps d'endormissement. La nuit, Martin ne dort toujours pas. Les différents bilans effectués sur l'extérieur excluent les causes somatiques. De même, le traitement pour le sommeil (mélatonine-Atarax) prescrit par le neurologue ne fonctionnant pas, Madame se questionne sur les raisons des difficultés de sommeil de son fils.

Lors des accompagnements infirmiers en HDJ ou en VAD, chacun des deux parents nous demande de garder le secret, de ne pas parler de ce qu'il dépose le concernant et concernant le conjoint. Les discours diffèrent par moment. Que ce soit de la part de Monsieur ou de Madame, nous entendons des choses dures, teintées de beaucoup de souffrance, de tristesse

et de colère. Nous sommes d'autant plus impactés par ce qui est déposé que nous avons toutes en tête la présence de Martin au sein du foyer.

Pendant les transmissions, la tension dans l'équipe est parfois palpable lorsque chacune de nous exprime les propos et les ressentis qu'elle a pu éprouver. Chaque membre de l'équipe a reçu à l'instant *t* un petit morceau, un petit bout de la façon dont chaque membre de la famille se vivait. Tout ce que nous recevions était une partie de la réalité de ce qui était éprouvé par chacun d'eux. Tout est important, tout compte et tout est une partie de cette réalité. Il s'est rejoué au sein de l'équipe infirmière ce que vivaient les membres de cette famille. Nous savions qu'il était nécessaire d'en passer par là pour rejoindre le couple. Nous ne nous sommes pas laissé enfermer par ce que vivait la famille et ce qu'elle nous faisait vivre. L'équipe soignante a servi de contenant pour cette famille qui a pu nous déposer ses angoisses, sa souffrance et sa colère, et nous avons transformé cela.

L'importance de l'après-coup : il était important que nous, infirmières, nous puissions échanger en équipe avant la visite suivante ou l'HDJ suivante, l'objectif étant d'avoir pu penser ce qui avait été déposé pour ne pas « tomber dans la répétition » de ce qui s'était joué.

L'ASSEMBLAGE COUPLE

Parce qu'il y a alliance, lors d'un entretien familial, Monsieur revient sur les épisodes de violence conjugale. Madame reconnaît avoir de gros accès de violence envers son conjoint et c'est alors que nous comprenons que Monsieur s'alcoolise. Un travail thérapeutique s'ouvre pour Madame, elle accepte le traitement antidépresseur, anxiolytique et le somnifère. Nous avons accès à son histoire familiale ; Monsieur, lui, se met également à parler de ses parents. Apparaissent alors les pièces des grands-parents paternels et maternels dans le puzzle.

À ce stade, les pièces « mère » et « père » s'assemblent. Quelque chose s'ouvre alors. Le cadre de la prise en charge s'assouplit, les espaces sont moins « clivés », il n'y a plus de danger pour le couple à pouvoir mettre les ressentis en commun. Il est possible d'aborder les difficultés du couple parental. Monsieur peut venir en soutien et seconder Madame.

L'équipe infirmière ressent alors un soulagement à cette ouverture des espaces, que ce soit dans le dedans ou dans le dehors. Les temps de transmission sont aussi plus fluides.

L'assemblage du puzzle père/mère/bébé commence aussi à s'instaurer. Dans les entretiens, la communication, qui était jusque-là impossible entre Madame et Monsieur, reprend. En parallèle, Madame utilise les différents espaces pour déposer son histoire familiale et ses ressentis. Des entretiens individuels avec la psychologue sont alors mis en place et permettent de faire apparaître le parallèle entre la violence qu'elle vit aujourd'hui et celle qu'elle a vécue enfant, ainsi que les nombreuses blessures passées. Elle peut mettre des mots et comprendre qu'il se rejoue avec son fils et son mari les mêmes scènes de violence qu'elle a subies de la part de ses parents, entre eux, sur elle et ses sœurs. Elle prend également conscience que Martin est, comme elle enfant, témoin malgré lui de ces scènes de violence.

L'ASSEMBLAGE « MÈRE » / « BÉBÉ »

Un nouvel espace s'ouvre pour Martin et sa famille. Madame est en capacité de confier son bébé. Elle a pu expérimenter puis elle a su exporter cette expérience. Martin peut aller chez l'assistante maternelle et Madame laisse également Monsieur prendre une place auprès de son fils. Martin va bien, il peut jouer, explorer. Le quatre-pattes débute. Martin est paisible chez l'assistante maternelle, il est vif, en lien avec l'adulte, récupère sur son retard moteur.

L'arrêt de la prise en charge HDJ se décide lorsque Madame émet le souhait de faire garder Martin à temps plein chez la nourrice. En effet, elle mesure les effets bénéfiques des journées passées chez cette dernière pour son fils et elle apprécie les temps qu'elle peut avoir pour elle, seule à son domicile. Les temps de consultation individuelle pour Madame continuent à sa demande. Les entretiens de couple sont conservés mais l'arrêt des VAD est décidé à la demande de Monsieur. Les parents de Madame, qui étaient jusqu'alors une pièce ressource, ne le sont désormais plus. Madame se détache peu à peu d'une emprise parentale.

Martin, à 13 mois, il marche et il dort la nuit dans son lit.

CONCLUSION

Au travers des allers-retours entre le dedans et le dehors, au travers des temps institutionnels, d'échanges au sein de l'équipe, nous avons cheminé avec cette famille, nous l'avons laissée trouver ses propres ressources, presque comme si nous avions servi de catalyseur à la construction d'un équilibre familial fragile.

Nous avons tenté de contenir, c'est-à-dire de garder pour soi, de garder en soi, d'accepter d'entendre, de recevoir ce qui se passe et est ressenti comme intenable et insupportable.

Nous avons tenté de transformer, de détoxifier cette expérience, nous l'avons pensée ensemble, en équipe. Nous avons accueilli, donné forme et sens aux éprouvés de cette famille.

Face aux difficultés de la crise familiale, il nous faut nous réinventer et nous adapter, car ce sont bien les familles qui viennent nous bousculer dans nos éprouvés, dans nos réflexions et dans notre prise en soin. Pour pouvoir les atteindre, il faut pouvoir les rejoindre là où elles en sont, aussi bien dans leur souffrance qu'à leur domicile.

ÉPILOGUE : LES RESSENTIS D'ANNE-LAURE SIMONIN (IDE)

« Entrer chez les gens, entrer dans un univers, s'imprégner d'un lieu, d'une atmosphère, des odeurs. J'ai l'impression que pour chaque visite chez des familles c'est comme un petit voyage que je fais. Revenir plusieurs fois dans la même famille, c'est refaire ce voyage vers la même destination mais, parfois, celui-ci est différent. J'embarque à chaque fois pour une nouvelle aventure, pour une découverte. Je pense que pour faire ce métier et pour l'aimer, il faut avoir l'esprit aventureux. Il faut aimer le risque et l'inconnu sans pour autant être inconscient.

Certaines fois, ces visites sont presque un peu magiques. Je suis bien accueillie, l'atmosphère y est chaleureuse, parfois même elle peut être détendue et joviale. Je peux sentir une harmonie, malgré les difficultés rencontrées par la mère ou le bébé ; il y a quelque chose du possible, quelque chose de touchant, de profondément humain qui se joue pendant la visite. On est là avec la mère, le bébé, le mari, parfois, même les autres enfants, on échange, dans un climat de bienveillance et de respect. L'intention d'aider

et celle de recevoir de l'aide se rencontrent. Au bout de plusieurs visites, j'ai parfois le sentiment étrange de 'faire un peu partie de ces familles'. C'est un sentiment joyeux et triste à la fois. Ça me met en joie de partager certains moments uniques si particuliers autour de l'arrivée d'un bébé dans une famille, même si le contexte est parfois lourd. De l'authenticité et de la complicité naissent et font que l'on crée des liens forts. La tristesse, je ne sais pas trop d'où elle vient, de la séparation je pense... Ce n'est pas si simple de partir, de se séparer d'une famille, lorsqu'on a vécu à ses côtés des épisodes marquants de sa vie. Il y a des familles que j'aimerais ne plus quitter, continuer à revoir chez eux de temps en temps, pour voir comment tout ce petit monde change et évolue. Ces mères vivent et traversent des moments difficiles et douloureux, elles sont si courageuses, parfois, si fragiles, si mal. J'ai le sentiment que d'être confrontée à tout cela est encore plus poignant à domicile qu'à l'hôpital.

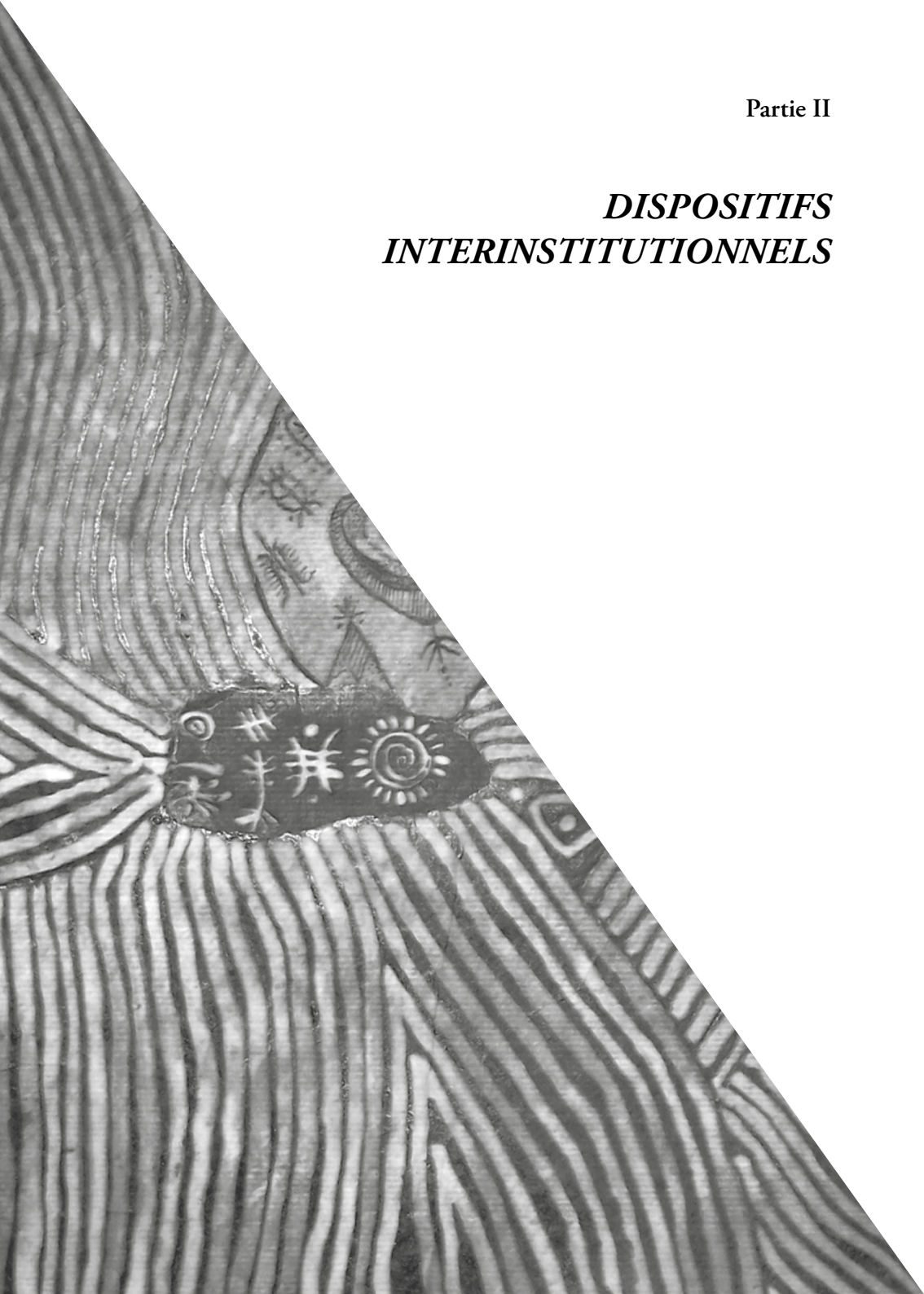
J'éprouve également de la gratitude envers toutes ces familles. Je leur suis reconnaissante de nous avoir ouvert leurs portes, je leur suis reconnaissante pour leur gentillesse. Il m'est arrivé de partager des repas typiques de certains pays lointains, des pâtisseries délicieuses, ou parfois un petit thé gentiment préparé. Les visites sont par moment très difficiles et éprouvantes et je me nourris de ces petits 'trésors' trouvés lors de certaines visites pour me restaurer le corps et l'esprit.

Certaines visites sont des destinations catastrophes, des mauvais voyages, des naufrages, presque. Des visites qui, pour certaines, sont presque cauchemardesques... Il m'arrive d'en rêver certaines fois, d'ailleurs. Lors de ces visites, je n'ai qu'une envie, prendre 'le billet retour' et revenir vite sur l'unité. Ce mauvais souvenir me colle souvent plusieurs heures à la peau, il est difficile de s'en défaire. Souvent, j'ai des ressentis similaires qui reviennent : la stupeur, l'angoisse, la colère, le dégoût...

Mais ce voyage, je ne le fais pas seule. Je suis toujours avec une collègue, nous rencontrons les familles ensemble. Elle vivra le voyage certainement différemment de moi. Sa présence est précieuse et m'aide, je sais que je ne suis pas seule. Portées par la voiture, sur le trajet du retour, nous échangerons sur nos ressentis ; sur l'unité, nous les partagerons avec l'équipe, portées par l'institution. C'est grâce à cela que je pourrai transformer ces expériences humaines afin que, je l'espère, elles puissent être thérapeutiques pour ces familles. »

Partie II

*DISPOSITIFS
INTERINSTITUTIONNELS*



« FIL-À-FIL »
UNE ÉQUIPE QUI OFFRE DES SOINS HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES
DE LA RELATION PARENTS-BÉBÉ
LORSQUE LE PARENT EST EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Heidy ALLEGAERT¹, Anne REINAERS², Caroline RINNÉ³, Sylvianne LUYCKX⁴

Le service « Fil-à-Fil », situé au sein de l'hôpital ISoSl à Liège, en Belgique, est une unité de soin de la relation parents-bébé dans un contexte de souffrance psychique et/ou psychiatrique. La prise en charge peut débuter dès la grossesse et se poursuivre jusqu'aux 3 ans de l'enfant. La pathologie adulte est variée : dépression du post-partum, troubles de l'adaptation, bouffées délirantes, schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles bipolaires...

Le service a été créé en 2003 après qu'il a été constaté que la parentalité n'était pas du tout prise en compte dans le soin psychiatrique. Le parent en souffrance psychique a presque toujours subi lui-même des dysfonctionnements parentaux multiples. Bébé, il a été soumis à des interactions en désaccordage et a donc subi des distorsions relationnelles ayant des conséquences psychiques importantes. Dans ces situations, le parent est fragilisé dans le lien à l'autre, dans l'intersubjectivité. La

1. Médecin, psychanalyste, Fil-à-Fil ISoSl Petit Bourgogne et Fil-à-Fil ambulatoire/SSM Accolade, Liège.

2. Pédiopsychiatre, psychanalyste, *id.*

3. Psychologue, *id.*

4. Psychomotricienne, *id.*

rencontre avec le bébé est à haut risque de troubles relationnels précoces à l'origine de troubles de l'attachement chez l'enfant, d'une fragilité au niveau de la constitution de son narcissisme primaire, de sa sécurité de base, des processus de séparation-individuation... Le soin des relations précoces est alors offert en plus du soin psychiatrique classique.

L'équipe pluridisciplinaire s'est étoffée au cours des années et a acquis une expérience spécifique.

En 2006, nous avons créé le réseau de pspérinatalité « Fil-en-Strophe », à partir du modèle de Françoise Molénat. Avec nos partenaires, nous organisons des réunions trimestrielles au cours desquelles est présentée une situation clinique commune à plusieurs services ou est élaboré un thème de périnatalité. Nous essayons de créer une enveloppe relationnelle souple, cohérente et contenant qui permettra d'éviter la discontinuité émotionnelle si souvent vécue par ces familles vulnérables. « Chacun est à sa place et les places bougent », dit Françoise Molénat. Le potentiel de créativité de chaque professionnel participe à la qualité de l'engagement relationnel.

En 2008, une subvention nous a permis d'offrir ce type de soin en ambulatoire, au sein d'un service de santé mentale (SSM) et à domicile.

Actuellement, notre équipe propose ce soin au sein de quatre dispositifs différents :

- en hospitalisation psychiatrique résidentielle pour le parent,
- en hôpital de jour,
- en ambulatoire en service de santé mentale,
- à domicile.

Plusieurs membres de l'équipe travaillent dans ces différents lieux afin d'assurer une continuité lors du passage d'un dispositif à un autre. Lors de la préadmission, le choix se fera en fonction de la situation et est modifiable en cours de suivi lors des évaluations régulières.

Les soins sont personnalisés (psychothérapies individuelles et de groupe, art-thérapie, psychomotricité, *packings*, ergothérapie, massages...). En journée, les enfants sont accueillis dans des locaux adaptés pour des séances thérapeutiques en présence de leurs parents. Le rythme et la fréquence des

séances sont variables et individualisés. Nous respectons autant que faire se peut les spécificités culturelles qui constituent à elles seules une enveloppe sécurisante.

La thérapie s'appuie sur des références analytiques et sur une adaptation de la méthode de l'observation selon Esther Bick, respectant ses trois temps : l'observation, l'écriture et la lecture des observations en séminaire en présence d'un superviseur extérieur. Ce troisième temps permet une analyse fine des interactions parents-bébé et le repérage des compétences mutuelles favorisant la relation. Les soignants peuvent y exprimer leur ressenti à la lecture de l'observation mais aussi lors des contacts quotidiens dans le service. C'est un moment d'échanges très riches permettant de s'approcher au plus près des ressentis de chaque partenaire de la dyade-triade. L'apport du groupe en séminaire aide particulièrement à faire tiers dans la confrontation clinique de la pratique ambulatoire « nomade » où les repères de l'identité professionnelle sont souvent modifiés et peuvent provoquer une certaine vacillation identificatoire. Enfin, cette élaboration en groupe permet une évaluation régulière du dispositif thérapeutique.

Au cours de notre travail, nous « jouons » avec le lieu, l'environnement et l'espace pour en faire un « cocon » de contenance, afin que soient réunies les conditions idéales pour tisser le lien ténu et indispensable qu'est le lien parental. La fonction contenant de l'équipe permet au parent et à l'enfant d'exprimer leurs compétences et de les valoriser. C'est un accompagnement de la relation, dans « l'être avec ». Par son regard porté sur l'enfant, le soignant donne place à l'enfant réel. Il fait percevoir au parent les besoins de l'enfant non pas sur un mode éducatif mais en développant chez lui ses capacités d'identification à l'enfant en appui sur le regard bienveillant de l'observateur. Généralement, ce sont des familles où les failles de leur propre histoire entravent le processus de construction du lien à leur enfant, à l'autre et donc également à des professionnels. Un de nos objectifs est de restaurer la confiance dans le lien et la capacité à jouer des parents.

Nous soignons les troubles de l'attachement en faisant le pari que les enfants garderont une trace suffisamment sécurisante de la rencontre avec leur parent, une rencontre pensée et pansée, qui favorise le développement de l'enfant en lui offrant une relation d'attachement source d'autonomie. Nous veillons particulièrement à l'accueil du parent, c'est-à-dire à une *rencontre humaine*. Les parents que nous rencontrons ont une identité

fragilisée et nécessitent d'abord une revalorisation narcissique, première étape de la reconstruction de l'identité dans sa globalité.

Nous accueillons aussi les femmes enceintes en décompensation psychique avec qui nous établissons une relation de confiance durant la grossesse. Cette période procure l'expérience d'une rencontre intime avec soi-même. C'est le moment d'un état particulier du psychisme, appelé « état de transparence psychique » par Monique Bydlowski. Nous veillons à décompacter le vécu des grossesses précédentes intériorisé sans historicité, souvent sur un mode traumatique.

Vignette : Une maman psychotique qui a perdu une première fille dans un processus délirant, que nous suivons lors de la grossesse suivante ainsi qu'après l'accouchement. Nous travaillons beaucoup sur la déconfusion entre ce bébé garçon et l'enfant décédé afin de dégager une place pour l'enfant réel.

Le dispositif ambulatoire s'est constitué au départ de la filière hospitalière. L'originalité du dispositif réside dans la spécificité du type de soin proposé et dans la mise en place d'un véritable trajet de soin aussi souple que possible autour de l'enfant, de son parent et de sa famille, de manière à éviter au maximum les récurrences de décompensation psychique. Notre démarche s'appuie sur la logique de proximité du service de santé mentale, nous pouvons donc solliciter nos collègues de l'équipe de base lorsque l'approfondissement d'un aspect de la prise en charge est nécessaire. »

Nous proposons le plus souvent une thérapie mère-enfant au sein de nos locaux, mais aller à la rencontre du tout-petit et des parents nécessite de se déplacer dans le lieu de vie du bébé : à la maternité, au centre néonatal, à l'unité de grossesse à risques, en pouponnière, en institution et, évidemment, à domicile, c'est-à-dire de les rencontrer, les rejoindre là où ils se trouvent physiquement et psychologiquement.

L'équipe ambulatoire veille à :

- la poursuite de l'accompagnement parent-bébé lorsque le cadre hospitalier n'est plus nécessaire mais que persistent des difficultés d'ajustement au sein de la relation ou que le parent ne sent pas prêt à clôturer le suivi ;

- la préparation à une hospitalisation lorsque le parent n'est pas encore prêt à envisager l'hospitalisation en psychiatrie et que la sévérité des troubles relationnels ou du diagnostic parental nécessite une prise en charge par une équipe de soin psychiatrique ;
- traiter les difficultés précocement avant même que l'hospitalisation soit indispensable (dans une perspective de prévention) ;
- réfléchir constamment à ce qui pourrait être mis en place par la suite (dans un souci de continuité du soin).

Il s'agit de déployer un certain espace potentiel en analogie au concept de Donald Winnicott pour aider le parent à développer ses compétences, notamment autour du jeu dans le cadre du domicile. Si l'on se réfère au *holding*, cela permet de moduler notre offre de contenant psychique.

Bien plus qu'un dispositif spécifique dans le trajet de soin du bébé et de sa famille, il convient d'envisager le domicile comme un espace transitionnel. Tant un espace transitoire (à savoir pour une période temporaire définie) entre la prise en charge habituelle au sein de nos locaux et le lieu de vie des familles, que transitionnelle pour ce qu'elle a valeur d'intermédiaire, de possibilité de créer du lien à l'autre.

La proposition du domicile peut être une réponse aux situations pour lesquelles nous nous trouvons parfois en-deçà d'une demande formulable, le plus souvent ces situations sont relayées par des infirmières, puéricultrices ou sage-femme à domicile équivalent à la PMI.

Vignette : Madame a présenté une dépression importante pour laquelle une hospitalisation a été nécessaire (pathologie, état limite), ce sont les grands-parents qui s'occupent de sa fille âgée de 2 ans. Les grands-parents ne peuvent assurer la garde pendant une dizaine de jours, nous permettons à Madame de sortir un peu prématurément pour assurer la garde de sa fille en mettant en place des séances à domicile tout en maintenant les séances avec son enfant à l'hôpital où Madame rencontre aussi la psychologue en entretien individuel. Une aide familiale vient deux fois par semaine au domicile. La petite poursuit la crèche. C'est la seconde séance... La rue est une impasse, on se parque dans une cour sur laquelle les appartements donnent. Il n'y a pas de noms sur les différentes sonnettes de l'immeuble (forme d'indifférenciation), et lorsque nous arrivons ce jour-là, nous hésitons

à nouveau : sur quelle sonnette appuyer? Madame met un certain temps à nous ouvrir. Lorsque nous entrons dans l'appartement, Madame est en chemise de nuit, elle vient de s'éveiller (9h30) et nous dit qu'elle ne savait pas qui sonnait. Elle avait oublié que nous venions, c'est son compagnon qui lui a dit que cela devait être Fil-à-Fil. Mme semble encore endormie, dans les vapes, une bretelle de sa nuisette détachée. Nous nous sommes même demandées si elle portait une culotte. Elle est toujours maquillée de la veille. Sa fille dort toujours, dit-elle. Elle propose d'entrer et de faire du café. Elle dit qu'elle n'a pas encore pris son traitement du matin et ne semble pas pressée (elle attendra quarante minutes pour le prendre). Elle entre dans la chambre de sa fille qui est réveillée, peut-être depuis un long moment. Elle prend le temps de la changer... Nous ne les voyons pas mais nous les entendons distinctement. Madame dit que « les dames de Fil-à-Fil sont là... » nous disons « Coucou Flora » (tout en étant cachées), l'enfant répond « coucou » aussi puis elles viennent nous rejoindre. La petite va tourner autour de la table avant d'escalader le divan pour y boire son biberon dans les bras de sa mère. Madame vient d'allumer la télévision et dit que « c'est Mickey comme d'habitude », pour souligner l'importance de ce rituel et, en même temps, nous sentons une pointe de justification. Plusieurs dessins animés s'enchaînent, Madame a l'air de bien connaître les chansons... elle dit qu'avant elle ne voulait « pas de télé avant trois ans » mais à l'heure actuelle, dit-elle, c'est difficile de faire autrement.

Tout l'intérêt de proposer une prise en charge coordonnée par des intervenants communs aux deux unités réside dans le sentiment de sécurité qu'éprouvent les parents qui passent de l'unité hospitalière à l'unité ambulatoire « sans risque collatéral » de rupture du lien thérapeutique. Le lien étroit avec l'équipe hospitalière permet aux intervenantes de se sentir soutenues par cette fonction d'arrière-plan.

Le travail d'observation thérapeutique (selon Esther Bick) tel que nous l'avions adaptée à notre pratique professionnelle hospitalière a nécessité quelques remaniements au vu de la diversité des lieux d'intervention. Par exemple, l'utilité de rédiger l'observation en binôme dans le cas du domicile. En effet, le dispositif thérapeutique à domicile est très sollicitant et la

mise en commun des différents temps de l'observation est indispensable. À l'hôpital, nous observons un « moment » de la séance de thérapie et non la séance entière, alors qu'en ambulatoire, l'observation est plus riche en tenant compte de la séance dans son entièreté. Nous préservons toujours les trois temps distincts (observation, transcription, discussion en supervision) afin de dégager les pistes thérapeutiques paraissant le plus adéquates.

La possibilité d'intervenir à domicile est interrogée en réunion d'équipe pour chaque nouvelle situation. Selon les difficultés présentées par la dyade et la disponibilité de l'équipe, nous pouvons proposer plusieurs cadres d'interventions, par exemple : un travail unique et régulier à domicile (par exemple, une mère ne pouvant se déplacer avec ses trois enfants en bas-âge) ; une prise en charge comprenant à la fois un travail au Centre et des séances plus ponctuelles et répétées à domicile ; des séances d'évaluation à domicile de manière à envisager le travail au Centre. Un des objectifs étant que la thérapie puisse se réaliser au SSM dès que possible ; un travail à domicile en aval de la prise en charge offrant un champ thérapeutique transitionnel au sein duquel la confiance du parent, ayant (re)mobilisé certaines ressources, peut être consolidée...

Le suivi à domicile se fait en binôme. La richesse apportée par deux regards distincts permet de cerner davantage d'aspects dans la conflictualité des familles. Lorsqu'une difficulté se présente, travailler en binôme permet au soignant de pouvoir s'appuyer sur l'autre intervenant afin de ne pas être pris lui-même dans la spirale du patient.

Au-delà du travail en réseau habituel, les membres de l'équipe sont amenés à exercer une fonction de liaison avec les partenaires. Ce travail nécessaire auprès du parent vise à l'articulation des actions des partenaires mais aussi à soutenir ces partenaires dans leurs actions, etc., afin de repérer les répétitions au sein de la famille comme au sein des relations entre partenaires, bien souvent en reflet/miroir de la pathologie du parent (isomorphisme). Les pathologies de ruptures du lien contraignent à repenser continuellement notre travail de liaison et à penser à ce qui peut se rejouer de la problématique du patient dans le travail avec le réseau. Il nous arrive régulièrement d'assurer une fonction de coordination entre différents services concernés par des situations qui mettent en jeu des vulnérabilités de contenance psychique. Nous anticipons la place des autres

professionnels et les étapes du développement de l'enfant. En envisageant un avenir, on permet que le temps se réorganise et que le passé retrouve sa place. Le parent doit reconstruire le passé qui se rappelle à lui avec la naissance pour aménager l'avenir. Le passé est essentiel puisque les traces infantiles vont favoriser l'identification à l'enfant, permettant de s'accorder à ses besoins.

La spécificité du travail en ambulatoire vient du fait que le thérapeute et le psychologue doivent s'adapter aux différents espaces dans lesquels ils sont amenés à travailler et au matériel dont ils disposent. Il est donc important pour le praticien de faire preuve de créativité afin de s'adapter aux différentes situations. Chaque séance à domicile nécessite une préparation (prévoir le déroulement des activités et le matériel nécessaire).

Nous avons eu la chance d'organiser deux colloques : le premier en 2007 « Les fées ne se sont pas penchées sur mon berceau... » et le second en 2018 « Dessine-moi un berceau ». Récemment, à la demande de plusieurs familles, nous avons organisé une journée de témoignages en présence des professionnels de psypérinatalité.

UNE UPB ADOSSÉE À UN SERVICE DE NÉONATOLOGIE

Yves RIMET¹, Chantal BLINE², Agnès LUCAS³, Stefka IVANOV⁴,
Martine GARIN⁵, Marie-Laure VINCENT-FINO⁶

BILAN DU RÉSEAU DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

L'observation de nombreuses situations psychosociales difficiles ayant fait l'objet d'une prise en charge insuffisante a conduit les porteurs de notre projet à la mise en place – dès 2003 – d'un Réseau de soutien à la parentalité pluri-institutionnel (PMI, Centre hospitalier du Pays d'Aix, CAMPS, Association des crèches, ASE, foyers d'accueil...) mais aussi pluridisciplinaire (sages-femmes, puéricultrices, pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, assistantes sociales, éducatrices...).

Ce réseau a permis de faire le bilan des ressources existantes et des compétences disponibles et d'optimiser leur utilisation sur le pays d'Aix. Lors des réunions mensuelles en maternité et en pédiatrie, plusieurs dizaines de situations ont pu être abordées, débouchant sur des prises en charges plus adaptées et mieux coordonnées.

1. Pédiatre, Réseau parentalité du pays d'Aix-en-Provence, Service de pédiatrie-néonatalogie, Pôle femme-mère-enfant, Centre intercommunal Aix-en-Provence-Pertuis.

2. Cadre, *id.*

3. Psychologue, *id.*

4. Psychiatre, CAP 48.

5. Coordinatrice, Réseau parentalité du pays d'Aix-en-Provence.

6. Pédiatre, PMI d'Aix-en-Provence.

Le fonctionnement actuel du Réseau de soutien à la parentalité a permis des progrès sensibles dans la prise en charge des situations psychosociales difficiles. Ce réseau fonctionne depuis déjà plus de quinze ans et son activité, après une période de croissance régulière du nombre de familles accompagnées, s'est stabilisée autour de cent-vingt à cent-cinquante situations accompagnées chaque année. Nous avons rencontré les situations suivantes :

- Pathologie psychiatrique d'un ou des deux parents pouvant invalider les compétences parentales (20 %).
- Situations d'addiction d'un ou des deux parents, soit active soit en cours de sevrage (10 %).
- Maladie organique grave dont certaines chroniques.
- Mères en situation de handicap.
- Décès d'un des deux parents.
- Mères mineures dont certaines très jeunes (la plus jeune ayant 13 ans) / pères mineurs.
- Grossesses peu ou pas suivies, parfois avec dénis.
- Mères présentant des difficultés dans les interactions dont trois ont été orientées vers une UPB.
- Mères confrontées à des violences conjugales ou familiales.
- Nombreuses familles en situation sociale précaire très souvent associée à une problématique de logement (parfois bidonville) (40 %).
- Femmes en situation irrégulière.
- Femmes vivant dans un grand isolement social.
- Profils souvent plus lourds et complexes par associations de plusieurs problématiques.

Par ailleurs, le réseau a organisé :

- La formation de plus de quatre-vingts professionnels du réseau sur les pathologies mentales maternelles (trois sessions de deux jours), sur la prise en charge des familles carencées sur le plan psycho-affectif et sur l'observation du nourrisson.
- Des réunions de présentation et de travail avec les professionnels de la petite enfance et de la santé mentale d'établissements partenaires jusqu'à Manosque et Digne.

- La formation de la coordinatrice (coordonnateur) à la psychopathologie et à l'observation du bébé.
- La formation de deux professionnels au DIU psychopathologie périnatale.

Progressivement s'est donc imposée l'idée que des acteurs restaient insuffisamment représentés et qu'un panel d'offre de soins plus élargi devenait nécessaire, pouvant aller d'un simple suivi jusqu'à l'hospitalisation parents-bébé.

Cette réflexion locale – encouragée par les services compétents de l'ARH puis de l'ARS – s'est alors inscrite dans une problématique plus large de la santé mentale en périnatalité.

Si le fonctionnement actuel du réseau de soutien à la parentalité a incontestablement permis des progrès sensibles dans la prise en charge de situations psychosociales difficiles, l'état des lieux réalisé par les membres de ce réseau a mis en évidence des éléments qui nécessitent des avancées :

- Les psychiatres d'adulte sont souvent en difficulté lorsqu'il s'agit d'apprécier la qualité du lien mère-bébé et lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité ou l'incapacité de la mère à tenir pleinement sa place. Les liens avec les psychiatres d'adultes sont à renforcer car parfois difficiles compte-tenu de la charge de travail de chacun.
- L'association de l'équipe de l'intersecteur de pédopsychiatrie de Montperrin doit être confortée, sachant qu'un des représentants participe déjà aux réunions du réseau depuis quelques années et que cet intersecteur est co-partenaire de la future UPB.
- Il existe un lien avec des structures d'aval de pédopsychiatrie (CMP Cézanne et la Passerelle de Salon).
- Les liens avec les équipes des UPB de Montfavet (Avignon) et de Sainte-Marguerite (Marseille), qui possèdent une expertise reconnue dans ces problématiques, sont une ressource de premier plan et méritent également d'être approfondis.

Ainsi, les objectifs du projet visent notamment à :

- Améliorer les collaborations médico-psychologiques avant, pendant et après la naissance.

- Améliorer la communication entre les acteurs lorsqu'elle est insuffisante.
- Permettre à tous les acteurs de ces périodes, absents ou insuffisamment présents, de remplir pleinement leur rôle.
- Élargir l'offre de soins en termes d'accompagnement des troubles de la parentalité avec une prise en charge pédopsychiatrique plus précoce avant la naissance, possiblement plus prolongée en postnatal si nécessaire, avec possibilité de soins en consultation ou en hôpital de jour, voire en hospitalisation complète au sein de l'unité parents-bébé.
- Éviter la séparation de la mère et de l'enfant dans la mesure où la présence de la mère reste bénéfique à l'enfant.
- Devenir un site de référence dans ce domaine pour les territoires Bouches-du-Rhône Nord, Val-de-Durance et Alpes.

Le projet présenté s'inscrit dans les objectifs définis par le SROS en matière d'offre de soins hospitalière (SROS I et II).

En effet, le dispositif prévu – de par son articulation avec l'ensemble des acteurs de la Communauté hospitalière du Pays d'Aix, y compris le Centre hospitalier Montperrin, partenaire associé – intègre l'ensemble des éléments de réponse à *une gradation infrarégionale* de la réponse hospitalière aux besoins de santé des territoires concernés et ce en s'exerçant dans le cadre de véritables *coopérations territoriales*.

ORGANISATION DE L'UPB

Trois « unités » peuvent être individualisées : deux sont hospitalières, la troisième, transversale, est multi-institutionnelle ; chacune a son domaine d'intervention lié à sa compétence.

Le *Réseau de soutien à la parentalité* représente l'unité historiquement la plus développée et la plus organisée depuis 2003.

L'*Unité de liaison d'intervention rapide en périnatalité* pourra assurer la prise en charge des pathologies psychiatriques maternelles anté-, per- et postnatales en collaboration ponctuelle avec le CAP 48 chaque fois que nécessaire. Elle pourra fonctionner avec un psychiatre référent et du temps d'IDE psychiatrique. La compétence de cette unité est, outre la prise en charge des pathologies psychiatriques, d'assurer une supervision et le lien

lorsque des intervenants institutionnels ou libéraux interviennent, que ce soit en pré-, per- ou postnatal.

L'*Unité parents-bébé* : son dimensionnement serait de deux lits 24h/24h, de trois places d'HDJ et de « places » de suivi à domicile, si nécessaire, des familles du bassin aixois. Cette unité sera adossée à la néonatalogie avec mutualisation de moyens soignants (médical, paramédical, service social, ...) entre néonatalogie, intersecteur pédopsychiatrique et UPB. Le CAP 48 situé dans l'établissement, hébergeant la psychiatrie de liaison périnatale, sera aussi en mesure d'intervenir dans l'unité. À noter que l'adossement de cette UPB à la néonatalogie doit permettre des collaborations médico-psycho-sociales étroites, une offre de soins dans un environnement « somatique » possiblement moins « stigmatisant », ainsi que des dépenses en personnel mesurées par mutualisation des moyens, particulièrement pour la nuit.

Après la naissance et pendant les trois à six premiers mois de vie, l'accompagnement pour l'établissement d'un lien parents-bébé de qualité se fera avec un accompagnement graduellement adapté allant de la consultation-visite PMI jusqu'à l'hospitalisation 24h/24h en UPB.

Le désengagement se fera progressivement en faisant appel possiblement à l'hôpital de jour et aux consultations pluridisciplinaires.

UN PARTENARIAT ENTRE PSYCHIATRIE D'ADULTE ET PÉDOPSYCHIATRIE EN PÉRINATALITÉ

Ludivine FRANCHITTO¹, Perrine HELIAS²

Depuis janvier 2018, l'équipe du Dr Perrine Helias, médecin-chef de l'hôpital de jour pour adultes de la MGEN à Toulouse, a développé un projet spécifique concernant l'accueil hebdomadaire en groupe de futures mères et jeunes mères avec pathologies psychiatriques. Ce projet a été monté d'emblée en lien étroit avec l'équipe de psychiatrie périnatale du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Toulouse. Rencontres préalables, formations à la psychiatrie périnatale, élaboration autour du projet et de ses articulations ont été possibles grâce à la connaissance et à la confiance mutuelle préexistantes entre les deux médecins responsables de ces équipes.

Des résistances et des réticences sont apparues, tant du côté des équipes de psychiatrie que de pédopsychiatrie. Un cadre bien posé et une vigilance quotidienne autour des places et rôles de chacun, en particulier concernant la protection de l'enfance, avec une articulation, bien sûr, aux services de PMI, sont la condition *sine qua non* pour que ce type de projet

1. Psychiatrie périnatale, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Toulouse.
2. Psychiatre, hôpital de jour de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), Toulouse.

puisse exister et se développer. La psychiatrie périnatale est une spécialité passionnante, mais les écueils existent, en particulier celui de la toute-puissance du côté des soignants qui pourrait mettre les bébés en péril. Le travail pluridisciplinaire et en partenariat est donc une nécessité autour de ces familles fragiles mais ne va pas de soi.

LE PROJET DE SOIN DANS L'HOSPITALISATION DE JOUR EN PÉRINATALITÉ DE LA MGEN

L'hospitalisation de jour contribue à la continuité et à la cohérence de l'accompagnement médico-psychologique en périnatalité, c'est-à-dire pendant la grossesse et/ou dès la sortie de la maternité. Les publics visés sont les parents et leur enfant jusqu'à ses dix-huit mois, suivis par une équipe de psychiatrie périnatale du territoire qui les oriente vers l'hôpital de jour et reste référente tout au long du suivi. L'enjeu du service est la prise en charge préventive et curative des pathologies psychiatriques de la grossesse et du post-partum, associée à une aide à la prévention des troubles précoces du lien parent-bébé dans la période périnatale.

Les soins sont proposés à des femmes enceintes ou à de jeunes mères qui présentent des antécédents et des pathologies psychiatriques, des difficultés psychiques et/ou une précarité sociale et des difficultés liées aux conditions de la grossesse et de la naissance : trouble psychiatrique à déclenchement gravido-puerpéral (trouble de l'humeur, psychose puerpérale) ou conséquences d'événements de vie ou obstétricaux périnataux (grossesse pathologique, maladie ou décès d'un proche, déni de grossesse, prématurité, césarienne en urgence, accouchement traumatique, séparation précoce...).

Le fonctionnement

Le service est ouvert une journée par semaine, le lundi, et propose un soin d'hospitalisation de jour de trois heures au minimum avec un temps d'accueil informel, interstitiel, convivial, qui permet aux mères de se rencontrer et de tisser des liens entre pairs, mais aussi d'aborder comment se passe le quotidien d'une semaine à l'autre, de voir comment évoluent les éventuelles préoccupations, un temps de groupe médiatisé : l'un pour les

femmes enceintes et l'autre pour les mères accompagnées de leurs bébés, un temps de repas thérapeutique et la possibilité d'entretiens individuels avec une soignante référente.

Les problèmes et réflexions qui nourrissent ce projet

Il a d'abord fallu initier les équipes à la spécificité de la clinique périnatale, qui est une clinique particulière : ni de l'adulte ni du bébé, mais du lien entre les deux, et travailler en lien étroit avec les partenaires. En effet, travailler en périnatalité implique de connaître et d'intégrer le réseau de soins en pédopsychiatrie du territoire et de pouvoir, en connaissance de cause, se positionner clairement, en fixant les missions et les limites, au sein de ce réseau.

Au sein de l'équipe de l'hôpital de jour, la périnatalité fait peur : on a observé en effet une crainte d'abord exprimée par les soignants vis-à-vis des patientes de périnatalité qui risquent de voir les autres patients de l'hôpital de jour et d'être ainsi confrontées à la maladie psychiatrique, qui risquent aussi d'être victimes de violence physique (« coup de pied dans le ventre ») ou d'erreur médicamenteuse, soulevant là des fantasmes agressifs.

La crainte a aussi été ressentie vis-à-vis des autres patients de l'hôpital de jour : comment vont-ils réagir à la vision de femmes enceintes et de bébés dans le service, eux qui peuvent être aux prises avec le deuil d'un désir d'enfant ?

Notre hôpital de jour disposant d'une autorisation de l'Agence régionale de santé en psychiatrie adulte, ce cadre réglementaire nous contraint, nous délimite et soutient donc notre projet de soins. Nous avons consacré beaucoup de temps à la définition et à la redéfinition des limites de notre action : on s'occupe des mères, pas des bébés, parce qu'on n'a pas de compétence en pédopsychiatrie pour repérer les signes précoces de souffrance, par exemple. Donc le travail avec les équipes de pédopsychiatrie partenaires est nécessaire, préalable à notre action et réellement structurant. Ce sont nos interlocuteurs privilégiés, nos seuls interlocuteurs directs.

Les bébés sont les « accompagnants » des patientes prises en charge administrativement et donc, dans les faits. Quelles conséquences pour la clinique ? On ne supplée pas la mère pour s'occuper de son bébé « votre bébé est sous votre entière responsabilité », ce qui entre dans la réflexion autour des soins proposés (repas, sieste). Ce questionnement

a aussi compté dans la composition de notre équipe : nous n'avons volontairement pas inclus dans l'équipe une éducatrice de l'hôpital de jour ayant une formation initiale d'éducatrice de jeunes enfants parce que cela aurait amené de la confusion sur ce point du cadre.

Dans les aspects matériels, nous ne commanderons pas de lait ni de matériel d'urgence pédiatrique. Dans les formations également, nous nous concentrerons sur la formation autour des mères, non autour des bébés.

La question de la PMI est une réflexion sans cesse à repenser, à chaque situation singulière : nous n'entretenons pas de lien direct avec elle, que ce soit pour l'orientation des patientes vers nous, malgré une certaine pression des tutelles pour une « montée en charge de la file active », ou pour leur faire part de nos observations. Dans la prise en charge, il nous faut lutter contre la volonté récurrente de faire des liens directs. Notre effort consiste à nous maintenir à notre place : solliciter une réunion de synthèse avec les pédopsychiatres de l'équipe de périnatalité référente plutôt que faire appel à la PMI pour avoir des informations sur ce qu'il se passe au domicile des patientes, par exemple.

Un autre point, pour exemple, actuellement en question, est celui du rythme des entretiens individuels avec les référents de l'équipe. Il faut bien définir quelles fonctions ont ces entretiens suivis du projet de soin à l'hôpital de jour. Les patientes ont déjà des suivis individuels, il existe donc un risque de se substituer à d'autres professionnels.

Un projet de soin en construction perpétuelle

En 2018, sur seize candidatures, treize ont abouti à un suivi, soit 81 %. En 2019, sur les neuf candidatures, six ont abouti à un suivi, soit 66 %.

L'une des difficultés réside dans la file active. Il nous est difficile de pouvoir proposer les groupes thérapeutiques tels que pensés dans le projet, surtout le matin, pour les femmes enceintes qui sont peu nombreuses, arrivent souvent à la fin de leur grossesse et passent, de ce fait, peu de temps dans le service. Nous questionnons ainsi notre parti pris initial de distinguer entre les femmes enceintes et les jeunes mères accompagnées de leurs bébés. Nous rediscutons aussi de la médiation écrite, transformée en une médiation plus concrète, manuelle, autour du bébé à naître : création de doudous en couture, d'origamis ou de tricot. On peut ainsi proposer

cette médiation quand il n'y a pas de groupe possible, donc plutôt comme une médiation interstitielle.

Le travail clinique au sein du groupe de parole mère-bébé nous pose également question. Le nombre de dyades participantes pour un travail clinique de qualité (entre deux et cinq) nous a amenés à intégrer un nouveau rôle soignant dans ce groupe : celui d'un observateur neutre et prenant des notes en lien avec une formation à l'observation selon Esther Bick suivie par un membre de l'équipe.

Le choix de la médiation parole nous a également questionnés, parce que l'on observe une redondance entre le temps d'accueil et le temps de groupe et parce que l'on s'interroge sur la place du bébé dans un tel groupe : il est facilement exclu. Nous réfléchissons donc à une médiation plus concrète qui permettrait de mieux différencier les temps de soins : temps d'accueil informel comme espace de parole puis temps de groupe axé sur une relation avec le bébé (chant, lecture d'histoires, écoute musicale active, psychomotricité...).

LE POINT DE VUE DU PÉDOPSYCHIATRE EN PÉRINATALITÉ

État des lieux de la psychiatrie périnatale en Haute-Garonne, Région Occitanie Ouest

Dans notre région, il n'y a pas d'unité d'hospitalisation mère-bébé (UHMB) à temps plein ou de jour. Il existe des unités de soins pédopsychiatriques ambulatoires pour les bébés (CMP/ATTP) et un CAMSP.

À Toulouse, certaines maternités bénéficient d'une équipe de liaison en pspérinatalité, mais pas toutes ; celles-ci assurent la liaison mais également le suivi ambulatoire parents-bébé quand il y a des troubles psychiques parentaux et/ou des troubles des interactions... jusqu'au relais, si besoin, en CMP/ATTP du tout-petit ou quand apparaissent des troubles du développement chez le bébé.

À la maternité niveau 3 du CHU de Toulouse qui, actuellement, compte environ cinq mille accouchements par an, l'équipe de liaison a une file active très importante (environ mille familles par an) qui augmente ces dernières années, avec le constat d'un manque de moyens pour suivre de

manière intensive les dyades ou les triades les plus en difficulté. De plus, l'équipe de soins est réduite (psychiatres, psychologues, assistante sociale) et il n'y a pas de soins en rééducation pour les bébés.

Dans cette période périnatale, certaines femmes expriment un besoin d'étayage pluridisciplinaire important, propice à la (re)mise en place de soins, et il n'est souvent pas difficile d'introduire de nouveaux intervenants, dans la mesure où ils se coordonnent.

À Toulouse, en l'absence d'UMB, un partenariat se construit d'années en années entre notre équipe de psy périnatalité du CHU et la psychiatrie d'adultes ambulatoire, libérale et hospitalière, mais aussi avec les unités psychiatriques d'hospitalisation, en hôpital, en clinique ou à domicile, le plus souvent en postnatal : hospitalisation à domicile (HAD) de psychiatrie. De ce travail en partenariat émerge une confiance mutuelle qui s'accroît avec le nombre de situations communes : échanges et conseils téléphoniques pour des psychotropes pendant la grossesse ou l'allaitement ou pour des bébés de mères en décompensation, demandes d'admission en service d'hospitalisation pour les mères rapidement honorées et consultations préconceptionnelles qui se développent.

Les arguments en faveur du projet d'hôpital de jour à la MGEN

Notre patientèle en maternité de CHU nécessite souvent des soins intensifs du fait de la gravité des tableaux cliniques psychiatriques périnataux ou préexistants à la grossesse. Lorsque des soins pluri-hebdomadaires sont nécessaires, il est souvent complexe pour les patientes de concilier hôpital de jour « classique » en psychiatrie et présence suffisante auprès de leurs bébés. La MGEN proposait d'accueillir les mères en incluant les bébés, ce qui est novateur.

Notre équipe de liaison en maternité avait envie de s'appuyer sur cette expérience de travail en binôme psychiatre d'adultes-pédopsychiatre et d'enrichir encore cet accompagnement pluriprofessionnel et partenarial, très porteur pour les familles, car à même de créer une matrice de soutien qui fait bien souvent défaut.

Un tel projet de partenariat n'est cependant possible que dans une confiance mutuelle avec des liens de qualité entre les différents cliniciens et les médecins référents.

Pour nous, le fait que la psychiatre porteuse du projet à la MGEN soit formée à la périnatalité depuis son internat, qu'elle souhaite travailler de manière cohérente et concertée avec la PMI et la pédopsychiatrie, et qu'elle pense les rôles et places de chacun, en particulier à propos de l'attention au bébé, était primordial et un gage de sérieux quant aux soins proposés.

Les freins des pédopsychiatres dans le département

Lorsque ce projet a vu le jour et qu'il a été présenté devant les différents pédopsychiatres en périnatalité du département, plusieurs craintes ont été soulevées, en particulier le risque de confusion entre les différents lieux de soins.

La non-légitimité des psychiatres d'adultes de la MGEN à s'occuper de périnatalité a également été évoquée, ce qui nous a surpris. Comme l'évoque le Dr Alain Grégoire¹, la périnatalité est une pratique et une clinique à part entière.

L'inquiétude des pédopsychiatres portait principalement sur le risque pour les bébés de subir les projections des mères au sein du groupe de parole et sur la capacité des soignants de l'hôpital de jour à repérer ce phénomène et à les en protéger. Bien sûr, cette question se pose et reste entière, même si le suivi obligatoire de la famille par un pédopsychiatre fait partie des critères d'inclusion à la MGEN. Nous faisons le pari que les bébés de mères en grandes difficultés psychiques sont soumis de manière quotidienne à toutes sortes de projections et propos plus ou moins conscients et contrôlés, dans l'intimité de leur vie de famille. Que cela puisse s'énoncer et se travailler au sein d'un petit groupe ne nous semblait pas plus dangereux. Au contraire, la possibilité de reprise, en ce lieu, de certains propos par les pairs ou les soignants nous semblait pouvoir permettre de contenir certaines de ces angoisses projetées sur l'enfant.

À CE JOUR

La MGEN est souvent proposée à nos patientes mais cette proposition n'est pas toujours suivie d'adhésion ou d'admission réelle, en particulier

1. Psychiatre en périnatalité, animateur de la *Maternal Mental Health Alliance* et de la *Global Maternal Mental Health Alliance*.

en anténatal, car nous-mêmes ne les rencontrons qu'assez tardivement en maternité, où elles n'arrivent parfois que dans le dernier trimestre de grossesse. C'est plus facile pour des patientes que nous avons rencontrées en préconceptionnel et qui débutent le suivi en psychiatrie périnatale dès le premier trimestre.

Nous avons, de manière générale, des retours très positifs des patientes qui bénéficient de ce dispositif, et la plupart poursuivent après la première séance, même si elles ne sont pas toujours dans la continuité et la régularité qui seraient attendues en hôpital de jour. Un cadre plus souple est donc nécessaire pour s'adapter à la périnatalité. Nous avons noté un effet d'apaisement chez les patientes dans leur estime d'elles-mêmes en tant que mères et donc dans la relation mère-bébé mais cela reste une impression clinique et fondée sur les retours d'entretien, donc difficile à prouver. Nous n'avons pas à déplorer d'effet délétère chez les patientes et chez les bébés à ce jour. Pour le moment, les pères sont exclus de cet accueil, cela pourrait être une piste de réflexion pour l'avenir. Nous observons que ce dispositif à plusieurs peut et doit jouer un rôle dans la protection de l'enfance, mais avec deux écueils possibles aux extrémités : ne pas suffisamment respecter la confidentialité pour la maman, laisser un bébé en danger sans que personne n'intervienne.

ILLUSTRATION CLINIQUE PAR LA PÉDOPSYCHIATRE EN PÉRINATALITÉ

Notre équipe de psychiatrie de liaison en maternité reçoit en consultation Mme F. au début de sa première grossesse, sur demande de sa psychiatre libérale et de l'obstétricien, car elle prend depuis plusieurs années des traitements psychotropes qui ont dû être poursuivis.

Mme F. présente un diagnostic de trouble schizo-affectif équilibré au moment de notre rencontre. Elle a souffert d'une enfance très carencée et a choisi de se convertir et de pratiquer assidûment une religion, ainsi que de faire un mariage arrangé au sein de cette communauté, probablement pour trouver un sens à sa vie et lutter contre de très fortes angoisses abandonniques.

Dès le premier entretien, Mme F. se montre anxieuse dans la relation, avec la peur du regard de l'autre et une inhibition importante. Elle rapporte de fortes angoisses quant à ses capacités maternelles ; le processus

de « maternité » est à l'œuvre mais réveille son vécu de carence et de maltraitance. Affleurent rapidement également dans cette première rencontre sa culpabilité d'avoir « abandonné » sa petite sœur de 14 ans restée seule avec leur mère, d'avoir à cette occasion fait un signalement contre sa mère pour en dénoncer les carences éducatives graves, d'avoir lâché la tutelle de son père, qui est schizophrène, et d'avoir mis de la distance avec son frère, qui souffre également de troubles mentaux. Elle m'explique avoir réalisé cette démarche soutenue par sa psychiatre, pour « sauver sa peau ». Elle présente des symptômes dépressifs chroniques, avec idéations suicidaires fréquentes mais, actuellement, grossesse et religion sont de puissants facteurs protecteurs.

Je propose rapidement des entretiens de couple pour faire exister la cellule familiale autour du futur bébé et parce que Mme F. me décrit un mari peu soutenant, voire attaquant. En réalité, il se révèle contenant, quoique cadrant, et la ramène souvent vers la réalité. Il accepte la maladie de sa compagne et la nécessité du traitement, énonce ses inquiétudes pour le post-partum, mais peut également souligner les compétences de Mme F. et sa confiance en elle. Malheureusement, M. F. est souvent absent, parfois plusieurs mois, du fait de sa profession, ce qui fait vivre à Mme F. des sentiments de lâchage itératifs et déclenche une agressivité qu'elle a tendance à projeter sur lui. Dans une position très paternelle, certes rassurante, il ne se positionne pas du tout en substitut maternel potentiel pour Mme F.

Au terme des deux premières rencontres et en lien avec sa psychiatre libérale, je propose très rapidement pour Mme F. la MGEN du fait de ses besoins de soins et d'étayage, qui s'annoncent majeurs autour de cette naissance. Au départ, c'est difficile à envisager pour Mme F. : elle évoque son inhibition en groupe et sa peur du jugement de l'autre. Mais la rencontre se fait malgré tout avec un groupe de pairs très porteur, permettant une identification possible à d'autres femmes qui ont elles aussi des relations pathologiques avec leurs mères. Mme F., sécurisée, se révèle très fine dans les échanges, avec une capacité à se remettre en question.

L'accouchement et le post-partum immédiat se sont bien passés, le bébé est une petite fille, Sonia, qui va bien et est investie sur un mode idéalisé et plutôt indifférencié dans les premières semaines. Mais on note chez Mme F. une *dégradation* rapide de son *état thymique*, à mesure qu'elle prend conscience de l'altérité de son enfant, d'autant que le papa est très présent

dans les soins et empêche un vécu fusionnel, lui renvoyant même en négatif le plaisir qu'elle n'arrive pas à ressentir dans les interactions. Mme F. exprime une ambivalence maternelle dont elle est douloureusement consciente, mal supportée car reproduisant d'après elle le rejet qu'elle a vécu enfant par sa propre mère. Mme F. lâche à ce moment-là l'hôpital de jour et a tendance à s'isoler, probablement par honte.

En accord avec sa psychiatre et la MGEN, nous organisons alors une hospitalisation psychiatrique à temps plein, mais à domicile, qui va durer deux mois. Les symptômes dépressifs s'amendent peu à peu, la relation mère-bébé s'améliore et redevient source de plaisir, et Mme F. peut reprendre ensuite les soins à la MGEN. Là encore, elle nous montre qu'elle peut s'appuyer sur les pairs et les soignants qui lui confèrent des supports identificatoires et lui permettent d'être mère dans un regard maternel bienveillant de l'institution. Sonia se développe bien, la relation paraît plus enjouée avec son papa et s'améliore nettement avec sa maman, elle ne présente pas de signe de souffrance, aime jouer et communiquer. Alors qu'elle a quatre mois, le papa repart en mission et la petite fille entre en crèche familiale chez une assistante maternelle ; une distance est trouvée avec sa maman, la relation paraît plus harmonieuse.

C'est alors que survient une fracture massive dans leur vie : la découverte brutale d'une leucémie grave chez Sonia, au décours d'une consultation aux urgences pour une bronchiolite persistante. Sonia doit être hospitalisée en hématologie pédiatrique le soir même et débiter le surlendemain une chimiothérapie, après une série d'examens invasifs. Mme F. est dans une sidération traumatique massive, elle se désorganise, menace de sortir sa fille de l'hôpital. Je dois aller à leur chevet en pédiatrie et passer beaucoup de temps à rassurer Mme F., Sonia, mais aussi les équipes. Décision est prise de demander au père de revenir de toute urgence, malgré les complications que cela induit pour son travail.

Mme F. demande alors un arrêt de toutes interventions à domicile ou en collectivité, par peur des infections, elle arrête aussi le suivi à la MGEN. Le pronostic de Sonia est très incertain, on leur annonce 50 % de chances de survie... Mme F. est aux prises, dans les mois qui suivent, avec des angoisses de mort envahissantes, exacerbées par des mises en doute de ses capacités maternelles par le service de pédiatrie : de multiples interventions de notre équipe de psychiatrie périnatale, de la psychologue du service d'hématologie et de la PMI sont alors nécessaires, ainsi que le maintien

du papa au domicile pour éviter un signalement. Pourtant, la relation avec Sonia reste relativement ajustée et, malgré sa fatigue et les souffrances qu'elle endure, la petite fille continue à se développer normalement au niveau psycho-affectif et psychomoteur. Mme F. projette à nouveau toute son ambivalence et ses doutes, voire un vécu persécutoire, sur l'équipe de pédiatrie. Mais cela lui a peut-être permis d'exprimer sa partie saine dans la relation avec son bébé.

Huit mois plus tard, Sonia est en rémission mais a perdu la capacité de se nourrir et porte à demeure une sonde nasogastrique. La relation mère-enfant, au sortir de cette épreuve traumatique et à l'aube de la deuxième année de vie de Sonia, pose de nombreuses questions à Mme F. en termes de distance relationnelle. Elle se décrit dans une relation très, voire trop fusionnelle avec Sonia, qui peut induire parfois chez elle des mouvements de rejet dont elle a conscience, et elle exprime une demande spontanée de reprendre la MGEN en parallèle de nos consultations parents-bébé. Le travail psychique est effectif en termes de différenciation mère-bébé, Mme F. s'appuyant sur l'équipe de l'hôpital de jour pour évoquer la question des limites avec sa fille : le non, les caprices, la redécouverte de sa place et de sa vie d'adulte. Sur le plan groupal, elle rencontre une autre mère, primipare, dont le bébé est plus jeune. Quelque chose se joue dans cette dynamique groupale, Mme F. a changé de place, prenant celle de conseillère, en s'appuyant sur son expérience avec sa fille, expérience reconnue et valorisée dans le groupe. L'atmosphère de bienveillance réciproque permet aux mères de partager, notamment à propos du père.

À ce jour, rien n'est gagné, mais l'angoisse suscitée par le suivi chez les professionnels n'aurait certainement pas été contenue de la même manière sans ce partenariat et les nombreux échanges qu'il a favorisés. Nous parions que cela a joué, à la manière des poupées russes, dans notre capacité à accompagner cette famille et à permettre une relation plus tranquille entre cette maman, son conjoint et sa petite fille.

EXPÉRIENCE D'UN PARTENARIAT PMI / PÉDOPSYCHIATRIE AU SEIN D'UN GROUPE THÉRAPEUTIQUE MÈRE-BÉBÉ

Églantine BEAURY-PITTOIS¹, Lydie GUYONNET², Françoise NOTON-DURAND³,
Françoise CHARDON⁴, Laure VALADOU⁵, Stéphanie PRADIER⁶

LE CONTEXTE

La circulaire ministérielle du 4 juillet 2005 relative à la collaboration médico-psychologique en périnatalité a incité tous les acteurs de la périnatalité du département du Puy-de-Dôme à renforcer leur collaboration interinstitutionnelle. C'est ainsi qu'à l'initiative de l'Unité de périnatalité et de soins ambulatoires pour jeunes enfants du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU, se sont organisées, à partir de décembre 2008, des rencontres ayant abouti à la création du Groupe périnatalité-petite enfance (GPPE 63). Celui-ci a pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge psychologique des très jeunes enfants, les troubles de la parentalité ainsi que le développement du travail en réseau, et rassemble de façon régulière les professionnels travaillant dans différents services du CHU de Clermont-Ferrand (pédopsychiatrie, psychiatrie de l'adulte,

1. Psychologue clinicienne, CHU Clermont-Ferrand, Unité de périnatalité et de soins ambulatoires pour jeunes enfants (UPSAJE), service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Clermont-Ferrand.

2. Infirmière puéricultrice, *id.*

3. Pédopsychiatre, *id.*

4. Médecin, Conseil départemental du Puy-de-Dôme, service de PMI, Clermont-Ferrand.

5. Psychologue clinicienne, *id.*

6. Infirmière puéricultrice, *id.*

pédiatrie, obstétrique), du Conseil départemental du Puy-de-Dôme (PMI, Aide sociale à l'enfance), et du Centre départemental de l'enfance et de la famille. Ces rencontres ont mis en évidence la nécessité d'élargir l'offre de soins psychiques, alors peu présente sur le département, auprès de familles en difficulté dans l'instauration du lien parents-enfant et peu enclines à faire appel au service de pédopsychiatrie.

LE PROJET

Dans l'idée d'une offre de soins s'adressant aux enfants les plus jeunes et à leurs parents, et tout particulièrement à certaines populations qui ne peuvent envisager des soins pédopsychiatriques « classiques », et de renforcer la continuité et la cohérence de l'environnement médical et social autour des familles vulnérables, c'est un partenariat pédopsychiatrie-PMI qui nous a semblé le plus susceptible de permettre la création d'un accueil groupal. L'idée était de travailler en équipe « mixte » interinstitutionnelle, dans des locaux PMI pour en faciliter l'accès, et avec l'implication de professionnels « de première ligne » (la PMI) qui favorise l'alliance avec les familles. La double appartenance de ce groupe (signée par convention) aux services de PMI et de pédopsychiatrie permet une approche moins stigmatisante et sur un mode moins menaçant qu'une orientation directe en consultation pédopsychiatrique.

Ce groupe thérapeutique mères-bébés fonctionne régulièrement depuis 2012.

LES OBJECTIFS ET LA POPULATION CIBLÉE

Ce dispositif s'adresse aux situations repérées comme étant à risque de dysfonctionnement relationnel parents-enfant (en particulier, dépression maternelle post-natale), difficilement mobilisables, pour lesquelles les aides de première intention n'ont pas été efficaces, sans demande de soins de la part des parents, et pour des enfants de moins de 18 mois au moment où débute la prise en charge.

Il s'agit d'un dispositif de prévention secondaire, destiné principalement à permettre l'instauration et la consolidation de liens de qualité entre

le bébé et ses figures d'attachement et à favoriser le cheminement des parents vers un soin psychique spécifique s'il s'avère nécessaire, que nous accompagnerons si besoin.

Le groupe d'accueil de dyades mères-bébés est déjà un lieu thérapeutique, groupal, permettant la prise en charge des troubles du lien (et non de la pathologie maternelle). Ce n'est pas une maison verte. Il ne s'agit pas non plus d'un lieu d'évaluation des situations à risque de maltraitance mais, comme dans toutes les situations rencontrées en pratique courante tant en pédopsychiatrie qu'en PMI, la question de l'évaluation, lorsqu'elle se présente, est évoquée et discutée en équipe, et cela peut donner lieu à une « information préoccupante ». En dehors de ces situations, les informations recueillies au cours de ces prises en charges sont confidentielles, dans le respect du secret médical.

LES INDICATIONS

Ce sont celles d'un soin psychique spécialisé portant sur la relation mère-enfant. Les signes d'appel peuvent se situer du côté de l'enfant ou au niveau de la relation mère-bébé.

Du côté de l'enfant, il s'agit souvent de troubles des grandes fonctions (alimentation, sommeil...), de difficultés d'instauration des rythmes, de pleurs incessants... d'une manière plus générale, d'un score significatif à l'échelle ADBB, et tous les signes évocateurs d'une souffrance psychique de l'enfant.

En ce qui concerne la relation mère-bébé, ce type de prise en charge se justifie en présence de facteurs de risque ou d'indices évocateurs d'une distorsion ou d'une difficulté d'instauration du lien. Les familles pour lesquelles nous parlons de facteurs de risque sont celles qui sont fragilisées dans leur parentalité : grossesse découverte tardivement, déni de grossesse, mère adolescente, grossesse tardive, prématurité, hospitalisation pendant la période néonatale, adoption, violences conjugales, psychopathologie maternelle – en particulier dépression périnatale, troubles de la personnalité, antécédents de dépressions chez les parents, mère très isolée (en rupture de liens affectifs). Ces facteurs de risque, lorsqu'ils sont identifiés, doivent susciter une vigilance particulière mais ne représentent pas nécessairement, à eux seuls, une indication de prise en charge.

En ce qui concerne les indices d'un trouble de la relation mère-bébé ou de difficultés d'attachement, nous retenons en particulier : un manque de sensibilité de la mère aux signaux du bébé (difficulté à s'adapter aux désirs et besoins de l'enfant, à l'apaiser), un manque de plaisir partagé dans les échanges, un manque de « disponibilité » maternelle, des plaintes exprimées par la mère sur sa maternité, le sentiment d'un enfant « insatisfaisant » (si la mère exprime directement le ressenti de difficultés dans sa relation à l'enfant et le désir d'être aidée, on proposera d'emblée une consultation pédopsychiatrique).

L'ORGANISATION MATÉRIELLE, TEMPORELLE, ET LE FONCTIONNEMENT

Avant toute chose, il nous faut préciser que ce projet s'est fait « à moyens constants », ce qui a conditionné notre organisation en nous imposant un certain nombre de contraintes, notamment en ce qui concerne la fréquence des séances.

Le groupe mères-bébés fait intervenir une équipe associant des professionnels de la PMI et de la pédopsychiatrie. Pour la PMI : un médecin titulaire d'un DU de psychiatrie périnatale ou de psychopathologie du bébé, une psychologue clinicienne, une infirmière puéricultrice ; pour la pédopsychiatrie : un pédopsychiatre, une psychologue clinicienne, une infirmière puéricultrice. Les deux puéricultrices interviennent pour animer chaque séance, avec l'une des psychologues lesquelles interviennent en alternance tous les trois mois ; les médecins interviennent pour la supervision. Le travail de coordination est assuré par la puéricultrice de l'équipe de pédopsychiatrie.

Chaque séance se déroule autour d'un thème qui peut servir de support concret aux échanges entre les enfants et leurs mères, pouvant étayer la relation en restaurant plaisir partagé et estime de soi dans les interactions, d'entrée en matière pour favoriser les discussions entre mères à propos de préoccupations classiques (sommeil, nourriture, autorité...), d'occasion pour aborder le développement psychomoteur de l'enfant. Si nécessaire, un moment d'entretien individuel avec l'une des mamans est proposé, dans un bureau à proximité de la salle où est accueilli le groupe.

Le groupe est destiné à accueillir simultanément cinq mères avec leurs bébés âgés de moins de 18 mois. Cette limite d'âge est due au fait qu'il

ne nous paraît pas souhaitable d'accueillir en même temps, dans le même espace, de tout petits bébés et des enfants ayant déjà une bonne autonomie motrice. Actuellement, les pères ne sont pas accueillis sur le groupe ; en revanche ils sont les bienvenus à l'entretien d'admission, et à l'entretien de fin de session (possibilité d'un accueil individuel, dans un autre espace). Il s'agit d'un groupe ouvert.

Les séances ont lieu dans les locaux d'une consultation de PMI, située en centre-ville et d'accès facile par les transports en commun pour les personnes qui résident dans l'agglomération. Elles sont programmées à quinzaine, faute de suffisamment de temps disponible pour les professionnels pour un accueil hebdomadaire qui nous aurait pourtant semblé préférable.

Tout professionnel de santé, quel que soit son mode ou son lieu d'exercice dans le département, peut solliciter une prise en charge ; il exprime sa demande auprès de la coordonnatrice, en lui présentant la situation de façon détaillée par téléphone. Il s'agit d'identifier les signes d'alerte du côté du bébé et/ou de la relation mère-enfant. Le motif d'admission ne doit pas être exclusivement social. Si une suite favorable est donnée à la demande, seront également précisés, pour la création du dossier, l'état civil de l'enfant, le nom et l'adresse des parents.

Si l'indication est retenue, l'équipe propose un rendez-vous pour une première rencontre (entretien d'admission) où l'un des intervenants reçoit l'enfant, les parents et, lorsque c'est possible, le professionnel qui est à l'origine de la demande, sur le lieu de la prise en charge et un jour où le groupe fonctionne. Cet entretien a pour but de faire mutuellement connaissance, de permettre aux parents et au demandeur de préciser leurs attentes, de valider l'indication et de présenter le fonctionnement du groupe.

La première séance a lieu deux semaines plus tard (sous réserve que le projet ait été effectivement retenu par les deux parties). Un dossier médical est établi au nom de l'enfant et conservé dans le service de pédopsychiatrie du CHU. Les informations recueillies dès l'admission et tout au long de la prise en charge sont consignées dans le dossier médical.

Mères et bébés sont accueillis sur le groupe pendant deux heures ; chaque séance est immédiatement suivie d'un temps d'élaboration entre professionnels ; les entretiens d'admission seront programmés avant ou après la séance. Nous fonctionnons par cycles de six séances ; la pratique nous a montré qu'elles sont rarement consécutives. Au terme de ce

cycle, la situation fait l'objet d'une réévaluation. Des temps de reprise se font régulièrement (quatre à six fois par an) avec les deux médecins (pédopsychiatre et médecin de PMI). Les actes (entretiens, groupe, réunions) sont saisis sur le PMSI¹ du CHU².

L'ÉVALUATION CLINIQUE

L'évaluation initiale repose à la fois sur les éléments transmis par le demandeur, sur l'entretien avec les parents, sur l'observation des interactions mère-bébé et de l'enfant lui-même, avec l'aide de l'échelle ADBB. L'échelle ADBB sera cotée à nouveau lors de la dernière séance.

Au terme de chaque cycle de six séances, un temps d'échange entre professionnels (à partir des éléments d'observations recueillis au cours des séances) et un entretien avec les parents, avec si possible la participation du professionnel qui a adressé la dyade pour avoir un avis sur l'évolution de la situation telle qu'elle est perçue « de l'extérieur », permettent de réévaluer la situation. Chacun des participants s'exprimera sur l'évolution constatée et la situation actuelle. L'équipe fera alors des propositions ou des recommandations pour la suite : par exemple, suivi simple en PMI ou par le pédiatre habituel de l'enfant, orientation vers la consultation de pédopsychiatrie ou vers un CAMSP, soins psychiques pour l'un ou l'autre parent, nouvelle session du groupe mères-bébés...

Sont retenus comme critères d'évolution positifs :

- Au niveau de l'enfant : la capacité à se séparer, les progrès moteurs et langagiers, une amélioration du score de l'ADBB.
- Du côté des parents : l'intérêt et les soins accordés à l'enfant, la capacité d'en parler et de lui parler, leur collaboration, la capacité à engager, si nécessaire, traitements et prises en charges, la capacité à résoudre par eux-mêmes certains problèmes matériels (logement, santé, etc.).
- Dans leur relation : la qualité de l'ajustement mutuel, l'accordage, le plaisir dans les échanges...

1. Le PMSI ou programme de médicalisation des systèmes d'information, rendu obligatoire en 1996, vise à définir l'activité des unités du service public hospitalier pour calculer leurs allocations budgétaires.

2. À ce propos, il faut souligner l'inadéquation de la CIM-10 (référence diagnostique obligée dans les hôpitaux en France) pour caractériser la psychopathologie du bébé et les troubles du lien parent-bébé.

VIGNETTE CLINIQUE

Pour illustrer notre propos, nous présentons la situation de Madame G. et de son fils Gaby. En janvier 2016, notre collègue infirmière-puéricultrice rencontre le couple et l'enfant dans le service de pédiatrie, à la suite d'un passage aux urgences pédiatriques pour hypothermie sévère. L'enfant est trempé, sa température est de 30°C et aucune cause n'est retrouvée. Les parents n'ont pas d'explications quant aux circonstances de l'état de leur fils. C'est le papa qui a décidé de l'amener aux urgences au vu de son hypotonie. L'équipe de pédiatrie est inquiète de la prise en charge de Gaby par ses parents. Le bébé est hospitalisé quelques jours pour évaluer la situation. La psychologue de pédiatrie générale a rencontré la famille. Elle sollicite alors l'équipe de périnatalité pour proposer un accompagnement du devenir parents de ce couple. Madame G. a 43 ans, Monsieur 47 ans. Leur fils est né à la suite d'un parcours médical d'aide à la procréation. Il est le deuxième enfant du couple. Une sœur aînée, issue également d'une fécondation *in vitro*, était née prématurée et elle est décédée à quelques jours de vie. À l'annonce de la deuxième grossesse, alors que Monsieur n'a aucun doute sur son désir de devenir père, Madame envisage une interruption volontaire de grossesse. Malgré tout, elle se laisse convaincre de la poursuivre. Leur fils est né par césarienne, à 36 semaines d'aménorrhée, au mois de janvier. Il est resté quelques jours en néonatalogie et une semaine en unité kangourou.

En visite à domicile, cette maman évoque un certain sentiment d'étrangeté vis-à-vis de son bébé. Elle verbalise son parcours et sa difficulté à se sentir mère. Elle a perdu confiance en elle depuis l'hospitalisation. Elle se sent déprimée, découragée et parle de ses difficultés à être présente pour les tétés la nuit. Elle exprime combien il lui est compliqué d'être avec son bébé et qu'elle serait plus à l'aise avec un enfant plus grand. Elle évoque son âge comme une difficulté supplémentaire à supporter les réveils nocturnes et les changements dans cette vie à deux qui lui allait bien. Elle parle de ses épisodes dépressifs antérieurs, survenus à la suite de changements dans sa vie. De fait, l'arrivée de ce bébé la pousse à reprendre son traitement antidépresseur, sans avis médical. Madame ne paraît pas en difficulté face aux pleurs de son bébé qui a deux mois. Ce dernier n'a pas encore le sourire-réponse mais fixe bien et réagit aux paroles de l'adulte.

La dyade vient pour la première fois au groupe thérapeutique mère-bébé au mois d'avril. Madame est tendue, isolée, avec un sourire de façade. Elle est triste, elle donne beaucoup la tétine à son bébé, même s'il n'en veut pas. Elle est maladroite, malhabile, évite les soins de maternage de peur qu'il régurgite. Elle vient de façon très régulière, s'excuse à chaque absence. Elle a peur de le sortir quand il fait trop chaud ou qu'il y a du vent ... Le papa accompagne son fils et sa femme à chaque séance et peine à partir, on sent chez lui une grande frustration à ne pas être présent dans cette parenthèse. Ce petit garçon attire notre attention, il faut le stimuler. Il reste très souvent et longtemps dans le landau, au domicile ou sur le groupe. Madame a encore du mal à décoder les besoins de son fils. Au fil des séances, elle progresse face à ses besoins, mais ses rigidités de fonctionnement l'entravent. Durant l'été, nous observons un bébé hypertonique, tendu, avec de mauvaises coordinations motrices. La maman est plus détendue dans sa relation, même si elle peine encore avec les soins de maternage. En septembre, ce petit garçon a huit mois. Il n'a pas acquis la station assise, il est calme et attentif. Il est très réactif aux pleurs des autres, pleure lui-même au moindre cri, au moindre pleur qu'il entend. Cependant, il se console auprès de sa mère avec sa tétine. En novembre, il part explorer à quatre pattes et peut s'éloigner de sa maman. Madame a encore besoin d'être accompagnée, elle s'inquiète par rapport à l'alimentation, se plaint de devoir lui remettre la tétine la nuit. Il faut souvent lui suggérer des modifications dans le maternage comme le mettre dans une chaise haute pour le faire manger, supprimer le transat ...

Lorsque Gaby a 11 mois, nous faisons le bilan des premières séances. Madame nous confie avoir accepté de venir par obligation au départ, mais elle y voit un vrai bénéfice maintenant pour elle et pour son fils. Elle se dit instable émotionnellement mais elle a de nouveau arrêté son traitement. Elle se plaint de son conjoint dans le quotidien mais pas du père de son fils. Elle nous dit maintenant qu'elle est en capacité de faire appel en cas de besoin mais nous demande pourtant de continuer à venir au groupe.

Nous sommes en janvier et Gaby a fêté ses un an. Il est très intrusif avec les autres. Il tire les cheveux, arrache les jouets des mains ; il s'en prend tout particulièrement à une petite fille dont la maman a, elle aussi, traversé des épisodes dépressifs. Il ne se laisse plus faire, lui mettre les chaussures devient compliqué pour ses parents. Il veut se mettre debout mais manque d'équilibre. Le papa a déjà peur d'être débordé par son petit garçon et a

décidé d'être plus sévère avec lui. À 12 mois, l'enfant ne pointe toujours pas, il est dans la rivalité et la convoitise des jouets des autres. Il marchera à 14 mois, il reste maladroit dans ses relations. Sa mère le suit partout en essayant d'anticiper tous ses mouvements. Lui prend de la distance avec elle mais madame G. parle d'une difficulté à faire une demande de halte-garderie car elle est triste pour lui, en l'imaginant sans ses parents.

Au mois de mai, Gaby est très réactif à la frustration. Madame semble plus épanouie et pourtant, au cours d'un groupe, elle nous parle de sa crainte d'un autisme pour son petit garçon. Elle fait beaucoup de recherches sur Internet et reste très attentive à toutes ses acquisitions. Elle le trouve plus autonome sur le groupe qu'au domicile.

Au cours du bilan du mois de juin, après plus d'un an d'accueil, Madame évoque sa fille décédée à sept jours de vie. Elle nous interroge sur le moment d'en parler à son fils. Madame dit avoir été sidérée par l'accouchement prématuré, sans que rien ne le présage durant la grossesse. Comme si cet événement avait figé sa pensée.

Lorsqu'ils quittent le groupe, car le couple déménage dans une autre région, Madame accompagne bien les pleurs de son fils quand il est frustré ou quand il pleure en même temps qu'un autre enfant. Elle l'appelle « mon grand sensible ». En revanche, elle peine encore avec les autres émotions, comme les affects négatifs. Elle nous donne des nouvelles très régulièrement : Gaby est inscrit en halte-garderie. En attendant une place, elle s'est renseignée pour trouver un lieu d'accueil parents-enfant afin de ne pas rester seule avec son fils et qu'il puisse rencontrer d'autres enfants.

Cette maman qui était insécure, sidérée dans sa maternité au point de renoncer à devenir mère, a pu, au fil des séances et des mois, reprendre confiance en elle, poursuivre cette nouvelle vie à trois, avec les petits bonheurs du quotidien mais aussi ses rigidités de fonctionnement et ses inquiétudes.

En septembre 2019, Madame nous donne encore des nouvelles, malgré la distance. Son enfant a fréquenté assez régulièrement la halte-garderie, mais il n'est pas très sociable car il a plutôt peur des autres enfants. Elle le décrit comme étant « vraiment un enfant unique ». Elle trouve qu'il parle énormément, qu'il invente des histoires et des nouveaux mots. Il aime faire des sortes d'installations en accumulant les objets. La rentrée scolaire n'a pas été facile, il n'a pas vraiment acquis la propreté. Madame

G. fait l'hypothèse qu'elle l'a trop « couvé », peu incité à l'autonomie et que maintenant il peine à devenir un grand.

RETOUR SUR EXPÉRIENCES...

Pour commencer, quelques chiffres : entre 2012 et 2018, ce groupe a accueilli soixante-et-une dyades, trois triades (fratries). Les enfants avaient en moyenne six mois à l'admission. Chaque dyade a bénéficié de seulement cinq séances en moyenne, certaines dyades ne sont venues qu'une seule fois, d'autres ont effectué plusieurs cycles, même si la fréquentation n'a pas été régulière ; nous nous sommes efforcés de maintenir le lien dans la mesure du possible, en prenant des nouvelles. La moitié des dyades a été orientée ensuite vers un suivi d'une autre nature.

En quoi, et pourquoi, nos interventions peuvent-elles être considérées comme thérapeutiques ? Péle-mêle, quelques hypothèses, qui tiennent au cadre et à la spécificité de notre approche et du regard porté sur les dyades :

- L'absence de « mode d'emploi » dans le lien mère-bébé.
- L'objectif de sécuriser les mères au regard de leur fonction maternelle et maternante.
- La renarcissisation des mères pour leur permettre de retrouver au sein du groupe une place à part entière, celle qu'elles avaient connue pendant la grossesse (la mère étant au centre du dispositif) mais perdue après la naissance (car n'existant aux yeux des autres que dans le reflet de l'enfant).
- L'accent mis sur les compétences de l'enfant, sa capacité relationnelle et ses besoins primaires. Notre regard est « thérapeutique », bienveillant, sans jugement, et nos observations sont transmises à la mère comme base de travail.
- L'attention portée à la dyade et la verbalisation dans un effort pour contenir les émotions, les impulsions et les actes de chacun. Nous nous appuyons sur l'effet du langage, la formulation ou reformulation des émotions de la naissance.
- La possibilité de verbaliser ce qui est difficile grâce à la contenance et l'intimité qu'offre le groupe et à l'identification aux autres mères qui se trouvent dans des situations comparables et connaissent des problématiques semblables : ainsi, il a souvent été question des

circonstances de l'accouchement, les mères ont pu transmettre et partager entre elles leurs émotions sans que les autres soit sidérées.

- Les possibilités d'identification entre enfants, de stimulations réciproques, l'occasion de nourrir le besoin relationnel, de sécuriser les compétences.
- L'observation des autres dyades par les mères qui, par un jeu de miroir, leur permet de décoder leurs propres émotions et parfois de les métaboliser.
- La continuité que permet la rencontre des différents professionnels avant la venue sur le groupe, dans un esprit de travail en réseau, permet de sécuriser le lien.

Ce dispositif a fait la preuve de sa pertinence mais il est perfectible. En particulier, nous aimerions augmenter la fréquence des séances, permettre l'accès aux soins pour les populations des secteurs ruraux, repenser et améliorer l'accueil des pères, élargir ce dispositif en créant des groupes pour les enfants de plus de 18 mois.

La communication reste une préoccupation essentielle. En effet, il nous semble qu'en dépit de toutes les actions entreprises sur le territoire pour sensibiliser, informer, et favoriser l'accès aux soins psychiques périnataux, usagers, professionnels et pouvoirs publics ne saisissent pas encore l'importance des enjeux impliqués.

LA PMI, PENSER LE SOIN DANS LA PRÉVENTION PRÉCOCE

Servane LEGRAND¹, Marie-Noëlle Rossi²

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE D'UNE MAMAN ET DE SON BÉBÉ NÉ PRÉMATURÉ EN CENTRE DE PMI

Présentation du contexte du premier entretien avec la psychologue de la PMI

Madame vient au centre de PMI afin d'y faire peser son bébé. Issi est né à 33 semaines, pesait 1 kg 200 à la naissance, est resté cinq semaines en néonatalogie. Il a eu du mal à prendre du poids.

Madame vient quasiment tous les jours au centre de PMI, elle est toujours au bord des larmes. Les professionnelles la reçoivent, l'écoutent, la guident dans ses gestes de soins, dans son portage. Un rendez-vous avec la psychologue lui est aussi proposé, mais Madame refuse. Elle a été « vue par la psychologue de la néonatalogie, mais elle avait des cas bien plus lourds ». Comme son bébé n'a pas présenté de pathologie particulière, son vécu d'angoisse, de crainte et de culpabilité lui aurait paru démesuré par rapport à ce qu'elle voyait autour d'elle. Elle et son mari n'ont pas

1. Psychologue clinicienne en PMI.

2. *Id.*

perçu l'ampleur de leur détresse et ne pouvaient sans doute pas se montrer défaillants dans ce milieu de soins où ils étaient « si bien accompagnés ».

Issi est inclus dans le Réseau de santé périnatal parisien, réseau de suivi des enfants vulnérables, dans lequel une collègue médecin et la psychomotricienne du centre de PMI sont inscrites. Issi a par conséquent des visites régulières à la PMI. Il se développe bien, aucune inquiétude n'est relevée concernant la maman, celle-ci est en effet à chaque rendez-vous souriante et très adaptée à son bébé.

Un groupe de parole mensuel est proposé dans le centre de PMI aux parents de bébés de la naissance à trois mois. Ces groupes sont animés conjointement par la psychologue et une professionnelle du centre de PMI, (puéricultrice, auxiliaire de puériculture ou psychomotricienne).

Madame s'y inscrit et revient à deux autres séances. Au fur et à mesure des groupes, nous voyons Issi s'éveiller, Madame prendre de l'assurance dans le portage de son bébé, et nous observons l'évolution de la relation à son bébé : d'une relation fusionnelle avec beaucoup de caresses au bébé mais peu de regards, nous sommes le témoin du passage aux premières interactions maman-bébé : Madame regarde son bébé qui lui sourit et elle sourit à son tour. Les interactions sont de plus en plus ajustées, chacun des deux entrant dans le rythme de l'autre.

Dans le groupe, Madame est dans l'échange avec les autres parents, exprime librement ses difficultés, ses questionnements et banalise la naissance d'Issi. À chaque fin de groupe, Madame recherche un moment individuel avec la psychologue. Elle s'effondre, parle de ses multiples angoisses pour Issi, qui sont relayées par celles de son mari. Ils se font écho. Elle n'arrive pas à dormir, regarde constamment son bébé. Madame refusait les rendez-vous avec la psychologue mais ne refusait pas son accompagnement une fois le groupe terminé. Elle prenait son temps et montrait une impossibilité à partir, à quitter cet espace de parole qui l'avait « contenue ». Elle utilisait alors cet entre-deux possible avec la psychologue de la PMI, dans un entretien informel et non programmé. Elle semblait avoir besoin de prendre son temps, de choisir le moment où elle pourrait être à l'initiative du rendez-vous. Elle montrait une difficulté à pouvoir faire face à une angoisse massive prenant racine dans une crainte d'anéantissement pour elle et son bébé susceptible d'émerger au cours d'une consultation individuelle. La participation au groupe et la sollicitation de l'équipe lui

permettaient un étayage contenant pour elle et son bébé mais également l'émergence de la fonction de pare-excitation.

Les activités dites « psychosociales »

L'intervention du psychologue dans ces temps d'accueil consiste à accompagner les échanges et à les soutenir, car ce qui est opérant dans le groupe c'est la fonction identificatoire des parents avec les autres membres du groupe et l'étayage qu'ils peuvent en retirer.

Parfois la participation du psychologue à l'atelier le rend plus accessible car ce premier contact peut démystifier les représentations projectives qui habitent un parent ou sont véhiculées par certains membres de l'équipe. Il devient alors accessible et le parent peut adhérer à un entretien individuel plus aisément.

Les entretiens avec Issi et sa maman

Madame finit par accepter un rendez-vous. Elle ne pensait pas que la PMI pouvait s'intéresser à elle ; pour Madame, le suivi était pour Issi. Nous assistons alors à l'émergence d'un remaniement psychique où Madame parle d'elle en tant que maman d'Issi et d'Issi dans son suivi ; où les besoins de Madame et d'Issi sont différenciés ; où Madame se renarccisse.

Les entretiens vont permettre à Madame de mettre en mots le contexte de sa grossesse, de son accouchement, de sa première rencontre avec Issi, mais aussi de sa difficulté à être enceinte, de sa dernière fausse couche à 12 SA, des mots qui lui sont adressés par les différentes équipes soignantes qui engendrent des maux pour elle. Elle a peur de tout pour Issi, le moindre éternuement la panique.

Elle parle avec Issi dans les bras, ses paroles sont douces, souvent émotionnellement intenses, elle s'adresse parfois à lui, le caresse. Issi dort le plus souvent, détendu et paisible. Parfois, c'est l'heure du biberon, Madame a toujours tout prévu, elle prend son temps avec lui, et lui patiente plus ou moins en pleurant, en s'agitant, puis prend son biberon avidement en regardant sa maman par intermittence ouvrant et fermant les yeux. Il peut s'arrêter, la regarde, lui sourit, elle l'encourage à reprendre son biberon par des paroles très douces et un regard intense. Issi éveillé est toujours très souriant, il se nourrit aussi de cet espace avec sa maman. Il cherche des

interactions avec la psychologue, à ce qu'elle lui parle. Il babille alors et c'est alors un partage à trois dans un moment suspendu et malgré le vécu psychique de Madame. Tous les deux sont dans une bulle qu'ils ouvrent peu à peu sur l'extérieur. Issi signale son impatience, se tortille de tout son corps, ne sourit plus et pleure. Il est temps de finir l'entretien pour Issi.

Madame pleure de moins en moins et arrive à dormir, à coucher Issi dans son lit, à côté du lit des parents. Dès qu'elle a une inquiétude, elle téléphone à la PMI, les auxiliaires de puériculture qui lui répondent évaluent avec justesse que son niveau d'angoisse diminue, elle cherche des conseils et préfère s'adresser à la PMI, plutôt qu'à internet.

Madame doit reprendre le travail, Issi est inscrit en crèche familiale. Elle demande un rendez-vous avec la psychologue au cours de l'adaptation de celui-ci avec l'assistante maternelle. Elle est dans une grande ambivalence quant à la reprise de son travail : elle est très heureuse de retravailler mais être éloignée d'Issi est une épreuve qui réactualise le vécu de la naissance et celui du séjour en néonatalogie. Elle pleure beaucoup à la séparation mais derrière la porte de l'assistante maternelle. L'assistante maternelle la porte tout autant qu'Issi. Madame revient et offre des chocolats à l'équipe de PMI pour nous remercier d'avoir été à ses côtés pendant cette période. Elle se sent alors suffisamment compétente avec Issi et, par son geste, nous nourrit avec gourmandise comme elle s'est peut-être sentie nourrie par l'équipe de PMI. Cependant, elle nous montre aussi sa volonté de passer une nouvelle étape, éloignée de la PMI.

Mais, quelques mois après, Madame recontacte téléphoniquement la PMI. Issi a beaucoup de difficultés à s'endormir. L'auxiliaire lui donne quelques petits conseils tout en lui proposant un nouveau rendez-vous avec la psychologue et, malgré ses horaires de travail, elle accepte. Elle est épuisée par sa reprise du travail et n'est pas satisfaite de la nouvelle dynamique familiale. Issi dort dans son lit et dans sa chambre mais à l'endormissement il hurle et veut les bras. Cela peut durer deux heures. Son papa et sa maman se relaient.

Issy participe à l'entretien, il est à quatre pattes, explore l'espace. La psychologue constate les progrès de Madame : elle le laisse explorer et mettre à la bouche des jouets mis à sa disposition, elle n'a plus peur des

maladies et beaucoup moins des accidents ; d'ailleurs Issi glisse et fait un roulé-boulé, Madame le rassure à distance avant de le prendre dans ses bras et de le reconforter.

Les vacances d'été passent, un nouveau rendez-vous est souhaité par la maman. Issi s'endormait facilement mais depuis le retour, c'est à nouveau difficile. Issi marche depuis peu, il vient de retrouver son assistante maternelle après un mois et demi de congés. Madame a besoin de l'entretien avec la psychologue pour faire baisser sa culpabilité à reprendre le travail face aux manifestations d'Issi et pour se rassurer quant au développement psychologique de son fils.

Issi découvre la prise électrique dans le bureau, Madame intervient de façon très adaptée et Issi a également un comportement très adapté pour son âge : il recommence. Il lui montre pendant tout l'entretien comme il va bien, ce que la psychologue souligne en mettant en mots son comportement. Madame parle alors de son angoisse à lui donner des morceaux : elle vit avec la peur de la fausse route. Malgré les conseils de l'assistante maternelle, elle n'y parvient pas. Le souvenir de la néonatalogie et d'une fausse route qu'Issi y avait faite a resurgi quand elle a voulu lui donner ses premiers morceaux, depuis elle n'a pas réessayé. Elle a peur d'entraver le développement d'Issi. Madame est en larmes. Des paroles sont adressées par la psychologue à Issi qui regarde intensément sa maman.

Madame nomme ses angoisses et exprime une gêne à les éprouver encore : « se trouvant ridicule », elle voudrait à présent en reparler mais sans Issi qui, pendant l'entretien, nous montre qu'il faut s'occuper de sa maman. Madame souhaite prendre un rendez-vous pour un entretien individuel avec la psychologue.

De la prévention au soin et du soin à la prévention, toute l'équipe de PMI est impliquée dans le portage de cette maman et de son bébé. Elle était dans une solitude psychique que l'accessibilité des professionnelles de la PMI lui a permis de rompre. Le respect de la temporalité des processus psychiques en jeu a favorisé une ouverture vers un soin psychique pour elle-même.

LA PMI, PENSER LE SOIN DANS LA PRÉVENTION PRÉCOCE

Qu'est-ce qui amène les parents à venir à la PMI ? À un moment donné du parcours, il y a comme une évidence à venir à la PMI et parfois, un cheminement jusqu'à prendre rendez-vous et aller voir le psychologue. Parmi les ressentis propres à la période périnatale, le sentiment d'inquiétante étrangeté, une certaine expérience d'une temporalité autre conduisent au sentiment d'être différemment relié au monde. La PMI est alors décrite par ces parents comme « quelque part où se raccrocher », ce qui donne parfois aux professionnels de PMI le sentiment d'être comme une bouée au milieu de l'océan (peut-être cette image m'est-elle venue à travers les échanges avec des mères primo-arrivantes, dont l'expérience de traversée était encore récente, traumatique et l'arrivée d'un bébé quasi concomitante). Les métaphores maritimes sont d'ailleurs fréquentes : la PMI comme ancrage, comme amarrage. Le travail d'amarrage consiste en la construction, reconstruction et co-construction d'un lien suffisamment solide et organisateur.

Le clinicien, et plus largement la PMI, apparaît alors comme un phare, permettant à l'autre de poser ses bagages, de jeter l'ancre et de s'amarrer de façon plus ou moins longue.

À la PMI, on accompagne le devenir mère, père, ou parents, c'est-à-dire en individuel ou pour le groupe famille. L'équipe de PMI est une équipe formée à l'accueil de façon à soutenir une forme d'accueil inconditionnel, dans le sens où il n'est soumis à aucune condition (ORTIGUES 2002). Chaque famille vient là où elle en est. Ce qui se construit, c'est la présence, la confiance. Certains parents viennent avec des valises chargées de soucis, ils sont peu disponibles pour aller au-devant des autres, peu confiants pour ouvrir leur porte. Mais le fait de les accueillir et de continuer à le faire en s'intéressant à eux et à leur bébé permet de proposer un espace à partager. Parfois, petit à petit, les portes s'ouvrent.

L'accessibilité du psychologue de PMI

Le psychologue reçoit la personne qui consulte en tant que sujet, même quand il répond à l'orientation par d'autres professionnels de l'équipe avec une incertitude sur la compréhension du sens de la demande de consultation. Pour le psychologue clinicien, c'est ce sujet actif qui définit

lui-même l'objet de la rencontre et en transforme potentiellement les contenus.

Selon sa capacité élaborative, chacun va se saisir ou non de la relation d'écoute proposée pour en déterminer les effets et bénéfices possibles au regard de sa souffrance ou de sa problématique.

Autre aspect, certaines familles ont une demande précisément adressée à la PMI. En effet, il y a une spécificité de la clinique de PMI qui s'inscrit dans un lieu sensibilisé à la diversité culturelle et sociale (ethnique, familiale, socio-économique) des populations accueillies. La consultation psychologique préventive permet aux familles de déployer et d'élaborer leur souffrance psychique car elle est structurellement un espace intermédiaire, c'est-à-dire situé entre le champ social et la psychiatrie.

Vignette clinique : Mme V. vient régulièrement voir l'équipe de PMI pour faire peser son bébé. Elle demande spontanément à rencontrer la psychologue de la PMI. Elle vient d'avoir son premier enfant, une petite fille, Béragère qui a 1 mois et demi quand je la rencontre. Béragère est née par césarienne mais Madame ne l'a pas mal vécue, dit-elle, car il s'agissait de répondre aux besoins de son bébé. Mme V. vient voir la psychologue pour lui exprimer son mal-être. En effet, elle pleure énormément et elle a des pensées qui lui font honte envers son bébé quand, par moments, elle n'en peut plus, trop fatiguée pour surmonter les manifestations de détresse de Béragère. Elle a le sentiment que sa fille ne l'aime pas et se dévalorise en tant que mère, se sentant incapable de réussir à la calmer. Mme V. évoque rapidement des périodes difficiles de sa vie avec des antécédents de dépression après une rupture sentimentale ainsi qu'un épisode d'anorexie à la fin de son adolescence. Les moments les plus tendus entre mère et fille sont ceux des biberons, Mme V. ayant l'impression que son bébé se tortille et n'est pas bien, n'en veut pas. Quand elle parle du biberon, elle dit « la bouffe ». Par ailleurs, elle a mis en place un allaitement mais ne lui donne presque pas, arguant du fait qu'elle n'a pas assez de lait. Pendant cet entretien, je ne verrai Béragère qu'endormie. D'ailleurs, Mme V. me dit qu'elle dort beaucoup, qu'elle ne fait que cela et « bouffer » et elle se demande si elle est intéressée par la présence de sa mère. Récemment, le moment qui l'a le plus inquiétée, c'est quand elle

s'est mise à se taper sur le visage suite à un épisode d'angoisse et de détresse. Mme s'inquiète car elle se demande si, après s'être tapée elle-même, elle pourrait en arriver à taper son bébé.

Face à ces éléments d'inquiétude, la dévalorisation, les éléments dépressifs et l'agressivité sous-jacente envers son bébé, la question peut se poser d'orienter ou non la dyade mère-bébé vers une unité de soin. Mais ce que j'évalue à ce moment-là, c'est que cette mère est venue m'exprimer sa souffrance, qu'elle partage et m'adresse. Je ne pense pas à ce moment-là procéder à une orientation. Je lui propose de la revoir et lui évoque la possibilité d'une prise en charge soutenue si son état le nécessite. Je l'invite à venir quand elle veut à la PMI dans les moments compliqués avec son bébé.

Les deux entretiens suivants ont révélé une dynamique d'évolution encourageante dans le lien mère-bébé et dans les capacités d'élaboration de la mère.

Depuis 1954, des psychologues travaillent dans le champ de la petite enfance. Ces psychologues sont au fait de la psychologie de la famille et des tout-petits dans le tissage de leur dimension inconsciente lors des périodes qui bordent le début de la vie. Ils accompagnent les familles lors d'un parcours qui s'avère parfois délicat, voire semé d'embûches. L'accompagnement psychologique dans ces moments-là s'inscrit comme un temps fondateur, une période-clé de la structuration de l'individu.

Cette particularité protège sans doute aussi le système défensif des parents d'un effondrement plus avancé tout en autorisant un début de travail sur soi. Le cadre de l'institution, articulé à celui tenu par le psychologue, permet de tisser un transfert où le sujet perçoit le changement dans l'« ici et maintenant ».

Le soutien psychologique en PMI, un espace thérapeutique

René Clément pose de manière récurrente la question de l'identité du psychologue au sein des institutions, du rapport tendu entre la clinique et l'institutionnel. Il rappelle que le psychologue n'a pas le monopole de la dimension thérapeutique, c'est le dispositif en lui-même qui est thérapeutique. Cette observation pertinente invite à nouveau à clarifier le

cadre d'exercice du psychologue et à questionner les ressorts opérant dans la rencontre des familles qu'il accueille.

Finalement, qu'est ce qui agit dans la rencontre avec le psychologue de PMI, quels sont les effets de nos actions, et *in fine*, quelle est la nature des demandes exprimées par les familles qui consultent le psychologue en centre de PMI ?

En consultation de PMI, il y a un dédoublement manifeste entre le cadre formel, préventif, et le cadre informel, parfois curatif, quand bien même le psychologue s'en défendrait. Pour le psychologue de centre de PMI, il y a deux opérateurs de soin fondamentaux :

1) *La posture clinique* du psychologue : le cadre interne du psychologue permet une possibilité d'appui aux familles, et ainsi l'émergence d'un travail d'introspection et/ou des effets thérapeutiques survenant au décours des échanges. Le psychologue clinicien se doit d'avoir une posture qui permette et respecte ce qui se joue dans la rencontre et ce quel que soit le modèle de référence théorique.

Lors du colloque « Qu'entend-on par clinique ? », en 2008, René Roussillon ajoute que la psychologie clinique suppose d'être dans une position d'écoute qui permet l'associativité. Être clinicien, c'est être au chevet, à l'écoute de l'associativité en tenant compte des mécanismes d'inhibition. Le fait que le centre de PMI ne soit pas un dispositif de soin au même titre que les structures de santé mentale nous fait sans cesse évaluer, au cas par cas, la fiabilité du cadre proposé au regard du transfert pour telle ou telle famille.

Dans les *Conversations ordinaires*, Donald W. Winnicott illustre ce cadre : « Mon but est ici plutôt de vous montrer comment un analyste ayant reçu une formation psychanalytique peut faire autre chose que de l'analyse et le faire utilement. »

2) *L'écoute psychologique* suppose une disponibilité psychique de l'ordre de la posture d'écoute par rapport à la personne accueillie. Olivier Douville nous rappelle que, dans la « clinique », l'écoute est le maître-mot mais le regard joue un rôle déterminant. Le psychologue n'a pas l'apanage de l'écoute mais sa formation spécialisée et les attentes de celui ou de celle qui s'adresse à lui définissent la spécificité de l'entretien clinique. La manière selon laquelle le psychologue va écouter pose le cadre. Ainsi, en salle d'accueil dans un centre de PMI, le psychologue qui échange avec des familles a une posture de clinicien.

De même, le psychologue a cette capacité de prendre de la distance par rapport aux attitudes et contre-attitudes émotionnelles que génèrent les situations entendues, aussi complexes soient-elles. De quels moyens dispose cependant le psychologue pour maintenir cette distance ?

Il peut avoir recours à la formation initiale et continue, il s'appuie sur les espaces-tiers, sur les écrits, les séminaires, les supervisions, mais aussi les échanges avec ses collègues psychologues (groupes de travail). Tout cela vient faire tiers dans la situation. Ces temps sont indispensables à la distanciation émotionnelle et à l'élaboration psychique.

Selon Olivier Douville, la psychologie clinique désigne cette partie de la psychologie confrontée au symptôme. Il existe parfois un décalage entre ce qui fait symptôme pour les partenaires et les possibilités d'actions du psychologue. La formation universitaire du psychologue fait qu'il n'a pas peur du symptôme psychique et qu'il ne craint pas la rencontre avec l'autre ni avec ses émotions. Il a suffisamment travaillé sur son propre fonctionnement interne, sur ses attitudes défensives, et il a des modèles représentatifs du fonctionnement de l'appareil psychique.

En psychopathologie, à la différence des autres disciplines médicales, le symptôme n'est pas un trouble et le sujet ne se réduit pas à ce dernier. Il s'agit d'être à l'écoute du symptôme et de prendre en compte son aspect dynamique. Il n'y a donc pas d'entretien clinique sans clinicien qui se risque à la rencontre de l'autre et de tous les possibles. Cette compétence implique néanmoins une formation et une expérience clinique fondamentale en psychopathologie.

Ces remarques interrogent le regard que le psychologue pose sur la personne qu'il accueille, et renvoie nécessairement à sa conception du « sujet », en référence à sa formation initiale. Olivier Douville propose ainsi que « l'attention du psychologue se porte sur les accidents féconds de la parole du sujet ».

La psychologie clinique, c'est donc recevoir le sujet là où il en est dans sa globalité, avec son histoire individuelle, culturelle, et transgénérationnelle, sans avoir peur de ce que l'on va voir des symptômes et entendre de leurs causalités psychiques sous-jacentes.

L'orientation se pense du prénatal vers le postnatal

Il est incontournable de préciser que dans le cadre des missions de la PMI, où s'intègre le projet de service, le rôle du psychologue en prénatal s'articule avec celui des sages-femmes. Il est pertinent d'envisager l'entretien du quatrième mois proposé par les sages-femmes comme un outil permettant un repérage prévenant précoce des femmes en précarité sociale et/ou psychique. L'articulation entre le prénatal et la PMI peut parfois passer par le biais de la puéricultrice amenée à être sollicitée lors de situations complexes avec des grossesses et/ou des mères perçues comme fragiles sur le plan psychosocial. L'effort est à développer en direction du partenariat avec les maternités. En effet, la présence au staff maternité d'un médecin et d'une puéricultrice est l'occasion que des situations complexes soient examinées. Sans psychologue de PMI, ce dispositif nous paraît incomplet du point de vue des avancées théorico-cliniques contemporaines de la clinique psychologique et psychiatrique périnatale. La notion de continuité de soin psychique ne saurait en effet être envisagée sans se situer en amont dans une anticipation préventive. Cette mesure permettrait par ailleurs de limiter les effets délétères de prévention prédictive.

Il est à rappeler l'état de perméabilité psychique (« transparence psychique ») de la femme enceinte qui rend possible la mise en œuvre d'une dynamique interne. La grossesse est en effet une période propice aux remaniements identitaires parentaux et à l'identification au bébé.

La rencontre prénatale avec le psychologue de PMI permet :

- Une action préventive prévenante qui permet de distinguer dans nos évaluations : la fragilité psychique, la sensibilité psychique, et la vulnérabilité psychique maternelle.
- Un soutien psychologique étayant le devenir mère et père.
- Une anticipation de l'arrivée du bébé et des dispositifs d'étayage possibles pour les parents et l'enfant en postnatal.

Comme le souligne Olivier Douville, pour le psychologue, l'entretien est une technique où l'écoute approche la singularité du sujet en le liant au monde social.

La PMI peut se penser comme une forme de substitut maternel. La population vient parfois d'ailleurs coupée géographiquement des liens

avec sa famille ou pour prendre un avis tiers. Or, comme le soutient Daniel Stern, la mère a besoin d'être entourée, enveloppée de maternel pour pouvoir elle-même trouver psychiquement comment se penser mère auprès de son enfant.

En PMI, nous sommes dans une posture d'« être à côté de », de regarder ces parents et leur enfant, de soutenir leurs interactions par la parole, le regard, le geste. L'accueil en PMI avec le psychologue permet une certaine souplesse du cadre, nécessaire à cette période spécifique. Les entretiens vont mettre en lumière ce que l'on ressent à la fois du côté de la mère et du côté du bébé. Les mères viennent livrer (à la pesée, en groupe de parole, en atelier) des choses qui peuvent inquiéter. Elles pourront alors les déposer, elles seront reçues, et les mères s'en trouveront allégées et réconfortées. Ces éléments chargés d'éléments archaïques ont besoin d'être transformés afin que ces parents puissent trouver ou retrouver du plaisir à exercer leur parentalité et à prendre le risque de la rencontre avec leur enfant.

L'observation conjointe mère-bébé est un dispositif contenant permettant une prise de recul, une distanciation par le biais d'un regard tiers contenant et de ce fait, une possibilité d'élaboration. Serge Lebovici et Serge Stoléru, dans *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*, évoquent la capacité du bébé à réveiller les sentiments maternels et à permettre à sa mère de se penser et de se créer. Du côté du bébé, ils soutiennent que la mère est investie avant d'être perçue et que « l'efficacité de l'unité initiale (mère-bébé) est liée à la capacité du bébé à investir sa mère ». Winnicott, de son côté, a évoqué le rôle de miroir de la mère. Le bébé voit sa mère et se voit regarder sa mère dans les prunelles de celle-ci.

Parfois, on reçoit des familles qui viennent consulter pour leur enfant plus grand. On retrouve souvent des éléments datant de cette période de la périnatalité mais qui n'avaient pas été nommés et élaborés, il arrive aussi que certaines paroles soient restées suspendues, créant une attente anxieuse face au développement de l'enfant. Recevoir les familles dans cette continuité, de l'anténatal jusqu'à 6 ans, permet de pouvoir y revenir dans l'après-coup.

La PMI a un rôle de carrefour, de passerelle ou de plateforme entre les différents acteurs de périnatalité et dans ce moment charnière de l'existence et de la construction d'une famille.

Le psychologue évalue pour chaque situation périnatale si la PMI peut prendre en charge et accompagner jusqu'à une évolution favorable ou s'il est nécessaire d'orienter vers les partenaires du soin : unités de soins conjoints mère-bébé, CMP, CAMSP. Parfois, c'est dans le champ de la protection de l'enfance qu'il peut s'agir de faire évoluer une situation. Ce partenariat local se tisse et se construit au fur et à mesure. Parfois, la PMI intervient après le psychologue de maternité, comme par exemple lors de deuils périnataux suivis d'une nouvelle grossesse. Ces dispositifs se mettent en place de façon souple et adaptée à chaque situation. C'est comme un tissage sur-mesure permettant probablement de faire enveloppe, de contenir les angoisses et de redonner aux parents la confiance en leur créativité. Comme l'écrivent Sylviane Giampino et Catherine Vidal (2009) « Il est donc préventif de ne pas faire de zèle préventif. »

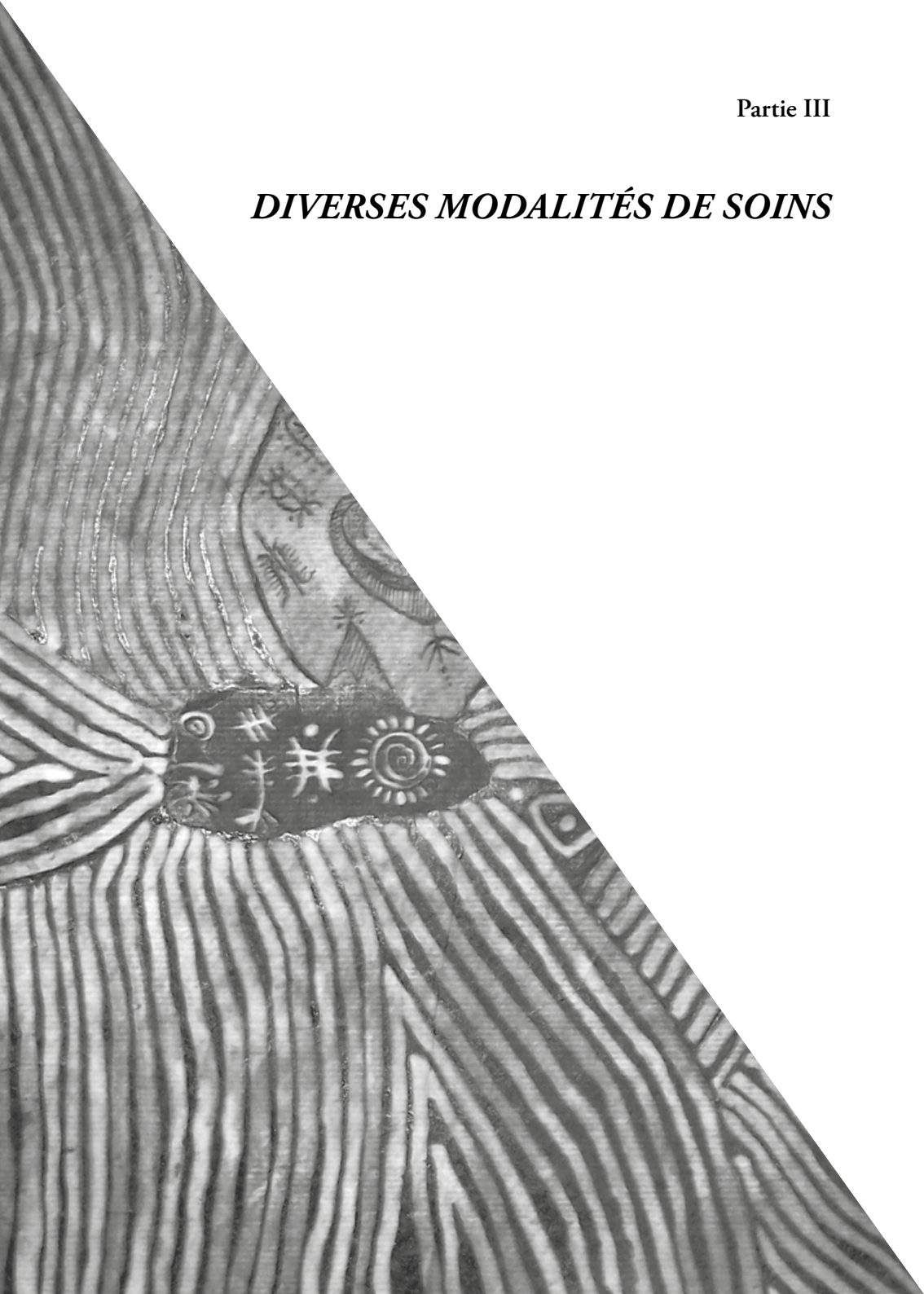
En conclusion, je citerai Danièle Delouvin (2006) : « Les psychologues posent un regard sensible et se tiennent à l'écoute des conflits non-dits, des symptômes, des violences, des appels silencieux, des questions. Et ce, qu'il s'agisse des enfants, des familles, des professionnels qui, quotidiennement, y sont confrontés dans les crèches, les maternités, les pouponnières ou services de PMI. L'enfant, quant à lui, sait se saisir de tout ce qui fait sens. »

BIBLIOGRAPHIE

- DELOUVIN D. (2006) *Des psychologues auprès des tout-petits, pour quoi faire ?* Toulouse, érès, « 1001 bébés ».
- DOUVILLE, O. (dir.) (2014) *Les méthodes cliniques en psychologie*, Paris, Dunod, « Psycho Sup ».
- DOUVILLE, O., HOFFMANN C. (dir.), (2006), *Pourquoi la psychopathologie clinique ?* Paris, L'Harmattan.
- GIAMPINO S., VIDAL C. (2009) *Nos enfants sous haute surveillance*, Paris, Albin Michel.
- LEBOVICI S., STOLERU S. (1983) *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interactions précoces*, Paris, Le Centurion, « Païdos ».
- ORTIGUES E., ORTIGUES M.-C. (dir.) (2002) *Que cherche l'enfant dans les psychothérapies?* Toulouse, érès, « Actualité de la psychanalyse ».
- WINNICOTT, D. W. (1988) *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, « Connaissance de l'inconscient ».

Partie III

DIVERSES MODALITÉS DE SOINS



CAPACITÉ DE RÉVERIE PLURIELLE ET CONSTELLATION NARRATIVE

Véronique DAGENS¹, Song Hee GOARDOU², Nastassia REHAILL³,
Rose-Marie SAGNA⁴

Cette présentation à quatre voix est la rencontre de quatre psychismes, de quatre personnalités, de quatre vécus et c'est bien tout le principe du sujet que nous souhaitons partager. Chacune d'entre nous va présenter sa vision de notre sujet.

VÉRONIQUE, PÉDOPSYCHIATRE

J'ai travaillé dans l'unité mère-bébé de Montesson pendant plus de vingt ans, j'ai connu des changements plus ou moins heureux dans les pratiques médicales et paramédicales, j'ai connu des crises institutionnelles plus ou moins graves, j'ai connu des patientes difficiles à traiter, des bébés qui nous ont inquiétés de par leur développement ou de perspectives de vie avec des mères pas toutes suffisamment bonnes.

1. Pédiopsychiatre, Unité d'accueil parent-enfant (UAPE), Centre hospitalier Théophile-Roussel, Montesson.

2. Infirmière, *id.*

3. Infirmière, *id.*

4. Infirmière, *id.*

À travers le temps une chose reste et compte : prendre soin de la mère, du bébé, de son entourage, les soulager de leurs angoisses, de leur agressivité, souvent au prix de devoir les supporter dans tous les sens du terme. C'est, pour l'institution, un défi individuel et collectif.

Pour relever ce défi, il faut des outils, c'est pourquoi j'ai proposé « la capacité de rêverie plurielle et constellation narrative ». Il s'adresse à tous ceux qui ne sont satisfaits ni par les protocoles et les conduites à tenir préétablies, parfois bien utiles mais pas toujours, ni par les transmissions ciblées qui laissent chacun rentrer chez soi avec une quantité non négligeable d'affects divers, de questionnements qui peuvent embarrasser fortement la vie privée et perturber le sommeil.

J'ai connu un temps où les équipes qui avaient une heure de transmission à chaque changement d'équipe restaient parfois une heure supplémentaire pour écrire sur telle ou telle autre patiente ou bébé, faisant partager leurs ressentis, posant des questions qu'on pouvait reprendre ensuite dans l'institution. Chacun de nous s'exposait (mais faisait aussi un travail d'élaboration personnel par ailleurs) et c'était thérapeutique.

Puis les transmissions orales se sont réduites à trente minutes voire à quinze minutes. Les transmissions ciblées ont remplacé les observations des infirmières et on a exigé des médecins des protocoles, des conduites à tenir toutes faites, des projets de soin *a priori*, ignorants de la dyade. Mes réponses à ces nouvelles façons de faire ne pouvaient qu'être insatisfaisantes, et cela m'a attristée. Accompagner, observer, accueillir, écouter, rêver, supporter les angoisses et partager les vécus dans l'institution, est-ce un projet de soin ?

Un des principes à l'origine de l'unité de Montesson était de pouvoir rêver à la place de la mère en soin et de lui prêter ainsi chacun notre appareil à penser, pour qu'elle puisse ensuite, de façon autonome, rêver son bébé.

Elisabeth About a appelé ce travail psychique individuel, partagé dans les moments d'échange clinique institutionnel, la « capacité de rêverie plurielle ».

Cette proposition de constellation narrative a eu donc pour but de toujours nous ressourcer dans nos capacités de rêverie pour en faire bénéficier les mères et les bébés. C'est un moyen de nous défendre contre toutes les pensées négatives que nous pouvons naturellement ressentir vis-à-vis de certaines mères et de certains bébés, de rester bienveillant et de protéger le bébé de ce qu'il peut également recevoir. C'est facile à dire

(surtout quand on n'est pas tout le temps avec les dyades, comme les médecins) et c'est très difficile à faire; mais c'est un défi de soin à chaque fois passionnant.

Ce que j'ai appelé « constellation narrative » est directement inspiré des « réunions de constellations » comme les nommait Pierre Delion, ces synthèses des observations de chacun des membres de l'équipe vues comme autant de facettes d'un enfant, où l'on tient compte de chaque lien privilégié que celui-ci peut établir et à partir duquel on va s'appuyer pour les soins relationnels. Cette constellation peut concerner toute personne en contact avec l'enfant ou sa mère, y compris, par exemple, les agents de service hospitalier, discrètes maîtresses de maison, ne faisant pas partie des soignants, mais qui peuvent voir et recevoir beaucoup de choses des patients.

Une seule réunion de constellation narrative a eu lieu au jour d'aujourd'hui, et elle ne concernait pas la patiente dont il va être question. Concernant celle-ci, j'ai invité chacun, avant la synthèse qui ne peut rassembler toute l'équipe, à me transmettre préalablement, par mail et de façon anonyme, ce que cette patiente leur évoquait. Ça a été très intéressant pour moi et j'en ai fait une narration décrivant les différentes facettes de cette patiente complexe, mais la réunion n'a pas été telle que je la rêvais car tout était déjà trop construit (de mon fait) et ainsi peu ouvert à la discussion et à l'expression de ceux qui étaient présents. Ça a été, finalement, juste un premier essai à peaufiner. Je pense que cela a quand même eu un effet sur notre façon d'aborder cette patiente par la suite.

Puis j'aurais voulu qu'au fil des prises en charge ceux qui vivaient des affects forts et surtout négatifs puissent alimenter un dossier anonymisé de constellation narrative (dossier partagé soignants-médecin) mais finalement, je suis la seule à avoir écrit dans ce dossier, et personne ne l'a lu.

Pour la patiente dont il est question ici, j'ai ainsi recopié les paroles des chansons qu'elle préférait parce qu'elles me semblaient vraiment intéressantes pour mieux la comprendre : « j'ai fait un bébé toute seule » et « toi et moi ». Mme A., qui a plus de 40 ans, a décidé, soutenue par des amies qui trouvent qu'elle s'occupe merveilleusement de ses nièces, de faire un bébé toute seule en Belgique. Elle n'avait cependant pas anticipé la dépendance d'un nourrisson et les angoisses de mort engendrées par le fait de donner la vie. Elle ne veut pas s'attacher à ce bébé de peur de le perdre et lui pleure tout le temps. Il se retrouve en pédiatrie où il s'apaise,

mais Madame ne veut plus se retrouver seule avec lui à la maison, quitte à l'abandonner? Elle accepte l'hospitalisation conjointe mais il y a tant de chose à faire au niveau de ses papiers... je décide d'accueillir son bébé avant elle en hospitalisation temps plein et elle en hôpital de jour tant qu'elle n'est pas prête à l'accompagner. Je ne sais alors pas combien de temps cette situation va durer mais, finalement, elle entre en hospitalisation temps plein moins d'une semaine après.

SONG HEE, INFIRMIÈRE

Je me souviens de l'arrivée de cette dyade qui était toutefois assez particulière. On me transmet que le bébé est seul sur l'UAPE et que la maman fera son admission ultérieurement car elle a beaucoup de papiers administratifs à faire chez elle et qu'elle n'était pas prête pour cette admission. C'est un transfert de pédiatrie car la maman ne souhaitait pas faire un retour à domicile avec son enfant. Mon premier ressenti à ce moment-là a été : va-t-elle rentrer sur l'unité? Va-t-elle l'abandonner ici? Finalement, quelques jours plus tard, je regrette d'avoir eu ces pensées puisque l'admission s'effectue et que madame rejoint son fils dans l'unité.

Je découvre cette dyade petit-à-petit. C'est une maman qui, au premier abord, est souriante, touchante et sympathique. J'apprécie de la prendre en charge. Je m'étonne de son refus de retourner chez elle avec son fils car elle est plutôt disponible et douce dans les soins qu'elle lui dispense lorsqu'il ne pleure pas.

Puis les jours avancent. Madame s'installe dans l'unité petit-à-petit. Elle s'interroge quand même : « Je n'ai pas de problème, j'ai un enfant qui a un reflux qui est douloureux et qui pleure beaucoup. Il me faut du repos. » De notre côté, nous observons des choses : Raphaël est un « bébé reflux », Raphaël a une grosse tête, Raphaël pleure... Mais Raphaël est-il vraiment pensé? Raphaël est-il vraiment aimé? Pourtant, Raphaël a été conçu en Belgique par fécondation *in vitro* par une maman célibataire.

Madame donne des petits surnoms à son fils : « mon petit fromage qui pue », « mon boulet à moi » ... Ces surnoms sont donnés à son fils tout au long de l'hospitalisation. Je n'ai jamais entendu Madame appeler son fils par son prénom. Je me souviens avoir réagi lorsque Madame a appelé son fils « boulet ». Je l'avais questionnée sur son humour et sur le fait que son

fil ne le comprenait pas. Madame m'avait dit « vous n'êtes pas drôle, c'est de l'humour, ici personne ne comprend, on n'a pas le droit de rigoler. »

À partir de ce moment-là, Madame a pu m'adresser les reproches suivants : « Vous êtes trop carrée », « vous n'êtes pas drôle » et elle s'est donné pour objectif de me faire rire. Je me suis alors dit qu'il fallait mettre une distance thérapeutique car la relation pouvait dévier vers du « copinage ». Plus tard, nous verrons que cette patiente désireuse d'amener cette proximité avec les soignants va être au centre de beaucoup de mouvements. Effectivement, le clivage a été très important et il a mis à mal notre équipe (enfin moi) : il y a celles qui acceptent, il y a celles qui cadrent, il y a celles qui comprennent et celles qui ne comprennent pas... il y a celles qui prennent le relai, il y a celles qui ne le prennent pas... Enfin, il y a les bonnes et les mauvaises soignantes... Beaucoup d'agressivité exprimée envers certaines et beaucoup de proximité avec d'autres. Je me souviens alors d'une fois où une soignante prend Madame en référence. Elle prend le relai (« le relai », une fameuse histoire aussi!) pour que Madame puisse aller déjeuner. Son fils pleure et Madame remonte en trombe les escaliers pour voir ce qui se passe avec son fils. Elle me regarde, puis me dit : « Non mais elle ne sait pas s'occuper de mon fils, vous surveillez, vous surveillez, je vous fais confiance. » Je lui rétorque que « nous sommes toutes soignantes et professionnelles de santé et qu'elle n'a aucun souci à se faire là-dessus. » Je me suis dit alors : si cela avait été moi à la place de ma collègue, comment l'aurais-je pris? Lorsque Madame nous passait le relai, Madame était sur le qui-vive : est-ce qu'elle allait entendre Raphaël pleurer avec les soignantes? Allions-nous mal faire les choses avec son fils? Beaucoup de reproches sont faits : pourquoi il est tout seul? Pourquoi il pleure? Pourquoi il est en prison? Car oui il y a cela aussi : nous l'installions dans le parc pour sa sécurité, ce qui était très mal vécu par Madame qui appelait le parc « la prison ».

Puis, au décours de cette prise en charge, je me rends compte qu'en tant que soignantes nous sommes arrivées à douter de tout. Ai-je bien fait mon travail? Je doute de mon professionnalisme. Ai-je été trop dure? Ai-je été trop empathique? Cette prise en charge nous a tous beaucoup interrogés. À tel point que la question était devenue : « qui va prendre en charge Madame, aujourd'hui? Et la réponse : « mais suis-je assez forte aujourd'hui pour pouvoir accueillir tous ces mouvements agressifs? »

NASTASSIA, INFIRMIÈRE

Aujourd'hui je n'ai pas de prise en charge en dehors de l'accueil d'une nouvelle dyade, je serai donc sa référente principale. C'est une maman qui a fait un bébé seule; épuisée, elle refuserait de rentrer avec son enfant chez elle.

Je me souviens qu'il fait beau ce jour-là, Madame sonne (*très ponctuelle...*). Allez, au travail!!!

J'ouvre la porte, elle est là, seule. Je me présente, elle est souriante. Nous échangeons quelques mots puis...

Moi : « Vous savez si l'ambulance de Raphaël arrive bientôt? » (*Oups, son attitude et son regard changent ...*)

Elle : « Il n'y a pas d'ambulance, il est dans la voiture, ils me font confiance!!! On n'en est pas à ce point... »

Moi : « Non, non, ce n'est pas ce que je voulais dire mais comme c'est un transfert de pédiatrie... » (*Tiens mais pourquoi je me justifie? Je suis mal à l'aise, comme si j'avais commis une faute.*)

Fin de matinée : je suis surprise par cette mère qui est de bon contact, qui semble bien connaître son fils. Je pars en me disant que ça va être une hospitalisation rapide, que ça va aller; elle est touchante et sympathique. J'ai oublié « l'épisode de l'arrivée ».

Quelque temps plus tard, Madame doit partir en permission avec son fils, une journée. C'est une première, il me semble. Elle est partie depuis deux minutes, je suis occupée dans la salle commune de l'étage, lorsque Madame me dit : « Vous n'avez rien vu, Nastassia . » (*Mais où donc est Raphaël?*)

Moi : « Mme A., vous ne pouvez pas laisser votre fils seul dans le hall... »

Elle : « Si, si il est attaché il ne risque rien... » (*Rien? Tout seul au rez-de-chaussée, dans une unité ouverte au sein d'un hôpital psychiatrique? je me demande quelles sont ses notions du danger ...*)

Madame me dit qu'elle n'est pas rassurée par mes propos : elle laisse bien son fils seul dans le hall de son immeuble pour monter ses courses... Il n'y a jamais eu de problème. L'hôpital serait-il plus dangereux? Serait-elle en insécurité ici? Elle me dira également « Entre nous deux, ce serait elle qui serait le plus mal s'il arrivait quelque chose à son fils. »

Je ne me souviens plus de mes réponses, je me souviens seulement de cette sensation de devoir justifier, argumenter mais aussi d'être « soufflée » par son attitude. Mais pourquoi je me sens prise en faute? Je m'interroge : comment fait-elle pour renverser une situation, ce ne serait pas elle qui mettrait son bébé en danger mais l'hôpital qui n'est pas sécurisé. Nous serions donc responsables de l'insécurité... Nous en parlons en équipe, une collègue me dit : « Ah bon? Elle monte ses courses avant son bébé? » Et là je commence à imaginer : et si c'était volontaire? Et si elle voulait que son bébé disparaisse?

ROSE-MARIE, INFIRMIÈRE

L'écriture de ce texte n'a pas été facile pour moi pour plusieurs raisons :

– La constellation narrative était une notion un peu vague pour moi mais après plusieurs discussions, j'ai réalisé qu'en fait elle regroupe tout ce que nous avons à dire au sujet de nos dyades mais que nous ne pouvons pas forcément écrire,

– Évoquer mes ressentis pour des personnes inconnues n'est pas si simple,

– La dyade choisie par le Dr Dagens ayant suscité des contre-transferts souvent négatifs, elle a, sans le savoir, pris une très grande place dans ce que j'aurais appelé plus spontanément notre « espace narratif » que sont nos transmissions orales, nos échanges informels en équipe et aussi avec les psychologues, les post-groupes, les débriefing après les entretiens médicaux, les réunions de synthèse et les supervisions.

Le Dr Dagens a souhaité mettre en place un outil de partage de cette constellation narrative pour que nous puissions y déposer nos ressentis. J'avoue ne pas avoir pris le temps d'utiliser cet outil (bien que je l'aie consulté une fois!). Je trouvais que nous avions déjà nos espaces pour nous exprimer, pourquoi encore un autre? Nos transmissions orales se transformaient parfois en un déballage des dernières trouvailles de la patiente ainsi en une mise au point entre nous pour adapter notre stratégie de réponse; les échanges informels nous permettaient de discuter avec les cadres remplaçantes de ce que nous pouvions accepter ou non du comportement de la patiente; les supervisions nous permettaient de

déverser pêle-mêle toute notre agressivité tant contenue au quotidien et d'entendre la superviseuse nous formuler son analyse et nous encourager à accepter de nous laisser malmener pour le bien-être du bébé.

Et puis, lors d'une discussion en réunion institutionnelle, j'ai réalisé que le Dr Dagens n'avait pas beaucoup accès à nos ressentis, que moi-même je les lui transmettais très peu. Par manque de temps ? Par pudeur ? Parce que cela me semblait évident qu'elle savait ? Or les médecins ont besoin de connaître nos ressentis car l'équipe entière travaille avec ce que les patientes et les bébés nous font vivre. Et tout cela ne peut pas être écrit dans le dossier médical ou, du moins, nous sommes très prudents sur ce que nous écrivons depuis que les patients peuvent demander leur dossier, qu'il soit informatisé ou non, transmissions ciblées ou non.

Ce partage des émotions est censé permettre une élaboration psychique de la part des patientes. J'avoue pour ma part avoir eu beaucoup de difficultés à élaborer quoi que ce soit au sujet de cette dyade, tant mon esprit était envahi par ce tourbillon de paroles, de questions, de blagues cyniques, de remarques agressives, de consignes plus ou moins exigeantes pour la prise en charge du bébé lors des relais, de cris et de pleurs du bébé...

Pour illustrer un peu mon propos, j'ai tenté de recenser les émotions que j'ai pu ressentir à différents moments de la prise en charge de cette dyade. Cette liste n'est pas exhaustive...

- De la méfiance,
- De l'agacement par rapport à son comportement envahissant, par rapport aux pleurs du bébé,
- De la peur de ne pas faire les soins correctement à son bébé lorsqu'elle nous le confiait (les exigences étaient telles que, parfois, entre nous, nous nous disions « Il faut faire comme ci ou comme ça, sinon sa mère ne va pas être contente »),
- De la colère, lorsque son agressivité verbale dépassait les limites de ce que nous pouvions accepter,
- De l'amusement (« À cause de vous j'ai pourri ma déco » quand il s'est s'agi d'introduire chez elle des choses pour le bébé ou « Je ne fais pas comme Rose-Marie qui habille les bébés n'importe comment » – j'ai en effet une préférence pour le confort du bébé plutôt que pour l'assortiment des couleurs),
- Du rejet,

- Le sentiment d'être manipulée,
- De la confusion, lorsqu'elle affirmait des choses qui nous surprenaient,
- De la curiosité (c'était une femme cultivée, intelligente, intéressante, avec de l'humour),
- De l'empathie pour elle et pour son bébé, surtout lorsqu'elle nous confiait ses angoisses, ses craintes, sa souffrance,
- De l'incompréhension,
- Un sentiment d'incompétence (à un moment, je ne savais plus comment l'aider et je me suis demandé si j'avais su un jour comment l'aider),
- Le sentiment d'être agressée par ses questions, ses remarques,
- De la surprise : elle pose de questions, elle questionne le cadre de façon toujours inattendue,
- De la suspicion qui aurait pu virer à la paranoïa,
- De l'admiration aussi : un beau bébé, une maman célibataire courageuse, « debout », qui pouvait aussi se montrer agréable et enjouée...

Ceci n'est écrit nulle part ailleurs que sur ce papier.

Je suis allée regarder les transmissions écrites et j'y ai trouvé quelques traces d'événements, mais ce ne sont que des versions édulcorées de la réalité, quand ce n'est pas tout simplement un vide.

Je vous citerai juste un petit exemple : « Petite colère du matin et discussion sur ses angoisses par rapport aux pleurs de son bébé en son absence. *Idem* sur le relais du matin. » Cette petite phrase ne veut rien dire si elle est lue par quelqu'un qui ne connaît pas cette maman ou qui n'était pas là.

CONCLUSION

PAR VÉRONIQUE DAGENS

Les entretiens médicaux contrastent fortement avec le vécu quotidien des soignants. Mme A. a besoin de répondre à son humour « rugueux », comme elle le nomme, elle nous fait douter des décisions pédiatriques car il y a toujours quelque chose qui cloche sur les ordonnances transmises, elle arrive toujours à nous surprendre, elle nous incite à lui répondre tout de suite ou à intervenir après provocation, elle veut écrire un livre ou un

blog sur l'unité, on a le fantasme qu'elle pourrait nous enregistrer, elle nous demande ce qu'on pense d'elle mais en entretien médical elle nous touche. Elle ne veut pas qu'on fasse un « sujet » de ses transgressions et pourtant là est bien la question, l'aider à se sentir sujet dans son accession à la maternité. Je suis touchée de toutes les pensées négatives à son égard, plus personne ne veut s'occuper d'elle, on me demande à demi-mot de la faire sortir mais pour moi elle a encore besoin de nous et nous sommes en mesure de l'aider. Je n'oublie pas que sa psychiatre la trouve touchante, que moi aussi, et qu'une relation thérapeutique de qualité s'établit avec la psychologue à partir du génogramme. Non seulement je veux que tout le monde tienne mais que ce ne soit pas dans la douleur, je veux que tout le monde retrouve sa capacité de rêverie.

J'ai échoué pour elle à utiliser cet outil. J'aurais beaucoup à dire sur les tenants et aboutissants de ce « flop » en rapport avec les mouvements institutionnels dans lesquels je suis moi-même ballotée, je tâtonne toujours pour rendre cet outil opérant, je continue à rêver pour les bébés et leurs parents mais ce partage à travers cet écrit a bien valeur de réparation et je remercie chaleureusement Nastassia, Rose-Marie et Song Hee de m'avoir accompagnée dans ce travail.

La discussion nous a amené à faire un parallèle avec les écrits utilisés dans les observations du bébé selon la méthode d'Esther Bick. Poser les mots sur le papier, écrire son histoire vécue de soignante singulière replacent la subjectivité et l'humanité au cœur de la relation soignant-soigné et ce sont les valeurs de la psychiatrie que je souhaite transmettre.

UN CADRE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE POUR PENSER LA CONTINUITÉ DES SOINS CONJOINTS MAMAN-BÉBÉ EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE

Maud GASSAMA¹, Frédérique JONCHERAY-CHAAR²

INTRODUCTION

Psychomotricienne et assistante sociale, nous sommes toutes deux professionnelles au sein du Réseau de psychiatrie périnatale de l'Hôpital Charles-Perrens de Bordeaux. Nous intervenons sur les unités d'hospitalisation temps plein et hôpital de jour, pouvant ainsi suivre des mères et leurs enfants. Notre unité dépend de la psychiatrie adulte et les bébés sont considérés comme des accompagnants. Les deux unités dans lesquelles nous intervenons sont situées sur deux sites différents : l'unité d'hospitalisation temps plein se situe au sein de la structure hospitalière psychiatrique de Charles-Perrens et l'hôpital de jour se situe au niveau de la maternité de Pellegrin.

De ce fait, les équipes de soins sont différentes et il est fréquent que des dyades hospitalisées au temps plein poursuivent leur suivi à l'hôpital de jour.

C'est dans ce contexte que nous avons pensé à construire un cadre facilitant le lien entre les deux équipes autour de la parole de la patiente.

Avant d'argumenter sur le choix d'un programme d'éducation thérapeutique en psychiatrie périnatale, nous avons pris le temps

1. Assistante sociale, Réseau de psychiatrie périnatale - Service du Dr Anne-Laure Sutter, Centre Hospitalier Charles-Perrens, Pôle UNIVA - UNIVersitaire Adulte.

2. Psychomotricienne, *id.*

d'échanger avec les soignants afin de mettre en avant des interrogations et les besoins en lien avec ce qui est proposé actuellement au Réseau de psychiatrie périnatale.

La diversité des intervenants (psychiatre, IDE, assistante sociale, psychologue, auxiliaire de puériculture, psychomotricien) permet à la patiente de bénéficier de différents regards sur sa situation actuelle. C'est dans cette pluridisciplinarité que se construit le parcours de soin de la patiente.

Un besoin qui a pu ressortir chez les soignants est de faire davantage de liens entre les différents espaces de soin qui sont proposés à la maman et à son bébé. Pour construire une réponse à ce besoin, il est nécessaire de définir la notion de projet de soin.

Du projet de soin au « prendre soin »

Le projet de soin constitue peut-être un chemin pour vivifier la question du sens du travail en tant qu'il concourt au « prendre soin » (INTHAVONG 2007).

Ainsi le projet de soin détermine la façon dont les professionnels envisagent de « prendre soin ». Il est centré sur les personnes et aborde les prises en charges spécifiques, ainsi qu'il se doit en psychiatrie périnatale.

« Prendre soin » peut se définir de la manière suivante : « porter un intérêt particulier, c'est prêter une attention particulière en vue de favoriser, de développer, de promouvoir la vie, le bien-être de la personne auprès de laquelle on a pour mission d'intervenir » (HEESBEEN 2014).

Cette notion se différencie ainsi de celle, instrumentale, de « faire des soins » qui serait définie par les techniques, les protocoles, les lieux, les modes organisationnels. C'est avec une vision holistique qu'est ainsi abordée la personne soignée, afin qu'il soit répondu de façon optimale à son besoin, à sa demande de soins. « Prendre soin » implique, dans cette perspective, pour les professionnels, qu'ils s'inscrivent comme partenaires de soins dans une équipe pluridisciplinaire INTHAVONG, *ibid.*)

Au plus près des besoins

Si dans cette perspective de « prendre soin » l'objectif est de proposer un projet où la personne humaine est placée au centre du dispositif collectif, la question du positionnement du soignant peut alors s'interroger.

C'est dans ce questionnement que peut être abordée la notion de relation soignant-soigné avec l'idée que le patient doit s'inscrire, en tant

que sujet, au sein de cette relation, car lui seul connaît sa maladie de l'intérieur (ROBIN-QUACH 2009).

Ainsi, dans son positionnement au plus près des besoins de la patiente, l'équipe aide à faire émerger les connaissances que la personne a sur elle-même, en l'étayant par un regard bienveillant.

Se situer au plus près des besoins de la patiente permet de prendre la mesure du fait qu'un simple aspect pédagogique ne suffit pas. Il est nécessaire de garder à l'esprit qu'éduquer « à tout prix » un patient porteur d'une maladie chronique qui n'en comprendrait pas les enjeux, est une démarche vouée à l'échec (*ibid.*).

Selon Jacques Alain Bury, directeur de l'Agence pour l'évaluation des politiques de santé à Genève et ancien professeur de santé publique, les besoins sont issus des représentations de la santé, qui eux-mêmes découlent de la structure de la personnalité, de l'étape de la vie et de la situation familiale, de l'histoire sanitaire personnelle et familiale, de la classe socio-économique et du groupe ethnique et culturel, du système de santé de la communauté et du système social en général.

Ainsi, il est nécessaire de partir du principe que la mère a une représentation de son bébé, représentation qui est donc en lien avec des dimensions cognitive, psycho-affective, socio-économique, culturelle... et c'est dans cette complexité que la relation d'aide soignant-soigné se met en place.

Afin de soutenir l'élaboration complexe de cette relation d'aide et en prenant en compte la pluridisciplinarité, il peut être intéressant de proposer un cadre de pensée qui va, tout en explorant les différentes dimensions de la personne, permettre de cibler des compétences à développer en termes de savoir (connaissances), de savoir-faire (attitudes : gestes, techniques) ou de savoir-être (comportements).

Les objectifs de l'ETP en psychiatrie périnatale

De façon générale, ce choix de l'ETP en psychiatrie périnatale est une manière d'impliquer la dyade dans le projet de soin dans le sens où l'équipe soignante se positionne en soutien au plus près des besoins de la dyade, lui permettant d'en faire un récit afin de guider la mère et l'enfant dans des interactions de qualité, adaptées aux besoins de bébé. Les objectifs sont alors d'accompagner, de guider et d'étayer les interactions entre la mère et son bébé.

L'éducation thérapeutique périnatale se fonderait donc sur un état des lieux de la situation observée en hospitalisation, basée sur l'observation professionnelle du lien mère-enfant : comment le bébé est-il porté? Comment la mère agit-elle avec son bébé? Quels mots utilise-t-elle à son égard? Lui parle-t-elle, le regarde-t-elle, chante-t-elle, joue-t-elle? Parvient-elle à repérer ses besoins? S'ajuste-t-elle? Y a-t-il un réseau familial, social autour d'elle? Cet état des lieux soignant sera échangé et partagé avec les mères qui, elles aussi, parleront de la vision qu'elles ont du lien avec leur bébé.

Nous faisons le choix de ne pas nous centrer sur une pathologie psychiatrique particulière car il existe déjà des programmes ETP spécifiques (patients souffrant de schizophrénie, d'un trouble bipolaire, d'un trouble borderline, d'un trouble de l'usage) et que le point commun de ces mères hospitalisées au sein de notre unité, outre le trouble psychiatrique, est bel et bien un problème de lien avec leur enfant. Nous voulons, à travers ce programme spécifique, prendre en compte la dyade et les troubles des interactions précoces qui peuvent par la suite avoir un retentissement sur le développement relationnel et psychomoteur du bébé.

Ainsi, prendre en compte, dans le moment présent, le vécu mère-enfant est-il primordial dans l'élaboration de ce programme d'ETP.

À qui s'adresse l'ETP en psychiatrie périnatale?

Les critères d'inclusion et d'exclusion du programme d'ETP

Les patientes concernées sont des femmes dont la maladie psychiatrique est stabilisée sur un plan clinique, avec une adhésion au soin. Il est important que ces femmes soient en mesure d'élaborer, de se questionner un minimum sur leur position de mère et de se représenter leur bébé comme différent d'elle, c'est-à-dire être en mesure de le percevoir comme un petit être à part entière, dont les besoins et la temporalité sont différents des besoins maternels.

Notre public privilégié concerne les dyades qui, après une hospitalisation au sein de notre unité temps plein, sont ensuite orientées vers notre hôpital de jour car stabilisées sur le plan psychiatrique et en mesure de se repositionner face à leur bébé. Il y aurait ainsi une continuité de travail indispensable entre les deux équipes de soignants.

À contrario, les mères qui ne pourront pas être incluses dans ce programme sont les mères non stabilisées cliniquement avec des fluctuations

marquées de l'humeur, les mères qui se sentent persécutées par leur enfant ou avec des phobies d'impulsion, les mères dont l'état psychique ne leur permet pas de mentaliser l'état de l'autre comme différent d'elle-même et les mères en phase aiguë de décompensation comme, par exemple, les mères souffrant de psychose puerpérale.

Les outils comme support à notre pratique

Avant de proposer des ateliers, nous voulions faire un point sur les outils qui sont actuellement disponibles au sein du Réseau de psychiatrie périnatale. Ces outils sont une base indispensable dans la construction des ateliers et dans l'évaluation des compétences maternelles à développer.

LE NBAS ET LES ÉCHELLES DE NANCY BAYLEY

Le NBAS

Le Neonatal Brazelton Assessment Scale est un examen clinique du bébé effectué pour les parents. Il permet de mettre en avant les compétences du nouveau-né et ses capacités d'empathie.

Dans le cadre de la psychiatrie périnatale, une utilisation de l'examen de Brazelton peut être l'occasion de faire rencontrer le bébé à ses parents en leur montrant ses compétences précoces, ses capacités d'imitations, ses capacités à réagir aux différentes stimulations, mais aussi ses besoins en termes de consolation.

Les échelles de Nancy Bayley

Ces échelles viennent objectiver le développement du bébé en objectivant des compétences attendues selon son âge de développement, tant sur le plan de sa motricité que de ses acquisitions cognitives et comportementales. Elles servent de base pour orienter les observations du tout petit dans sa sensorimotricité, sa capacité à s'engager corporellement et psychiquement envers l'environnement matériel et humain.

Dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique en psychiatrie périnatale, il peut être envisagé d'utiliser ces deux examens afin

de sensibiliser les parents dans l'observation de leur bébé et ainsi de les aider à s'accorder au tempérament spécifique de leur bébé en fonction de son âge de développement.

LA VIDÉO GRS

Le premier but de la vidéo est de montrer ce qui va bien, ce qui fonctionne avec plaisir, et de le montrer aux parents. De ce fait, la vidéo peut aider le parent à se décentrer en se voyant interagir avec son bébé. La vidéo est ensuite visualisée en équipe puis analysée par la psychologue et les soignants formés. Cette confrontation des regards donne déjà une première impression. Une séance de restitution est ensuite proposée en présence de la psychologue et de l'infirmière référente de la dyade. Ce temps de restitution est l'occasion de partager les impressions de chacun sur ce moment d'interaction, de pointer au parent ce qui se passe bien avec son bébé et d'aborder également ce qui reste difficile à engager dans la relation.

LES ÉCHELLES DES INTERACTIONS MAMAN-BÉBÉ DE BOBIGNY

La constitution de ces échelles permet de représenter les interactions comportementales selon leurs différents niveaux, à savoir les interactions corporelles, visuelles et vocales. Le suivi hebdomadaire de ces échelles permet d'avoir une vision dans le temps de l'évolution des interactions maman-bébé du point de vue de la mère mais aussi du point de vue du bébé qui est un partenaire actif de la relation.

LE PROGRAMME HUGS

Le programme HUGS est un programme d'intervention pour améliorer les compétences maternelles qui a été élaboré par Jeannette Milgrom (2001). Ce programme est dédié aux femmes souffrant de dépression postnatale. Le sigle HUGS signifie « joie » (*happyness*), compréhension (*understanding*), don (*giving*) et partage (*sharing*).

Un module additionnel de trois séances maman-bébé en groupe permet d'intervenir directement sur la dyade mère-bébé et d'améliorer

les compétences dans la communication, l'observation parentale et la contingence des réponses.

Les séances sont organisées pour les mères afin de :

- Observer le comportement du bébé
- Comprendre ses signaux
- Explorer leurs réponses et l'interprétation qu'elles donnent aux indices du bébé
- Remettre en cause leurs perceptions
- Promouvoir le plaisir de la parentalité avec des jeux et des contacts physiques
- Autoriser l'expression des observations, des anxiétés ou des sentiments négatifs envers leurs bébés dans un cadre où il n'existe aucun jugement de valeur.

Ces objectifs sont en rapport avec la capacité de la mère à faire du lien entre ce qu'elle observe, l'influence que cela peut avoir sur son état émotionnel et la réponse qu'elle va donner.

REGARDER, ATTENDRE ET S'ÉTONNER

L'observation du nourrisson se comprend comme une attention contenante, porte d'entrée pour une compréhension et une action soignante respectueuses des capacités et des sensibilités de chacun (GARRET-GLOANEC 2017).

Il s'agit de mettre de la distance entre la maman et son bébé, de s'arrêter un instant pour s'autoriser à attendre devant son bébé sans rien faire. Ce qui est prépondérant dans le discours des mamans en réaction à un temps d'observation, c'est leur difficulté à rester sans rien faire à regarder leur bébé. Le plus souvent la remarque est : « Alors, on regarde c'est tout, on ne fait rien d'autre ». C'est dans cette attente parfois insupportable pour les mamans, car propice à la projection d'un sentiment d'ennui sur le bébé, qu'un travail sur la fonction réflexive peut être initié avec un étayage soignant qui consiste à verbaliser ce qui est observé des compétences et des signaux que le bébé émet.

La méthode WWW ou Watch, Wait and Wonder

Il s'agit d'orienter le soin sur la capacité de la maman à mentaliser les états mentaux de son bébé comme étant différents des siens et à sortir de la projection par l'observation de son bébé et le décodage de ses signaux en présence d'un soignant.

La notion de fonction réflexive

Selon Fonagy *et al.* (ROSSIGNOL 2013), la notion de fonction réflexive fait référence à la capacité qu'a un individu de percevoir et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en fonction des états mentaux sous-jacents, soit les pensées, les désirs, les croyances, les sentiments et les intentions. Ainsi, la fonction réflexive parentale permet de considérer l'enfant comme un être distinct qui peut être traversé par des états mentaux (sentiments et intentions) qui lui sont propres.

Le travail sur la fonction réflexive permet aux parents de questionner leur propres comportements et l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur leur enfant. Le parent reconnaît alors le caractère opaque du psychisme de son enfant, il fait preuve de flexibilité, ce qui lui permet de considérer plusieurs alternatives lorsqu'il cherche à comprendre le comportement de son enfant.

Proposition d'un bilan éducatif partagé

Le bilan éducatif partagé représente la première étape du programme d'ETP. C'est un moment particulier dans le programme car il va définir la suite. Il permet d'avoir une vision globale ou multidimensionnelle de la patiente. Ainsi, il permet de se positionner au plus près des besoins de la patiente dans le moment présent et de définir avec elle les compétences qu'elle souhaite acquérir au cours du programme.

Axe biomédical

Cet axe vient explorer ce que la patiente sait sur les raisons de son hospitalisation. A-t-elle conscience de ses difficultés à interagir avec son bébé?

Axe psycho-affectif

Cet axe explore les liens d'attachement que la patiente a construit avec son entourage, notamment avec ses parents. L'attachement comporte toujours un aspect comportemental et un aspect représentationnel. Un auto-questionnaire permettant de définir les modalités d'attachement de la patiente avec ses parents et avec son partenaire est proposée à la patiente (DELAGE 2007).

Axe interpersonnel

Cet axe explore l'environnement social et familial de la patiente. En utilisant le cercle des proches de la PTI pour explorer avec la patiente ce qu'elle perçoit du soutien qu'elle reçoit de son entourage.

Ci-dessous un exemple de questions possibles concernant l'axe interpersonnel :

- Quel est l'environnement social et familial de la patiente ?
- Pouvez-vous décrire les personnes de votre entourage actuellement ? (Utiliser le cercle des proches – PTI)
- Vous sentez-vous soutenue par votre entourage ?
- Selon vous, quelles sont les personnes les plus à même de comprendre ce qui se passe en ce moment pour vous et votre bébé ?

Axe cognitif

Cet axe explore les représentations que la maman se fait de son bébé dans le moment présent. En questionnant la maman sur son bébé, cela permet d'accéder au bébé imaginaire présent dans son discours.

Un exemple de questions possibles concernant l'axe cognitif :

- Quelles sont les représentations que la patiente se fait de son bébé ?
- Pouvez-vous me décrire votre bébé en quelques mots ?
- Vous fait-il penser à quelqu'un ?
- Si votre bébé était ... un arbre ? Un animal ? Une fleur ? Une sucrerie / un gâteau ? Que serait-il ?

Les interactions avec bébé

Cet axe explore la façon dont la patiente vit sa relation avec son bébé et comment cette relation se concrétise dans les interactions au quotidien. Ce sont les interactions comportementales observables (corporelles, visuelles, vocales) qui vont permettre de construire cet axe du bilan.

Un exemple de questions possibles concernant les interactions avec bébé :

- Comment la patiente vit sa relation avec son bébé dans le moment présent ?
- Avez-vous déjà pris le temps d'observer votre bébé, de le regarder ?
- Selon vous, quels sont les besoins de votre bébé pour le moment ?
- Comment nourrissez-vous votre bébé ? Au sein : combien de tétés par jour ? Au biberon : connaissez-vous les quantités ?
- Comment communiquez-vous avec votre bébé ? Par la parole ? Par le toucher ? Par le regard ? Autre ?
- Percevez-vous quand votre bébé est content ? Triste ? Fatigué ?
- Avez-vous parfois l'impression que votre bébé s'ennuie ?
- Si oui, faites-vous quelque chose ?
- Vous arrive-t-il de vous ennuyer en présence de votre bébé ?
- Si oui, que faites-vous ?
- Prenez-vous du plaisir à interagir avec votre bébé ?
- Si oui, quels sont les moments où vous prenez le plus de plaisir avec votre bébé ? (Le bain, l'éveil, les repas...)

Axe socio-administratif

Cet axe permet d'explorer comment la patiente organise ses liens avec l'extérieur et comment elle s'organise sur le plan social et administratif.

À l'issu du bilan éducatif partagé, au regard des différents axes explorés et de l'écoute mutuelle, il est proposé à la patiente, avec son accord, des compétences à acquérir, compétences qui sont en lien avec les fragilités de la patiente. Ces compétences à acquérir vont pouvoir être déclinées sous forme d'ateliers.

Synthèse de l'entretien

Les questions posées sont alors :

- « Nous venons de nous entretenir un bon moment ensemble. Si j'ai bien compris, actuellement, ce qui est difficile pour vous dans votre relation avec bébé c'est : ... »
- « En revanche, j'ai l'impression que ce qui pourrait vous aider à surmonter ces difficultés, c'est : ... »
- « Finalement, à travers ce que vous m'avez dit et ce que je connais de vous, je comprends que vos objectifs sont : ... »
- « Qu'en pensez-vous ? »

**Formalisation des objectifs d'accompagnement
à la parentalité personnalisés avec l'animateur :**

1) Meilleure connaissance de soi	oui	non
2) Reconnaître les besoins de son bébé	oui	non
3) S'ajuster au rythme de son bébé	oui	non
4) Accueillir et tolérer les états émotionnels de son bébé	oui	non
5) Écoute, expression et échanges	oui	non
6) Favoriser l'autonomie	oui	non

CONCLUSION

Ce bilan nous permettra ensuite de proposer des ateliers (proposition non exhaustive) adaptés aux besoins et au désir de la maman, en prenant en compte son regard sur elle-même et sur ce qu'elle perçoit de son lien avec son enfant.

Une plaquette, présentée ci-après (page 175), expose les différents ateliers qui peuvent être proposés.

Nous pouvons conclure avec l'idée de l'importance de l'écoute des besoins exprimés par la patiente, associée à un cadre défini, comme ici l'éducation thérapeutique, qui permettrait de répondre au plus près des besoins de la dyade, avec comme objectif commun : le mieux être et la connaissance de ses ressources maternelles.



Parent'aise

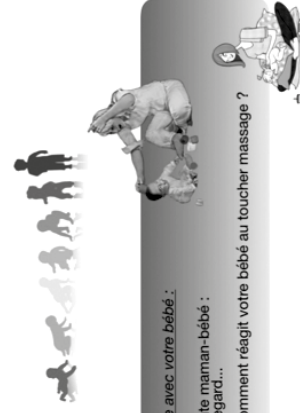
Bien être & estime de soi :

- Atelier socio-esthétique : un moment rien que pour vous.
- Atelier relaxation : une pause pour être à l'écoute de ses ressentis.

Bébé et moi.

Savoir être avec votre bébé :

- Moments de détente maman-bébé : bercement, voix, regard...
- Massage bébé : comment réagit votre bébé au toucher massage ?



Qui est mon bébé ?

Observer les compétences de votre bébé :

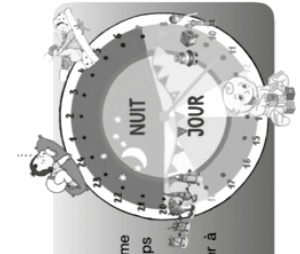
- Prenez le temps d'observer votre bébé : comment bouge-t-il ? Que fait-il ?
- Quels sont les compétences de votre bébé en fonction de son âge ?



Rythm'n baby

La mise en place du rythme de votre bébé :

- Comprendre où en est votre bébé dans son rythme en construisant un outil de repérage dans le temps (biberon, éveil et jeu, sieste...).
- Accompagner votre bébé au quotidien et l'aider à construire un rythme stable.



Des maux aux mots

Groupe de paroles :

- Espace de parole libre : échange d'expériences, vie de famille, devenir parents...
- Espace de parole pour les mamans et pour les pères



Les .. petits papiers ..

Atelier socio-administratif :

- Organiser votre gestion administrative
- Espace d'échanges et de conseils sur les questions administratives et sociales



BIBLIOGRAPHIE

- DELAGE M. (2007) « Attachement et systèmes familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques », *Thérapie Familiale*, vol. 28, n°4, p. 391-414.
- GARRET-GLOANEC N., PERNELA S. (2017) « De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale : zoom sur le bébé de moins de six semaines. », *EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, vol. 14, n°1, p. 1-11.
- HEESBEEN W. (1994) *La réadaptation du concept de soin*, Paris, Lamarre.
- INTHAVONG K. (2007) « Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 4, n° 91, p. 29-60.
- MILGROM J. (2001) « Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). Une approche cognitiviste et comportementale », *Devenir*, vol. 13, n°3, p. 27-50.
- ROBIN-QUACH P. (2009) « Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 3, n°98, p. 36-68.
- ROSSIGNOL A. et al. (2013) « L'approche Watch, Wait, and Wonder et l'évolution de la fonction réflexive parentale de mères à risque », *Devenir*, vol. 25, n°4, p. 257-283.

LE LANGAGE DU CORPS DANS LE SOIN DE LA RELATION PARENTS-BÉBÉ AU SEIN D'UNE UNITÉ DE JOUR

Géraldine PONCELET¹, Audrey MOUREAU², Véronique DELVENNE³

Dans notre unité parents-bébé⁴ à Bruxelles, les soignants de l'équipe pluridisciplinaire sont confrontés à diverses formes d'émotions : celles qui se déversent à toutes les oreilles, celles qui ne peuvent pas être parlées, celles parlées par le corps, l'attitude, un geste ou un regard. Comment appréhender ces signaux corporels ? Comment s'emparer de ce qui nous est dit à travers le corps du bébé ou du parent ? Et qu'en est-il des signaux corporels des soignants ?

Évoquer le corps en relation, c'est d'abord l'observer, le ressentir, s'ajuster.

À travers deux vignettes cliniques, nous allons tenter de penser, de parler de ce que nous pensons être éprouvé dans le corps du bébé et dans le nôtre. Chacune des présentations entremêle les regards de la psychomotricienne et de la pédopsychiatre. Au fil du texte, nous proposerons des articulations théoriques centrées sur les dimensions corporelles et affectives du travail

1. Psychomotricienne, unité de jour parents-bébé, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF), Bruxelles.

2. Pédopsychiatre, *id.*

3. Pédopsychiatre, *id.*

4. L'Unité de jour parents-bébé s'adresse aux dyades ou triades parents-nouveau-né présentant des difficultés dans l'établissement des liens précoces, ainsi qu'à des jeunes enfants de 0 à 2,5 ans présentant des particularités du développement ou des symptômes psychopathologiques.

thérapeutique avec les familles. Nous concluons en mettant en perspective les deux situations cliniques.

UNE UNITÉ DE JOUR DANS UN HÔPITAL PÉDIATRIQUE

Notre unité de jour accueille des bébés et leurs parents, à temps partiel, au sein du service de pédopsychiatrie de l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, hôpital universitaire exclusivement pédiatrique.

Les prises en charge débutent après une période de rencontres ambulatoires qui tissent, avant l'entrée, un lien suffisamment solide pour débiter le travail. L'accent est mis sur la qualité de l'accueil proposé et l'inscription du parent au sein du « groupe » de parents. Ceux-ci s'occupent de leurs enfants durant la journée dans un espace aménagé « comme à la maison ». Ils bénéficient d'ateliers en groupe et d'espaces individuels. Les prises en charges sont à visée thérapeutique mais s'appuient sur une évaluation systématique à l'entrée (échelles de développement, ADBB¹, dépistage du risque de dépression) qui peut être renouvelée au cours du processus.

Cette « mise en mots » initiale des difficultés du bébé et de la famille nous sert d'appui pour co-construire un projet thérapeutique avec la famille. Ce projet de soins englobe trois volets : celui adressé au bébé, celui dédié aux interactions parents-bébé et celui à destination des parents.

ALIZÉE, UN PRÉNOM COMPOSÉ

Alizée nous est orientée à l'âge de 4 mois par une collègue pédopsychiatre externe qui a rencontré la maman, Madame A., âgée de 22 ans, dans le post-partum à la maternité. Elle a tenu le fil en ambulatoire avant que le projet d'unité parents-bébé ne se mette en route.

Madame A. nous dit avoir besoin de repères maternels, dont elle a été privée dans sa jeunesse. Elle se sent accaparée par sa fille qui aurait dû aller en crèche, et qu'elle ne s'est pas sentie prête à y laisser. Pendant qu'elle parle, Alizée est dans ses bras. L'enfant est très vigilante à tout ce qui se passe, avec un regard avide. Madame A. embrasse sa fille de nombreuses

fois durant notre première rencontre. Elle porte autour de son cou un bavoir lui appartenant.

Les parents d'Alizée ont fait connaissance dans un parc. Madame nous décrit une rencontre qui pourrait être issue d'un conte de fée : elle pleurait seule sur un banc, et Monsieur A. est venu à son secours. Alizée porte le prénom d'une éducatrice que la maman a connue en institution dans son enfance. Son nom complet, c'est Alizée Ayasha, un prénom composé, important pour le papa qui est d'origine pakistanaise. Celui-ci nous fait part du mal du pays qu'il éprouve et des injustices qu'il traverse en Belgique. Il pense que leur fille devrait pouvoir profiter d'une crèche, mais il respecte la temporalité de son épouse.

Lors de ce premier entretien, Madame nous raconte son passé chaotique : le placement en institution, les punitions corporelles, puis l'abus intrafamilial durant sa jeunesse. Elle est restée en contact avec sa mère, avec qui elle échange des messages et des photos. Elle espère qu'elle pourra bientôt lui présenter Alizée.

Malgré son appréhension à intégrer une nouvelle institution, elle a hâte de pouvoir être admise à l'unité. Nous lui proposons de la fréquenter à raison de trois jours par semaine. Par ailleurs, elle poursuit ses rencontres hebdomadaires avec son pédopsychiatre et nous met en contact avec l'infirmière de l'Office de la naissance et de l'enfance qui la soutient depuis la naissance.

Accueil en psychomotricité : nos premières observations

Alizée a 5 mois lors de cette rencontre en psychomotricité de groupe. Il y a trois autres bébés accompagnés de leur maman. C'est un espace pensé comme un espace de rencontre pour la dyade parent-bébé, dans le plaisir du mouvement, de la découverte de son propre corps, de l'espace, de l'autre.

Alizée est posée sur le ventre mou de sa maman. Madame A. agite ses cheveux sur le visage de son bébé en rigolant. Alizée ne peut regarder qu'elle.

– « Et si on posait Alizée sur le tapis pour observer tout ce qu'elle sait faire? » Il y a très peu de paroles adressées. Alizée est posée sur le dos, contre sa maman, elle ne bouge pas. C'est un bébé aux traits fins, plutôt chétive. Elle paraît fragile. Mais il se dégage d'elle aussi de la dureté, elle toise du regard, fronce les sourcils. Alizée appelle sa maman du regard et met tout

1. Alarme Détresse Bébé (voir Guedeney, 2006).

son corps en tension semblant demander « Qu'est-ce que je dois faire ? » Madame rit dans les manches de son pull de grossesse, elle semble tout aussi perdue que sa fille, ne sachant pas tellement comment l'observer et l'accompagner. Coincée entre les longues jambes de sa maman, Alizée peut à peine bouger. Nous leur proposons une balle pour arrondir la rencontre. Alizée scrute l'objet, le touche, semble demander à sa maman ce qu'elle doit en faire. Madame A. est enfoncée dans les coussins, le regard perdu dans le vide. Pas de réponse. Alizée essaye encore, elle geint, tout son corps se tend, tout son corps l'appelle. Madame s'éveille tout à coup, « Alizée a faim ! ». La réponse est donc le sein. Sans transition, Alizée passe du vide au remplissage, de l'absence à la présence.

L'état tonique de l'une et de l'autre est en totale opposition. Le mou et le dur ne se rencontrent pas. Pourtant collées l'une à l'autre, elles ne s'accordent pas, il n'y a pas ou très peu d'échanges de regards, de sourires, de caresses et surtout peu d'échange de plaisir. Dans cette oscillation rien/tout, vide/intrusion, la modulation tonique, émotionnelle, ne trouve pas son chemin, l'écart est trop grand. Alizée se tient seule. Elle se tend, s'accroche pour se sentir exister, désirée. Comme le décrit très bien Suzanne Robert-Ouvray (2007) : « L'accrochage tonique dans lequel se trouve 'coincé' l'enfant tient ici le rôle de 'faire rester' l'autre près de soi et ne pas se sentir abandonnée ».

Dans ce collage des corps, l'exploration sensori-motrice de son propre corps, de son environnement, de l'autre, semble impossible pour Alizée qui trouve peu d'appuis chez sa maman. Ces appuis dont nous parle André Bullinger, proposés par l'environnement (sensoriel, moteur et relationnel) et nécessaires au bébé pour grandir, pour se construire dans la verticalité (Livoir-Petersen, 2018). Les sensations et les émotions de cette petite fille ne trouvent pas de réponses et donc pas d'appui suffisant pour qu'elle puisse se sentir contenue, en sécurité.

Dans cet état d'hypertonie et cette absence d'appui, le retard psychomoteur d'Alizée s'installe, elle ne peut ni se mobiliser, ni se découvrir.

Emménagement : mise en place du cadre thérapeutique

« L'appartement » de l'unité, va vite devenir comme une deuxième maison pour Madame A. Elle dépose ses affaires un peu partout, donne son avis sur l'aménagement de la pièce, commente les allées et venues et

pointe nos failles avec humour. Elle *est* une maman de l'Unité parents-bébé et cherche sans relâche son appartenance à cette nouvelle famille.

Quand elle ne trouve pas sa place, ne se sent pas accueillie, elle pleure et quitte la pièce brutalement. Alizée la regarde partir, l'air béat. Mais Madame A. revient après avoir pu bénéficier d'un espace individuel et inonde Alizée de câlins. Les embrassades, les larmes, la mère, la fille, tout s'emmêle. L'équipe assiste, parfois sidérée, à ces scènes émotionnelles. Madame A. parle ensuite à sa fille de sa culpabilité : « Je n'aurais pas dû partir comme ça. Maman est là, ne t'inquiète pas ». Elle se questionne : « Peut-on donner trop d'amour à sa fille ? »

L'inquiétude principale de la maman concerne les difficultés de sommeil de sa fille : Alizée ne s'endort qu'au sein. Elle sursaute au moindre bruit et a de très courtes périodes de sommeil. Elle est hyper-attentive en journée, se tourne, scrute, observe, participe... Lorsqu'elle ronchonne un peu, le sein lui est proposé quasi systématiquement. Elle reste parfois inconsolable durant les séparations. À son arrivée à l'unité, elle a souvent un regard méfiant.

En parallèle, l'équipe soignante est éreintée par les sollicitations de la maman. « Elle nous vide de notre substance » dira une collègue. L'impression prévaut que le travail est trop lourd à porter mais, en même temps, plusieurs membres de l'équipe se trouvent très en empathie avec cette jeune femme. Madame A. reconnaît qu'elle s'entête. Elle repousse les moments de sieste, mine de rien. Et quand Alizée s'endort, Madame ne sait pas quoi faire d'elle-même, de sa solitude. Alors elle va réveiller sa fille.

Mise en perspective

À la lecture de cette vignette clinique, il nous apparaît que les mouvements mère-fille observés en séance de psychomotricité sont transposables à ceux qui rythment les échanges de la mère avec l'équipe. L'insécurité d'Alizée, reflétée par un regard trop alerte, des troubles toniques et fonctionnels, fait écho aux difficultés relationnelles mère-fille et à la sécurité que recherche sans relâche cette maman au sein de notre dispositif.

Par leur présence physique stable et résistante aux attaques, les psychothérapeutes, ainsi que l'ensemble du personnel soignant, offrent aux parents du bébé un « utérus psychique », un *holding* étayant et rassurant

(LE NESTOUR 2004), afin qu'ils bénéficient, souvent pour la première fois, d'une expérience de dépendance gratifiante.

Là où, comme dans la situation d'Alizée, l'espace transitionnel fait défaut, il nous paraît primordial de proposer à la dyade du mouvement, du rythme, de la distance, de l'alternance, du plaisir.

L'espace de psychomotricité permet d'éprouver de la contenance, dans un *holding* qui sécurise, qui enveloppe sans étouffer, qui permet d'aller à la découverte du monde. La régularité des rencontres, les mots échangés, le plaisir partagé, dans un espace qui invite à la découverte et qui sécurise, permet de la transformation. Nous proposons à Alizée un panel de nouvelles sensations et de positions. Un toucher plus contenant qui répond à son état tonique, nous accompagnons la mère et la fille activement dans cette découverte. Alizée vocalise, son visage s'attendrit, elle découvre avec plaisir le bas de son corps, attrape ses pieds, le mouvement apparaît.

Cohabitation : un travail bien installé

Et puis, un jour, c'est une histoire de corps qui est venue tendre la perche à Madame A.

Voilà que ce satané orgelet chronique dont elle ne parvenait pas à se débarrasser ne pouvait se traiter qu'à coups d'antibiotiques totalement incompatibles avec l'allaitement. L'équipe encourage Madame à attraper cette perche, et c'est ainsi qu'en l'espace de quelques jours Alizée se sèvre du sein maternel. Alizée a alors 8 mois. Quelques jours plus tard, c'est la qualité du sommeil qui s'améliore.

Cette nouvelle distance relationnelle vient aussi s'expérimenter en séance de psychomotricité individuelle. Nous proposons à Alizée et à sa maman de vivre des jeux sensori-moteurs (glisser, sauter, ramper, ...) qui permettent d'éprouver l'unité dans le plaisir, ainsi que des jeux de réassurance (cacher/paraître, vider/remplir, ...) qui permettent d'expérimenter la séparation dans la sécurité. Ce sont deux petites filles, dont l'une est mère, qui profitent des plaisirs du jeu pour se différencier progressivement.

Le travail se poursuit aussi avec la famille et le réseau extérieur. L'équipe est en lien avec l'infirmière de l'ONE qui déploie le travail à domicile. Les entretiens avec le père et l'interprète Ourdou ouvrent des pistes : il nous parle de la manière dont, chez lui, les hommes prennent leur place dans leur famille, il montre son soutien à Madame. En sa présence, Alizée

s'appuie sur lui et sollicite moins sa mère. Nous accueillons la tristesse de Madame A. face à cette constatation.

L'équipe se laisse aussi surprendre par les « talents » de Madame qui prend un plaisir fou à rendre service : elle recoud, par exemple, la robe d'une autre mère. Aussi, nous prenons très au sérieux les remarques qu'elle formule dans les espaces institutionnels.

Prochain voyage

Aujourd'hui, Alizée est âgée de 14 mois. Elle a le tempérament d'une aventurière : rien ni personne ne lui échappe. Elle a pris possession des lieux, connaît et anticipe chaque rituel de la journée. Grâce aux nombreux tiers et appuis offerts à la dyade (espaces individuels, appui des membres de l'équipe, présence du père), celle-ci a pu évoluer dans une certaine autonomisation.

Alizée se déplace au gré de ses envies, elle communique son état d'être à qui veut bien l'entendre. Les premiers mots apparaissent. Elle est en grande appétence relationnelle, et notamment avec les autres enfants de l'unité, ce qui a fini de convaincre sa maman qu'il était temps pour elle de rentrer en crèche.

Les nombreuses ressources de l'une et de l'autre s'étaient, dans une modulation tonique et affective qui permet l'individualité. Madame fait aujourd'hui office de figure d'appui et de réassurance bien qu'Alizée sollicite aussi beaucoup les bras des membres du personnel. Depuis deux semaines, Madame est à fleur de peau, et les mises à la sieste à nouveau plus compliquées. Cette régression n'est pas sans rapport avec le fait qu'avec son mari, ils sont enfin parvenus à rassembler la somme nécessaire pour rendre visite à la famille pakistanaise...

NOAM, AU-DELÀ DE LA PRÉMATURITÉ

Nous avons accueilli Noam il y a trois mois environ au sein de l'Unité parents-bébé, il a alors 1 mois d'âge corrigé. Il nous est adressé par le service d'hospitalisation des nourrissons qui a poursuivi la prise en charge de la néonatalogie. Noam est né prématurément à 32 semaines d'âge gestationnel, ce qui provoqua pour sa famille un immense traumatisme.

Il nous est orienté parce que le lien se construit difficilement. Sa maman, Madame F., âgée de 40 ans, a été très peu présente en néonatalogie. Elle se rappelle avoir porté son bébé en peau à peau seulement quelques fois. Elle n'aimait pas ce contact. Une fois, elle n'est pas venue pendant plusieurs jours auprès de lui.

Madame nous dit qu'elle n'a « toujours pas digéré cette naissance, que rien n'était prêt, que cela ne devait pas se passer comme ça ». Elle s'est sentie écartelée entre Noam et ses deux grands garçons à la maison, âgés de 6 et 8 ans. Une part d'elle en veut encore à Noam, même si, nous dit-elle, « je sais bien que ce n'est pas sa faute ». La néonatalogie a été une expérience très difficile pour elle, elle se sentait « comme dans un aquarium » et avait l'impression de ne servir à rien. Malgré le fait qu'elle se soit déjà occupée de deux enfants, elle se sent peu en confiance dans ses compétences maternelles. La perspective de s'occuper de son nourrisson la met dans un état d'anxiété majeur.

Le papa de Noam travaille comme ouvrier dans le maraîchage, il a un faible niveau d'instruction. La maman a terminé ses études secondaires et elle travaille dans un *call center* où les conditions de travail sont peu épanouissantes. Ils sont tous les deux originaires du Maroc, mais la maman est née et a grandi en Belgique.

Lors de notre première rencontre, nous sommes frappées par l'anxiété débordante de la maman, et son malaise dans le *holding* de son petit garçon. Elle le regarde du bout des yeux, l'effleure du bout des doigts mais se préoccupe adéquatement du devenir de leur rencontre, de leur lien.

Elle est d'accord pour venir passer une journée par semaine à l'unité, mais pas plus, parce qu'elle habite à plus d'une heure en voiture de Bruxelles. Elle recevra aussi de l'aide à la maison lors du retour à domicile, sous la forme d'une consultation pour nourrissons avec une sage-femme, une fois par semaine. La kiné Bobath, n'avait, à ce stade, pas trouvé nécessaire de mettre en place des séances de revalidation.

Hibernation collective

La prise en charge débute silencieusement. Le petit dort beaucoup, et Madame F. se fait très discrète et très polie. Elle nous apparaît comme sortie d'un autre temps, habillée de vêtements un peu passés, le visage

fatigué. Elle est débordée par les tâches ménagères mais nous dit que « tout va bien ».

Noam lui, est décrit comme dormant beaucoup, mais pouvant également avoir de belles phases d'éveil. Les contacts que nous avons avec les sages-femmes à domicile sont rassurants. Tout comme notre équipe, elles ne sont pas inquiètes quant aux réponses aux besoins primaires que Madame F. apporte à son enfant. Cependant, ses gestes sont mécaniques, ses paroles peu adressées, peu engageantes.

Accueil en psychomotricité

Noam, 2 mois d'âge corrigé, et sa maman rejoignent l'espace de psychomotricité de groupe. Madame le pose sur un tapis, le tapis le plus dur, comme un objet étrange dont elle ne sait pas très bien quoi faire. Elle lui remet ses vêtements, essuie sa bouche. Noam geint, il semble inconfortable, douloureux. Madame le reprend, il glisse sur ses genoux, elle le bloque avec son bras. Ils ne bougent plus ni l'un ni l'autre, ils paraissent tous les deux figés. Madame n'est pas là, ni dans son corps, ni avec nous, elle nous laisse un sourire de surface, acquiesce poliment.

Noam est à son image, le visage neutre, le regard dans le vide. Il semble incorporé dans cette maman. Il est difficile d'aller à leur rencontre autrement qu'avec des mots d'usage, des conseils ; mobiliser Noam, l'aider à ramener ses mains à sa bouche, favoriser des positions d'enroulement. Tout aussi machinalement, Madame exécute les mouvements conseillés.

C'est Noam qui vient nous tirer de notre torpeur, par une vocalise magnifique qui invite à lui répondre, à s'approcher. Son visage s'anime, un regard qui vient nous happer. Ses bras en flexion, il sert les poings, il s'agrippe... à quoi? À lui-même. Tout son corps est en tension. Cela devient trop pour lui, il s'agite, se désorganise, se coupe de ce lien si durement établi.

Noam « s'accroche à corps perdu » pour reprendre les mots de Bernard Aucouturier (2005). Nous pensons à cette angoisse archaïque de perte du corps dont nous ont parlé des auteurs comme Donald W. Winnicott, Frances Tustin, Esther Bick (PIREYRE 2011). Le bébé se contient en s'agrippant, il s'accroche avec « ses ventouses sensorielles », pour reprendre les mots d'Esther Bick.

André Bullinger (ABSM, 2018) parle de ces conduites d'agrippement comme d'une ressource, au départ, pour le bébé, qui lui permettent de se tenir et de s'attacher à celui qui prend soin de lui, ce tiers qui permet que des représentations des émotions prennent le relais des flux sensoriels dans l'organisation tonique. L'agrippement est donc décrit comme un comportement qui permet d'éviter une désorganisation fonctionnelle. Cela peut être une fermeture des mains, une suspension du regard aux lumières ou aux yeux de celui qui le porte, des cris, des geignements, une agitation permanente, ou une absence de mouvement. Tous ces comportements permettent au bébé de gérer les flux sensoriels, de s'y tenir, et de s'assurer qu'il continue d'exister. Ces comportements, lorsqu'ils s'installent sans le tiers, dénués de plaisir, viennent désorganiser et fragiliser la construction du bébé. Ils viennent trouser l'enveloppe corporelle. Le bébé ne peut investir son corps comme unifié.

Le tonus de Noam vient nous parler ici de son état intérieur, d'une incapacité à s'organiser autour de son axe (SCIALOM, *et al.* 2011).

Eveil tardif d'un bébé et d'une équipe – mises en perspectives

Les semaines passent, Noam s'éveille, parallèlement à l'équipe... Une infirmière évoque son hyper-rigidité. Une autre, au détour d'une journée éprouvante, décrit un malaise diffus, teinté d'impuissance. À la fois, Noam témoigne à ceux qui s'intéressent à lui de belles compétences, mais en même temps, il semble qu'il doive y mettre toute sa force, toute son énergie. Son regard accroche avec véhémence, presque avec désespoir. Le reste du temps, il est silencieux, absent, en retrait.

L'inquiétude au sein de l'équipe se propage à petits pas mais, étrangement, elle peine à se dire clairement autour d'une table. Les évaluations, d'habitude systématiques, peinent à se réaliser parce que la maman arrive en retard (puisqu'elle devait ranger) et repart plus tôt (puisqu'elle doit s'occuper des aînés). Cette préoccupation monte graduellement, semble venir nous grignoter de l'intérieur sans que nous nous en apercevions.

Nous avons mis beaucoup de temps à mettre des mots sur le retrait de ce petit garçon, attribuant à la prématurité ses troubles tonico-moteurs.

Comme nous le rappelle Martine Lamour (LAMOUR, *et al.* 2006), les dysfonctionnements relationnels du sujet et de la famille infiltrent les relations enfant-professionnel et parent-professionnel. Les ressentis

négatifs et les processus défensifs des professionnels nous informent sur la pathologie relationnelle au sein de la famille et doivent être considérés comme de véritables outils sémiologiques

En effet, la souffrance de Noam évoque celle d'anxiétés très primitives et la manière dont cette souffrance va se communiquer à l'équipe est à distinguer d'angoisses plus élaborées, qui ont déjà pu prendre la forme d'émotions. Ces anxiétés primitives sont souvent à l'origine de tensions émotionnelles qui envahissent les groupes, elles se diffusent et sont plus difficilement nommables (MELLIER 2002). On voit bien comme notre dispositif a tardé à parvenir à transformer, à mettre en sens les signes repérés.

Naissance d'un projet de soins

Lorsque l'équipe a pu commencer cette mise en sens des signes repérés, nous avons pu ajuster notre projet de soins individualisés à Noam et à sa famille. Ceux-ci se sont intensifiés, tant du point de vue du rythme que de l'individualisation des soins.

Un deuxième jour de fréquentation a été accepté par la maman, ainsi que la mise en place de soins psychiatriques à son égard (collaboration avec le service adulte de l'hôpital adjacent). À l'unité, nous lui avons également proposé un espace psychothérapeutique individuel, durant lequel Noam bénéficie séparément d'un temps privilégié avec sa référente.

Dans le choix des ateliers groupaux, nous avons mis l'accent sur des « espaces bien-être » qui offrent des moments de relaxation aux parents.

Nous avons aussi jugé préférable de ne pas sur-stimuler Noam en psychomotricité de groupe, mais avons privilégié une prise en charge en kiné Bobath, en partenariat avec le service de neurologie pédiatrique.

Noam et sa maman profitent maintenant depuis deux mois environ de cet arsenal de soins. Le développement psychomoteur de Noam a fait un bond : il se retourne, s'intéresse à ce qui l'entoure et babille de plus en plus. La dernière échelle ADBB réalisée nous rassure quant à la diminution des signes de retrait, mais Noam reste fluctuant dans sa présence à l'autre. Il semble encore, par moments, débordé par l'excès de sensations qu'il régule par des auto-stimulations (surtout buccales) et des conduites d'agrippement toniques.

De son côté, Madame F., même si elle « profite des moments de répit à l'unité », pense à reprendre le travail, par crainte de ne plus jamais y arriver si elle ne remettait pas le pied à l'étrier. Ses pensées sont rigides et obsédantes, seuls les espaces de relaxation semblent lui apporter un soulagement temporaire.

EN GUISE DE CONCLUSION

À travers deux arrêts sur image, ces deux situations cliniques parlent de l'écoute indispensable du langage du corps dans la clinique périnatale. Cette écoute, eu égard à sa complexité, se doit d'être multiple, croisée, partagée. Elle concerne tant le corps des bébés et des parents que celui des soignants.

Ces deux vignettes traitant de la clinique traumatique témoignent du fait qu'on ne peut pas faire l'économie de ce passage par le corps. En particulier, nous voudrions insister sur celui des parents qui se retrouve parfois oublié. Le passage par le respect et le soin du corps des deux mères semble avoir opéré un tournant dans le processus thérapeutique de nos situations cliniques : que ce soit pour faire tiers dans la relation duelle d'Alizée et de sa maman ou pour permettre à la maman de Noam de se rassembler pour se rendre disponible à son bébé.

BIBLIOGRAPHIE

- ABSM (2018) *La construction des représentations corporelles du bébé. En hommage à André Bullinger*, érès, « 1001 bébés », Toulouse.
- AUCOUTURIER B. (2005) *La méthode Aucouturier. Fantômes d'action et pratique psychomotrice*, De Boeck Supérieur, Bruxelles.
- GOLSE B. (2019) *Le bébé et ses possibles*, érès, Toulouse.
- LAMOUR M., BARRACO DE PINTO M. (2006) « Accompagner les professionnels », *Devenir*, vol. 18, n°2, p. 169-189.
- LE NESTOUR A. (2004) « Une intimité à créer. Psychothérapie d'une parentalité limite dans la période périnatale », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 47, n°2, p. 457-489.
- LIVOIR-PETERSEN M.-F. (2018) « La représentation de soi dans l'approche sensorimotrice du développement d'André Bullinger : la part de l'autre », in ABSM (dir.), *La construction des représentations corporelles du bébé. En hommage à André Bullinger*, érès, Toulouse.
- MELLIER D. (2002) « Le travail intersubjectif de contenance des anxiétés primitives dans le soin. La souffrance primitive, l'empathie et la fonction de l'attention », in D. Mellier (dir.), *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Dunod, Paris.
- PIREYRE E. (2011) *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Dunod, Paris.
- ROBERT-OUVRAY S. B. (2007) *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*, Desclée de Brouwer, Paris.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2011) *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck Supérieur, Bruxelles.

TRAVAIL DE DENTELLE

Nathalie BONNES¹

Comme pour un travail de dentelle, les séances d'art-thérapie à l'unité parents-enfants demandent patience, attention, mais aussi légèreté. Tout en utilisant des outils artistiques ou de bricolage, les patientes viennent y déposer un dire, une vérité et se réapproprier leur histoire. À travers des cas cliniques, nous verrons comment le patient s'en saisit et en quoi ce travail peut intéresser les équipes.

Contrairement aux apparences, je ne travaille pas la dentelle. Mais, si le titre a donné ce nom à cet exposé, c'est parce qu'il m'a été soufflé par une maman qui m'a dit : « Votre travail, c'est un travail de dentelle. » Minutie, délicatesse, rêverie mais aussi solidité dans un espace un peu intemporel, c'est un peu ce qui définit pour moi le travail de dentelle. C'est aussi plus largement ce qui définit le travail de l'ensemble du personnel de l'unité parents-enfants.

1. Nathalie Bonnes travaille comme art-thérapeute dans l'unité parents-enfants de l'Hôpital Sainte-Marguerite de Marseille depuis 2005. Ce travail s'inscrit plus largement dans le travail de l'équipe et permet une approche supplémentaire dans la prise en charge des familles.

Je vous propose donc de voyager avec moi sur le maillage des dentelières.

Installés dans leurs chaises, les bébés commencent l'exploration du monde : ils regardent aux alentours, bougent les pieds, les mains, attentifs aux moindres faits et gestes, aux sons, aux intonations. Certains, sur les tapis, mettent à l'épreuve leurs corps, d'autres encore vont et viennent, explorant l'espace et vérifiant la présence de leur maman.

La table de la cuisine est habitée d'objets divers : tissus aux couleurs variées, fils, aiguilles, photos de famille, colle, ciseaux, papiers chamarrés récupérés çà et là... Tout autour de ce monticule plus ou moins brouillon, la parole des femmes s'anime. Il y est question de petits « touts » et de grands « riens », d'anecdotes drôles qui paraissent légères ou d'histoires plus sombres qui semblent plus profondes, d'angoisses, de culpabilité, de honte, de peur, de confrontation à l'étrangeté. Les pères ne sont pas loin dans le discours et, parfois, dans leur présence.

Papotage incessant, preuve d'une présence au monde, dans ce monticule de mots se cachent des perles, des trésors, que l'on peut entendre et cueillir, accueillir, recueillir, patiemment, doucement, sans précipitation, avec une attention presque maternelle. Travail de dentelle ?

C'est dans cette apparente banalité que j'exerce mon métier d'art-thérapeute auprès des mamans depuis quatorze ans, parfois en groupe, parfois en individuel, suivant la singularité de « chaque une ».

Le cadre, s'il est saisi par les patientes, reste souvent déstabilisant pour les professionnels de passage, les stagiaires, les nouveaux arrivants. Quel est donc ce lieu qui se dit soignant et qui semble si étrange par rapport à l'idée que l'on peut se faire du soin ? Qu'est-ce qui le différencie d'une réunion entre copines, entre voisines, d'une « animation macramé » ? Qu'est-ce qui lui donne corps, fondement et permet de parler d'art-thérapie « éclairée » par la psychanalyse ?

Dans cet espace, l'objet n'est qu'un prétexte, un média qui va permettre au « sujet » de s'exprimer. *Sujet de la dimension psychique, sujet de l'inconscient gouverné* par un désir qu'il passe son temps à ignorer ou à refuser. Un sujet qui se révèle dans les failles du langage, les lapsus, les rêves, les formations de l'inconscient. Ce sujet qu'on ne rencontre qu'à travers les effets du langage.

Chaque semaine, le groupe des femmes se retrouve. Parler de soi permet de se confronter aux écueils de son histoire. Le féminin vient se dessiner sur une toile tissée par les générations précédentes. Pour celles qui sont là, la trame du tissage s'est usée par endroits, demandant un travail de réparation, de reprise, de rapiécage, de bricolage. Or, dans ce lieu enveloppé d'une apparente légèreté, la colle et les aiguilles font œuvre de pansement.

En groupe, les séances se passent dans la cuisine, lieu de préparation des biberons, des repas, du café, carrefour de rencontres. L'image qui s'impose alors est celle d'une ruche, et les séances s'y inscrivent malgré les va-et-vient des autres mamans et, parfois, des papas. Ce lieu reste l'enjeu du déclenchement de la prise en charge en art-thérapie. Les patientes peuvent s'acclimater lentement à l'ambiance des séances et nouer un transfert dès le début, car le travail commence dès qu'elles entrent dans la cuisine. Il y a une contenance de l'art-thérapeute, mais aussi du groupe, du lieu qui peut être la représentation du pivot familial (la cuisine est en général le lieu de rassemblement). Une fois le contexte apprivoisé par les patientes, ce lieu devient un espace de bavardage, ce qui ne signifie pas que ce qui est dit soit superficiel, bien au contraire. Tout le travail de l'art-thérapeute est de se faire réceptacle d'une parole, d'un dire qui se construit et se fait histoire singulière au fur et à mesure des séances. Aucun jugement, aucun conseil qui forcerait plutôt l'éducatif : simplement l'accueil d'une parole, d'une souffrance, le saisissement d'un mot ou d'une expression relancés à un moment qui pourra être propice pour le patient et, s'il ne l'est pas... laisser mûrir, attendre.

Pour illustrer ce qui peut se jouer lors de ces rencontres, voici un petit bout de prise en charge dans le groupe.

CAS CLINIQUE

Madame M. intègre l'unité alors que son garçon a un mois et demi. Elle vient s'installer sur le petit divan de la cuisine pour donner la tétée à son fils, et nous commençons à échanger. Je lui demande les raisons de son hospitalisation. Elle explique que son fils ne dort presque pas : il présente des troubles digestifs importants. Elle est très angoissée parce qu'elle a déjà vécu deux dépressions importantes, dont une à la naissance de son fils aîné. Elle dit se sentir mauvaise mère et très culpabilisée de ne pas s'en sortir avec

son nourrisson, de ne pas trouver le moyen de le calmer. Elle a des angoisses nocturnes et a peur de manquer de sommeil et de rechuter. Sa mère a toujours été dépressive aussi, dit-elle. Elle ne connaît pas l'art-thérapie, je la lui présente et lui explique le cadre des séances. Quelques semaines passent, Madame et son bébé viennent toujours manger à côté de nous mais, pour l'instant, elle ne fait pas la démarche de s'installer à la table. Toutefois, le lien se fait tout doucement. Une des patientes travaille sur l'album-photos. Madame vient discuter avec elle et finit par me demander si elle peut en préparer un pour son fils. Elle propose de trier ses photos pour la semaine suivante. Je lui demande ce qu'elle attend de l'art-thérapie : arriver à mettre un peu de distance avec son bébé, qu'elle a du mal à ne pas garder au bras. Nous convenons de la prise en charge. Pendant plusieurs séances, Madame confectionne l'album et oublie systématiquement les photos chez elle : elle a du mal à faire un tri, dit-elle. Un jour, elle arrive avec les photos qu'elle a triées, disant que ça lui a été très difficile de faire un choix, et surtout d'en laisser certaines. Tout en travaillant à la confection de l'album, elle dit ses craintes du sevrage : elle a peur de perdre le lien avec son fils. Durant plusieurs séances, elle parle de son désespoir dès que son enfant pleure, de sa culpabilité de ne pas être exclusivement une maman ; elle parle aussi des reproches qu'elle faisait à sa mère lorsque celle-ci allait travailler et du sentiment d'abandon qui s'ensuivait pour elle.

Parallèlement à ce qu'elle dit, elle manipule les quelques photos qu'elle a apportées. « Je vais faire avec ce que j'ai, et d'ajouter : Je vais découper mes parents et ma mère. » Je la regarde avec un léger sourire mais ne dis rien. Elle a un temps d'arrêt, puis : « Ça alors ! Je vais le noter et je crois que je vais aller le travailler avec la psychologue. » Je lui réponds juste que c'est une bonne idée, puis elle continue à regarder les photos qu'elle a apportées et commence à préparer une sorte d'arbre généalogique. « Je n'ai pas de photo de mon mari, je n'ai que des photos de moi..., dit-elle, et elle ajoute : ça aussi je vais aller le travailler avec la psychologue ». Elle dit tout cela en riant. La séance est détendue, pleine d'humour, et les choses se posent avec légèreté, mais sérieux.

Tout au long des séances, elle dit vouloir que les pages ne soient pas trop chargées et enlève souvent des éléments qu'elle prévoyait de mettre, faisant ainsi du vide. L'hospitalisation se passe, l'album prend forme, et Madame avance dans son travail personnel. Elle souhaite reprendre son activité, elle se rend compte de l'impact qu'ont eu les relations avec sa mère

sur les relations qu'elle a avec ses enfants et surtout sur la place prise par cette mère et dont elle peut se décaler aujourd'hui.

Lors de la dernière séance, elle finit la dernière page de son album-photos et le reprend du début en le feuilletant. Au fur et à mesure, elle ajoute des éléments et de la couleur à chaque page et dit : « Ça faisait vide. » Je lui fais remarquer qu'aux premières séances elle avait voulu ce vide. Elle répond : « Eh bien, voilà ! Maintenant que j'ai vidé, je peux remplir. » Cette métaphore clôturera la prise en charge.

RÉFLEXIONS SUR L'ART-THÉRAPIE

L'entrée en art-thérapie peut passer par des approches évoquant un apprivoisement du lieu, de l'espace, des personnes. Ces tentatives d'approche sont le plus souvent un préalable à l'entrée dans le travail même si elles ne sont pas une systématique.

La mise en route du travail créatif passe, elle aussi, par des étapes fréquemment retrouvées. Les premières séances tournent souvent autour de la *reproduction* au plus près, voire parfois de l'inscription dans ce qui est déjà préétabli, par exemple, la reliure ou le tricot, les doudous, le coloriage de divers dessins imprimés. Il est fréquemment demandé par les patientes des modèles de dessins faciles à reproduire, voire à décalquer, des patrons. Les couleurs sont alors reprises telles qu'elles sont positionnées sur le modèle. Mais, quoi qu'il en soit, ce travail ne peut être fait à l'identique. Il y a un décentrage, un décalage qui crée un espace de subjectivité pour le patient : la couleur ne pourra jamais être la même que celle utilisée par l'artiste à un moment précis, les tissus sont différents. Même au plus près de la couleur, il y a toujours *une nuance*, un espace dans lesquels le sujet vient s'inscrire. Il y a aussi ces ratages, qui présagent souvent de la présence du sujet : tels des « lapsus de couleurs et de formes », ils se présentent souvent là où on ne les attendait pas...

Comment comprendre ce moment du « vouloir faire comme... calquer sur... » ? Face à de nombreuses interprétations possibles, il m'apparaît que la naissance d'un enfant, l'acte de reproduire, voire de se reproduire, s'appuie sur la « survie de l'espèce », mais aussi sur un désir de s'inscrire dans la lignée familiale, de perpétuer une histoire singulière. De laisser une trace, un prolongement de soi. Et peut-être de rester fidèle et prisonnière

des générations précédentes. La naissance amène un déséquilibre : il y a, entre autres, un passage du statut de l'enfant de ses propres parents à la position de parent de son enfant. C'est un moment très déstabilisant qui demande à se raccrocher à ce qui nous a porté jusqu'à présent. On se raccroche sans doute à reproduire ce que l'on a reçu, tant au niveau de l'éducation, de la culture, que de la relation. Reproduire ce que l'on a reçu, perçu, entendu pour ne pas sombrer.

Lorsqu'une patiente reproduit un dessin, un patron, elle s'appuie sur un autre et sur le désir de cet autre, en quelque sorte. Sa main travaille à s'adapter, à se fondre dans le trait du peintre, en collant au moindre point, en essayant de ne rien trahir de la pensée de l'autre. Il n'est pas question de s'autoriser à prendre de la distance, à se détacher du support, du tracé, sinon, sonne la sentence : « Je ne sais pas dessiner même quand il me suffit de copier. » C'est pourtant bien quand on tente de faire à l'identique qu'on est sûr d'échouer ! Les couleurs, les tissus récupérés sont une ouverture au renoncement à l'impossible. Le fait d'avoir un matériel simple, voire, parfois, volontairement rudimentaire, appuie cette ouverture. L'identique ne peut être qu'à la nuance près, car c'est dans la nuance que se cache le sujet. Dans la nuance et dans le geste, le mouvement. Ce travail de reproduction m'a longtemps questionnée quant à ma pratique : est-ce que je devais laisser faire et jusqu'où, est ce que je devais tenter d'y mettre fin ? Ma position s'est fixée sur le temps : laisser faire, laisser du temps. Un temps nécessaire à un peu de réassurance et surtout à la mise en place de la confiance et du transfert. Peut-être aussi le premier temps d'un renoncement : renoncement à un identique impossible. Renoncement à un idéal, à l'enfant imaginaire, à la mère parfaite, à sa propre enfance, à l'idée de perfection que l'on se faisait de l'éducation reçue... Un travail de dentelle ! je vous dis.

Comme un passage obligé pour certaines, ce temps de reproduction entre dans une démarche logique qui vient d'abord s'inscrire dans la matière. C'est un premier temps dans la reprise du processus de création. Peu à peu le décalage s'opère. Le sujet prend place, s'installe. Alors émerge un inattendu ou un « in-entendu », comme pour Mme C.

CAS CLINIQUE Mme C.

Je reçois Mme C. depuis plusieurs séances en individuel. Elle vient du milieu du théâtre, ce qui a son importance pour la suite. Je lui soumetts une feuille quadrillée avec des carreaux 5x5 et lui propose de peindre chaque carreau de couleur différente. En soi, cette proposition n'a pas de sens, et c'est bien pour ça qu'elle me plaît. Je n'en attends rien, chaque patient peut y entrer sans trop d'angoisse.

Dans un second temps, je demande à Madame de découper chaque carreau et de les installer sur une grande feuille avec, en tête, la phrase : « Les carrés se trouvent un autre espace. » Ouverture poétique mais qui peut paraître absurde. Mme C. semble un peu sceptique, un peu déstabilisée, comme à chaque proposition que je lui fais, mais elle s'y met et ça la fait rire.

Lorsqu'elle a fini, elle veut m'expliquer ce qu'elle a fait : « Ici, sur le côté de la feuille, j'ai mis les carrés qui se sont envolés, ce sont toutes les difficultés que j'ai pu commencer à régler dans l'unité, il y a même des carreaux noirs qui se sont envolés. En bas, c'est ce qu'il me reste encore à travailler : il y a quand même quelques carreaux noirs... Et vous allez me dire que je n'ai pas fait de carré en vert ? » Non ! Je n'avais pas vu ! « Ah ! que pourriez-vous en dire ? Eh bien, dans mon travail au théâtre, je ne mets jamais rien en vert : jamais de décors en vert, jamais de nappe en vert lorsqu'il y a des apéritifs, jamais de robe en vert... »

En vert, en vert... elle continue son énumération, et j'entends « envers ». Je demande : « Et l'envers, ça évoque quoi pour vous ? »

– L'envers ? euh... je ne sais pas ... Euh ! l'envers du décor, c'est un peu mon travail, l'envers... Euh... le travail dans l'ombre... Oh ! ... l'ombre de mon père ! »

Elle commence alors à raconter sa relation à son père ou du moins ce qu'elle en a perçu.

On voit bien dans cet exemple comment l'art-thérapie travaille avec l'insu. Elle se saisit des outils artistiques dans un but thérapeutique, mais pas forcément esthétique. Il s'agit de proposer au patient un espace pour dire d'une façon ou d'une autre, pour construire sa vérité, pour donner sens à ce qui n'a pas été symbolisé et le réinscrire dans une histoire. C'est le lieu

d'un véritable travail psychique bien distinct d'un atelier d'arts plastiques par la prise en compte de la dimension transférentielle, la reconnaissance de l'inconscient dans les productions plastiques et dans ce qu'il se passe autour de ces productions. La parole peut circuler alors d'un espace à l'autre et permettre au patient de se saisir de ce qu'il s'est passé dans la séance pour le travailler ou le retravailler dans un autre lieu thérapeutique, comme chez la psychologue du service ou encore avec les collègues de l'équipe.

CAS CLINIQUE

Mme L.

Mme L. a été victime d'inceste durant son enfance. C'est une personne qui peint très bien. Les tableaux qu'elle réalise sont d'une grande violence, très crus. Comme à chaque début de prise en charge, j'ai évoqué avec elle l'impossibilité de sortir le travail de peinture fait durant la séance. Seuls les objets construits pour les bébés peuvent être récupérés. C'est encore plus nécessaire pour cette maman, dont le mari et les filles viennent lui rendre visite tous les jours. Ses dessins peuvent à la fois être choquants pour ses enfants et aussi prêter à des interprétations sauvages qui pourraient heurter Mme L.

À la fin d'une séance, malgré ce que je lui ai dit, Mme L. me demande si elle peut emporter les dessins qu'elle vient de faire et qui sont vraiment très évocateurs. Je prends le temps de la séance pour lui répondre. En fin de séance, elle insiste pour récupérer ses dessins, malgré mes réticences, disant qu'elle souhaite les montrer à la psychologue. Elle s'engage à les rapporter à la séance suivante. J'entends quelque chose d'une nécessité pour cette femme et je décide d'accepter.

Lorsqu'elle revient à la séance suivante, Mme L. rapporte ses peintures. Je reprends ce moment avec elle. Je lui demande ce qu'il s'est passé pour elle par rapport à ces dessins. Elle est contente d'avoir pu les sortir parce que ça a rendu vivant ce moment de peinture. Un peu comme si cela rendait plus réelles nos séances. Parfois, elle dit avoir eu l'impression de rêver ce qu'il se passait dans nos séances. Ces moments de rencontres où beaucoup de choses viennent se dire et se montrer peuvent lui sembler irréels, je lui demande en quoi les emmener chez la psychologue était pour elle un geste nécessaire : « C'était une façon de porter plainte », dit-elle.

Jamais elle n'avait pu le faire. Elle cachait ses souvenirs comme quelque chose de honteux, dont elle se sentait coupable, et les dessins qu'elle laissait dans la salle reprenaient en quelque sorte ce fonctionnement : cacher, ne pas montrer, avoir honte. Ainsi a-t-elle pu porter plainte à sa façon ! Elle ajoute que le français est sa cinquième langue et que les mots précis qu'elle aimerait parfois employer lui manquent. Là, elle a pu mettre des images précises en attendant les mots.

Pendant qu'elle entame un nouveau travail plus coloré où elle représente ses filles et abandonne les dessins crus, elle dit se rendre compte que le processus qui aboutit à la création est plus important que la création elle-même.

Ainsi, chaque lieu peut être utilisé comme autant d'outils nécessaires à la reconstruction : l'art-thérapie est un de ces lieux. Pour les patientes, ce qui s'est fait l'après-midi lors des séances devient parfois base d'échanges avec les autres mamans et surtout avec les infirmières, les auxiliaires puéricultrices, la psychologue et les médecins du service qui peuvent s'en saisir pour aborder certains points de l'histoire familiale ou autre. Même si l'art-thérapie se pratique le plus souvent dans l'intimité d'un tout petit groupe, sa pratique s'inscrit dans un travail d'équipe bien plus large et œuvre, à son modeste niveau, au maillage que constitue le réseau périnatal : un vrai travail de dentelle.

**LA PETITE FABRIQUE D'HISTOIRES
DE L'UNITÉ PARENTS-BÉBÉ
LABORATOIRE DU FÉMININ EN MARGE DE L'ÊTRE MÈRE**

Nathalie AROCA¹, Claire CAPRON²

L'atelier d'écriture la Petite fabrique d'histoires est un lieu pour s'écrire et se raconter des histoires, pour faire parler l'autre en soi, pour éprouver la recherche de ce que l'on veut écrire, de ce que l'on croit pouvoir laisser voir de notre écriture.

Il est question de dédier un espace propice à la créativité dans un lieu qui ne traite pas directement de la relation mère-bébé mais offre aux femmes la possibilité de jouer avec les mots, de s'écrire des histoires et de tisser des récits. Une parenthèse pour accueillir la créativité.

Utiliser l'écriture donc, comme prétexte à rêver, comme expérience intérieure et néanmoins vouée à être partagée à travers la lecture des textes.

Ainsi, un des objectifs de cet atelier d'écriture est de permettre aux écrivantes de mobiliser leur imaginaire dans un espace contenant et de faire l'expérience de l'activité créatrice.

1. Infirmière, Unité parents-bébé, Centre hospitalier de Montfavet-Avignon.

2. Psychologue, Centre hospitalier de Montfavet-Avignon.

UNE ACTIVITÉ TRANSVERSALE

Nous interrogerons ici comment l'atelier d'écriture à l'unité parents-bébé participe de la régulation des mouvements psychiques qui entourent l'événement de la naissance, notamment quand ces mouvements débordent les principaux acteurs autour du bébé, la mère en toute première ligne.

L'atelier d'écriture, qui par essence propose une activité « transversale », commune à la plupart d'entre nous, voire à chaque être humain mû par un désir d'inscrire dans la matière une pensée qui l'habite, de lui donner une figuration concrète, matérielle, pour pouvoir s'en séparer et la contempler, l'analyser, la développer..., l'atelier d'écriture n'est donc spécifique ni au soin ni à la périnatalité. Pour autant, nous verrons comment, par le *détour*, il participe potentiellement à une relance psychique pour des mères en mal de maternité.

CRÉATION, PROCRÉATION, RÉCRÉATION

Prévu tous les mardis après-midi en une séance d'une heure, pour les patientes hospitalisées en hôpital de jour ou prises en charge en ambulatoire, le lieu géographique et psychique de l'atelier d'écriture maintient sa proposition de venir y faire une expérience thérapeutique particulière au sein du panel de soins pour le traitement de la relation précoce. Le « particularisme » tient ici de cette position à la marge par rapport aux autres soins plus directs au regard du projet thérapeutique de l'unité (traitement de la relation précoce). C'est un des rares soins groupaux, avec les soins Berceuses et Conte-relaxation, et son média n'est pas centré sur la dimension psychocorporelle. Et, s'il traite de la relation précoce, il le fait en l'absence du bébé, dans cette absence qui peut laisser place à la construction, à l'élaboration, à l'analyse des représentations du bébé, de la relation à ce bébé générées dans le psychisme de la mère. En effet, cette absence est prise dans le travail de séparation et entraîne la formation de représentations mentales dans chacun des deux psychismes, celui de la mère et celui de son bébé, essentielles pour supporter cette séparation et intégrer la relation, la continuité du lien au-delà des présences physiques.

Ici, la création artistique, où il s'agit de produire un objet artistique, une écriture, un texte en l'occurrence, s'invite autour de la procréation, où un petit d'homme a été mis au monde, après s'être formé au creux du corps d'une femme, qui l'a expulsé pour qu'il prenne place sur Terre, hors de son ventre, au sein de l'humanité. La procréation est vue comme la transformation d'une femme en mère avec un enfant issu de l'accouplement féminin-masculin – irréductible couple sexué des gamètes originels. La création artistique peut ici être l'occasion de rejouer la procréation avec l'expulsion hors de soi, procurant alors le plaisir de produire, d'être auteur(e), amenant à la reconnaissance d'un objet différencié de soi et relié à soi, un objet satisfaisant et valorisant, toutes dimensions qui ont pu être l'occasion d'un ratage lors de la procréation dans le réel des corps. La scène peut se rejouer, sans danger, et elle a l'occasion de se réparer, de réécrire le scénario pour un dénouement désaliénant.

Dans ce bouleversement de la naissance, à la suite des décompensations pathologiques, des effondrements psychiques, des secousses violentes et brutales que provoque parfois cet événement dans la vie des hommes et des femmes, une invitation est faite, ici, de s'écrire sur une page blanche, vierge, de reconstruire l'histoire en se racontant des histoires (sans toutefois être dupe, ici, la fonction soignante agit en garde-fou), en écrivant des récits fictionnels, en jouant avec les mots. L'atelier d'écriture est un espace de récréation qui tente, par l'activité ludique et créative, de dégager le sujet du bourbier d'une réalité trop lourde, de relancer une dynamique psychique, de réparer les blessures narcissiques...

L'écriture est envisagée ici comme une récréation : l'atelier d'écriture propose de jouer avec les mots, de retrouver l'ouverture de possibles dans l'équivoque du langage, d'associer les sens, les significations, les sonorités, les formes des mots, de les inscrire, de les mettre en page, d'en jouer, d'en jouir, de construire des récits qui surprennent par l'insu qu'ils révèlent. Il s'agit de découvrir le plaisir qu'il y a à s'adonner à la création artistique sans objectif utilitaire et pratique, de jouer et de travailler vers la découverte d'un insoupçonné parfois surprenant, émouvant, juste, voire transcendant.

UN ATELIER THÉRAPEUTIQUE

La dimension thérapeutique, qui fonde cet atelier psychothérapeutique à médiation créatrice, repose sur l'hypothèse que cette découverte-là et cette pratique-là de ce qui s'écrit sous contrainte ont des effets sur le processus créateur qu'elles opèrent dans la dynamique psychique du sujet. Des effets attestés¹ qui deviennent dès lors une ressource désormais possible, comme un point de repère plus ou moins solide et à consolider sans doute, point d'appui dans le travail psychique en cours.

La mobilisation dans un domaine sollicitant l'imaginaire, le pouvoir créateur, la construction, l'élaboration d'une pensée complexe agit comme un « embrayeur psychique ». Outre cet effet, il y a aussi l'aspect révélateur d'un insu qui s'exprime au décours d'un texte, qui prend forme parfois comme une évidence enfin mise au jour. Ainsi, les effets d'interprétation² (au sens psychanalytique) peuvent provoquer des points de bascule dans le travail psychique : il y a alors un avant et un après du texte.

Voici le fonctionnement de l'atelier en lien avec les hypothèses théorico-cliniques qui le soutiennent.

LA PETITE FABRIQUE D'HISTOIRES, EN PRATIQUE ET EN FONCTION
SUR UN LIEU DE SOINS EN PSEYPÉRINATALITÉ

Le temps, l'espace

Cet atelier hebdomadaire de séance collective se déroule dans une salle de réunion – le secrétariat³, située dans le couloir d'entrée, avant le bureau infirmier, après la salle du soin Piscine et les bureaux des médecins et des psychologues, dans cette partie adjacente et non incluse à celle consacrée au quotidien de l'hospitalisation de jour : cuisine, salle à manger, salle d'éveil, salles de bains, chambres.

1. Le travail d'analyse, d'élaboration des animatrices-soignantes d'une part, à partir des séances d'écriture, dans les échanges avant et après séance, mais aussi dans les temps de supervisions, et, d'autre part, par ce que peuvent dire les patientes de leur participation à l'atelier, de ce que cela produit sur elles, nous permet de repérer les effets thérapeutiques, particulièrement dans la relance de la dynamique psychique que ce soin peut apporter.

2. « L'interprétation met au jour les modalités du conflit défensif et vise en dernier ressort le désir qui se formule dans toute production de l'inconscient. » LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (2007 [1967]) *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, « Quadrige ».

3. Cet « objet » étrange, fermé, secret, qu'a pu être l'atelier à ses débuts, suscitant des fantasmes de scène primitive est aujourd'hui un objet pacifiant, il a même intégré l'espace du bureau de la secrétaire comme celui du secret institutionnalisé. Désormais il est plutôt vécu comme un laboratoire participant au soin dans la prise en charge des liens précoces défaillants.

L'altérité

Du côté des patientes, c'est un espace autre dans la continuité de l'espace familial de l'hôpital de jour d'où proviennent la majorité des participantes, sachant qu'elles peuvent également être en soins ambulatoires. Une invitation leur est faite de participer à un atelier créatif, à se montrer autres dès lors, quelles que soient leurs difficultés, leurs « pathologies »...

Du côté de l'animation soignante, il s'agit d'une coanimation à trois, pour qu'il y ait toujours un empêcheur de tourner en rond, pour faire l'expérience d'une entente à trois, et de la différenciation de chacune des places.

Il y a d'une part deux animatrices venant de l'équipe pluriprofessionnelle de l'unité, une puéricultrice, Nathalie Aroca, et une infirmière, Trine Saupic, qui vient d'intégrer notre trio. Elles alternent dans la coanimation des séances qui se fait en binôme. Elles ont une fonction de référentes dans l'hôpital de jour et, ici, elles ont à se déprendre de cette fonction, de cette attention focalisée qui protège le bébé dans le lien à sa mère, pour être, cette fois, à l'écoute de cet espace autre, de ce laboratoire du féminin en marge de l'être mère.

Elles assurent l'articulation du dedans-dehors à la fois dans le soin au quotidien des dyades, dans les réunions cliniques, dans les écrits du dossier médical des patientes, mais aussi, ici, dans cet atelier ouvert sur le social, dans la pluralité et la transversalité de son média, elles ont à être dans la créativité et dans l'ouverture vers l'expression libre du sujet au-delà de la mère.

La troisième animatrice porte une fonction d'altérité, d'extériorité, puisque, psychologue clinicienne par ailleurs sur le Centre hospitalier de Montfavet, je (Claire Capron) ne viens à l'unité parents-bébé que le mardi après-midi pour animer, préparer et organiser l'atelier. Je ne participe pas aux réunions cliniques et ne consulte ici aucun dossier patient. Cette position garantit une neutralité, une « virginité » dans l'accueil, un regard déstigmatisé et déstigmatisant autour de la simple proposition d'écrire ensemble. Par ailleurs, je suis engagée personnellement dans un travail d'écriture au-delà de cet atelier, ce qui me permet d'être porteuse et coporteuse avec les coanimatrices de la fonction artistique du média. J'ai également une fonction de « fil conducteur » : j'ai créé cet atelier, je

le soutiens régulièrement dans sa dimension théorico-clinique et suis le binôme permanent de la coanimation.

ESTHER À LA PETITE FABRIQUE D'HISTOIRES

Esther, une femme de 38 ans, mère de deux enfants, a particulièrement attiré mon attention. Non pas pour le contenu de ses écrits mais pour son rapport à l'écriture et pour un autre aspect d'elle qu'elle a – possiblement malgré elle - pu dévoiler durant les séances d'écriture.

Dès sa première participation à l'atelier, Esther met du temps avant de débiter un processus d'écriture et attend indéfiniment devant sa feuille. Je (Nathalie Aroca) me demande alors pourquoi elle vient de manière assidue aux séances. Lorsqu'elle écrit, dans les premiers temps de sa participation à l'atelier, son thème de prédilection est l'enfance. Elle écrit une progéniture et une relation aux enfants idéalisées, magnifiées et édulcorées : ses textes sont doux et sucrés.

Au fil des séances, elle commence à se montrer différemment, et nous observons chez elle un autre aspect, un autre reflet de son image. En effet, elle se montre attentive aux consignes, choisit avec soin la couleur de son stylo, de sa feuille, et elle semble avoir du plaisir à être à l'atelier et à se confronter à l'écriture.

Un jour, elle sollicite des échanges avec moi à propos de l'écriture en dehors du temps de l'atelier, et lorsqu'elle me donne, par deux fois, un texte réécrit, je m'autorise à penser que l'écriture en tant qu'objet culturel, commence à avoir un effet sur Esther qui dépasse largement le cadre de l'atelier. Aussi, plus tard, s'appuyant sur une proposition d'écrire une lettre à un être réel ou imaginaire, elle écrit une lettre à sa belle-mère. Une mère qui écrit à une autre mère...

Ce texte fait basculer pour Esther dans son investissement de l'écriture. Avec la feuille comme miroir, elle s'autorise à regarder autrement à l'intérieur d'elle. Elle commence à se décaler de son thème habituel, dévoile un vocabulaire plus riche et rectifie sa posture pour partager son texte. Elle se redresse, et sa diction devient plus claire.

Jusqu'alors, ses textes étaient faits de concret, de vie réelle. Avec la mise en écriture d'une lettre, elle se laisse aller à l'imagination, et ses textes se remplissent d'autofiction. À cet instant, elle n'a pas conscience

du processus de créativité à l'œuvre en elle. Elle écrit, elle agit avec une contrainte intérieure, celle du traumatisme qu'elle a connu dans son lien aux autres, en offrant sa lecture à l'autre, elle rétablit du lien même si, le plus souvent, avant la lecture de son texte, elle se dévalorise. Je fais alors l'hypothèse que la dimension pessimiste et dévalorisante de ses éprouvés est en miroir avec le regard que ses parents ont porté sur elle enfant, puis à travers les yeux de l'homme qui a partagé sa vie.

Comme l'exprimerait Didier Anzieu, le processus de restauration de la sécurité narcissique est à l'œuvre.

Analepse

Esther est accueillie en hôpital de jour avec son bébé depuis plusieurs mois pour être soutenue et accompagnée dans un contexte de troubles du lien à son bébé liés à un environnement conjugal violent et carencé. Elle était une enfant négligée, probablement maltraitée et ayant subi des violences conjugales d'un homme qu'elle a quitté mais sous l'emprise de qui elle reste. Elle a trouvé refuge dans un centre maternel à la suite d'une agression de trop de la part de son conjoint.

L'image qu'elle renvoie à l'équipe soignante est celle d'une femme carencée affectivement, intellectuellement et qui peut être dans la manipulation perverse en utilisant le conflit et l'attaque du cadre comme relation à l'autre. Sa posture est recroquevillée, son débit de paroles est rapide, presque fuyant, comme son regard. Dans la relation à sa fille, elle ne laisse pas d'espace à l'autre. Les besoins fondamentaux de son enfant ne sont pas prioritaires sur les siens, son portage est défaillant et l'harmonie affective est insuffisante. Elle présente un trouble évident de l'accordage à son bébé, et ses capacités d'ajustement sont limitées.

Avec les autres, elle est en retrait, évitante. Elle est en économie relationnelle et nous donne à penser qu'il faut l'appivoiser pour pouvoir l'approcher et prendre soin d'elle.

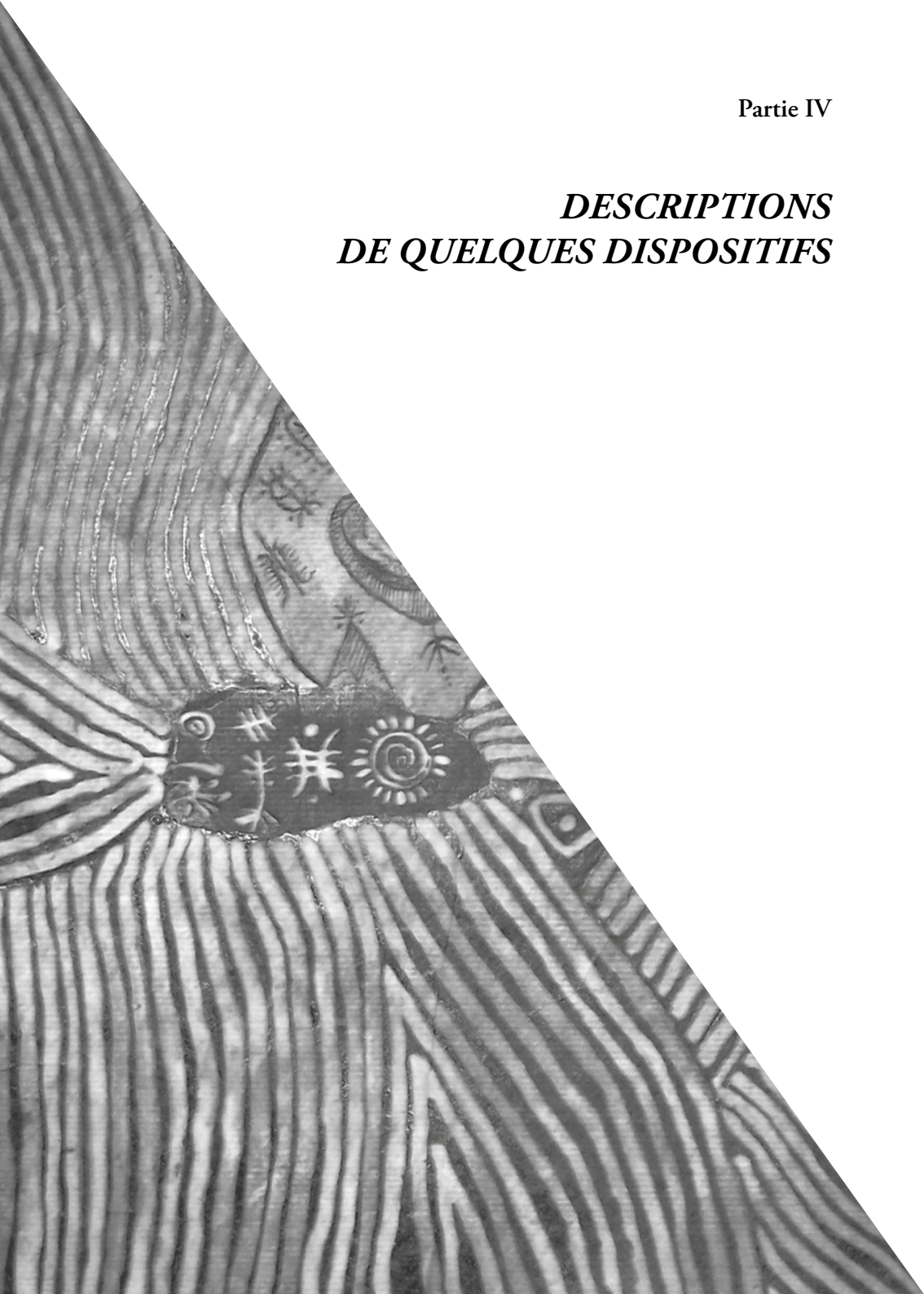
Esther, femme enfermée dans une relation d'emprise à l'autre depuis si longtemps, quand elle écrit, ne devient plus activement l'objet de l'autre puisqu'elle utilise l'objet écriture. Elle écrit à sa belle-mère, et que celle-ci soit réelle ou imaginaire dans sa représentation, elle est la mère de l'homme dont elle est l'objet. Esther utilise ses maux et les met en mots au travers

de récits, les colore de feutres bariolés et choisit toujours une feuille de couleur.

Esther, qui ne parvient pas à se défaire de l'emprise d'un ex-compagnon violent, est forte le temps de l'atelier car « il faut être plus fort que soi pour aborder l'écriture, il faut être plus fort que ce qu'on écrit », comme nous l'écrit Marguerite Duras dans *Écrire*.

Partie IV

*DESCRIPTIONS
DE QUELQUES DISPOSITIFS*



UN ACCUEIL PARENTS-BÉBÉ SANS RENDEZ-VOUS

Stéphanie DUPUIS¹ et Marie GENTIL (coauteur)²

L'UNITÉ PÈRE-MÈRE-BÉBÉ

Notre unité appartient au service de pédopsychiatrie de l'intersecteur Sud de la Côte-d'Or, à Dijon. Nous appartenons donc à la région bourguignonne. Au milieu du XIX^e siècle, celle-ci a été le berceau des nourrices morvandelles qui ont vendu leur lait pour nourrir les bébés des familles parisiennes. Nombre d'enfants ont alors été séparés de leurs mères, qu'il s'agisse des bébés qui quittaient leurs familles parisiennes en direction de la Bourgogne ou des bébés bourguignons renvoyés ou restés dans les terres natales, loin les uns comme les autres du giron maternel.

Quand j'ai débuté en 2000, j'ai eu l'opportunité de travailler dans cette partie de la Bourgogne du Haut-Nivernais, dans la maternité de niveau 1 de Clamecy, qui a malheureusement été fermée en 2008. Je pouvais exercer pleinement mon métier de psychologue clinicienne puisque je me

1. Stéphanie Dupuis est psychologue clinicienne dans deux services de pédopsychiatrie de l'hôpital de La Chartreuse, à Dijon, le premier chez les enfants de la naissance à 6 ans, le second dans l'Unité père-mère-bébé. Elle est aussi accueillante dans un lieu d'accueil enfants-parents du style des Maisons vertes créées par Françoise Dolto.

2. Marie Gentil est sage-femme à l'unité père-mère-bébé de l'hôpital psychiatrique de La Chartreuse, à Dijon, depuis septembre 2017. Elle a exercé trois ans en maternité de niveau 1, dont six mois comme cadre puis six ans comme sage-femme de PMI sur Dijon et son agglomération. Elle travaillait déjà en réseau avec le Dr Stéphanie Leclercq au moment de la création du poste, que celle-ci lui a annoncé alors qu'elle était en congé maternité.

rendais au chevet des patientes et j'y avais vite fait le constat que nous étions loin de l'absence de considération du nourrisson du milieu du XIX^e, puisque c'est là que j'ai pu découvrir ce que pouvait être un travail de réseau impliquant échanges et réflexions avec les services de la PMI, de la psychiatrie adulte, des CMP adultes et de la pédopsychiatrie, les synthèses communes et l'accompagnement au plus proche des besoins des familles. J'ai eu la grande chance alors de travailler avec une autre formidable sage-femme Mme Danielle Capgras, qui a beaucoup œuvré pour les entretiens prénatal et postnatal précoces.

Lorsque je suis revenue travailler à Dijon dans le service de pédopsychiatrie auquel nous appartenons maintenant, je fus vite surprise de ne pas recevoir de tout-petits : au mieux, ils avaient deux ans et demi, alors que mon service était censé les accueillir depuis la naissance... Il y avait bien sûr, sur Dijon, l'activité du Réseau de périnatalité bourguignon et de la maternité.

Il nous faut saluer le travail d'un médecin de pédopsychiatrie, Mme le docteur Stéphanie Leclercq, empreint d'une grande motivation et d'une belle énergie pour accueillir les professionnels désireux de se mettre en réflexion autour des questions de périnatalité. Elle a permis de développer notre installation progressive.

PRÉSENTATION DE L'UNITÉ

La psychiatrie périnatale sur Dijon a donc débuté grâce au Dr Stéphanie Leclercq. Cela consistait, au départ, en une matinée de consultation sur la maternité du CHU. Elle a été ensuite rejointe par Sébastien Abel, musicothérapeute. Puis la consultation père-mère-bébé a été officiellement reconnue comme unité fonctionnelle permettant l'arrivée de Jean-Marc Albert, cadre de santé, et de Carine Caillot-Bernard, assistante médico-administrative, qui fait tourner les rouages ! Méryl Bierry, enseignante en activité physique adaptée, qui s'est formée à l'approche psychocorporelle en période périnatale, est arrivée en 2015, puis le Dr Emilie Phan, pédopsychiatre à 20 %.

En 2017, la consultation est devenue l'unité père-mère-bébé et un poste de sage-femme à temps plein a été créé. Le partenariat avec la maternité du CHU de Dijon a été officialisé. Ont été également « mutualisés » à 20 %

les locaux et deux professionnelles d'une unité accueillant des enfants autistes, Valérie Maurand, infirmière, et Paulina Kosinski, éducatrice. En 2018, ont rejoint l'équipe, une assistante sociale à 10 % et moi-même, psychologue à 20 % également. Ma collègue sage-femme, Marie Gentil, étant la seule à temps plein sur l'unité, l'offre de soins est principalement concentrée sur 20 à 30 %.

Le Dr Leclercq et Mme Gentil sont présentes à un staff médico-psycho-social hebdomadaire sur la maternité du CHU avec pédiatres, obstétriciens, sages-femmes hospitalières et de PMI, et l'assistante sociale de la maternité.

Nous travaillons aussi en lien avec la sage-femme coordinatrice de PMI, ainsi qu'en collaboration avec le Réseau périnatal de Bourgogne pour un versant plus à destination des professionnels par le biais d'informations et de formations, des reprises de cas, par exemple.

Lorsque nos patients prennent la décision de nous rendre visite, il faut savoir qu'ils ont souvent à franchir plusieurs portes. Tout d'abord parce que nous appartenons à l'hôpital psychiatrique de La Chartreuse, dite la « Chacha » dans l'agglomération dijonnaise. Il m'est arrivé de penser et de rêver leur entrée et de me dire qu'effectivement, avant toute chose, il faut nous trouver. Cette « trouvaille » suppose de rentrer dans l'hôpital de La Chartreuse, qui n'est pas n'importe quel site : il se situe en plein centre-ville de Dijon derrière des murs d'« enceinte » datant du XIV^e siècle, construits par les ducs de Bourgogne. Quand on observe le plan de notre site, on voit qu'il est d'une beauté exceptionnelle puisque situé au milieu d'un parc naturel et arboré de vingt-cinq hectares dont quinze d'espaces verts. M'est aussi venue l'idée que cet aménagement pouvait être vécu comme une sorte de labyrinthe... tout à côté du puits de Moïse, celui-là même qui a été sauvé des eaux.

Nous nous rendons bien compte que l'arrivée de nos patientes avec leurs bébés et leurs compagnons ne va pas de soi dès le début.

Notre offre de soins

Lors du recrutement d'une sage-femme à temps-plein, son poste a été réfléchi afin d'améliorer la qualité des soins, en apportant une réponse le plus rapidement possible et en permettant une meilleure coordination et une meilleure continuité dans la prise en charge. La sage-femme peut être

amenée à se déplacer dans les services, notamment ceux de la psychiatrie adulte, de la maternité, et également à domicile, afin de coordonner les prises en charge obstétricale et psychiatrique entre les services hospitaliers, les libéraux et les professionnels médico-sociaux, notamment la PMI.

Auprès des patientes, elle utilise ses outils de sage-femme pour soutenir le lien mère-bébé, les rassurer sur leurs angoisses et répondre à leurs questions autour de la grossesse et de l'accouchement, les aider dans l'acceptation des modifications corporelles de la grossesse...

Ce n'est pas toujours simple pour une femme d'accepter de se reconnaître comme ayant besoin d'une aide relevant de ce lieu, avec les représentations communes qu'il suppose. D'une part, cela amplifie son sentiment de perte d'identité, parce que la femme qu'elle était est à présent en difficulté pour devenir la mère idéale qu'elle imaginait devenir, celle qu'elle avait rêvée, celle qu'on attend aussi dans son entourage familial. D'autre part, cela l'inscrit dans l'acceptation qu'il ne s'agit pas seulement d'une « petite déprime » ou d'un « petit coup de fatigue » ou « seulement d'un mauvais moment à passer comme nous l'avons tous connu », paroles entendues depuis des semaines.

Ces patientes pourront vivre l'ambivalence d'être partagées entre l'appréhension de se reconnaître en difficulté et le besoin de recevoir de l'aide de la part de professionnels appartenant à la psychiatrie. Elles pressentent aussi que ce peut être la possibilité pour elles de s'autoriser enfin à se livrer pleinement au sujet de cette difficulté, avec le désir de faire disparaître la souffrance qu'elles subissent et connaissent depuis parfois bien avant la naissance du bébé.

C'est pourquoi l'accueil groupal permet une sorte de dédramatisation, puisque, dans leur rencontre avec les autres, elles vont pouvoir confirmer l'importance de cette démarche : très vite, elles se reconnaissent dans un vécu partageable et entendable par d'autres. Le groupe, dans ses modalités d'accueil, peut être utilisé dans sa particularité de « fonctionnement transitionnel », au sens winnicottien.

Selon René Kaës (1976), s'il y a traumatisme – et chacun sait combien l'arrivée d'un enfant peut s'y apparenter dans ses modalités d'effractions identitaires – les aménagements ressemblent souvent à un repli narcissique. Les modalités relationnelles sont indifférenciées ou rendues confuses pour pallier le risque d'effondrement. Le prêt-à-penser groupal, dans ce cas,

peut aider à parer les failles des appareils psychiques individuels, l'idée étant que, en lien avec la phase très précoce vécue par chaque individu dans ses rapports à son propre objet d'attachement, la rencontre avec le groupe permettra un double rappel d'un équilibre à trouver entre réalité interne et réalité externe.

De plus, la prise en charge collective permet de créer un environnement sûr où les échanges et l'expression des émotions peuvent être régulés par les professionnels. Ce travail complète celui en individuel en favorisant le recul par rapport à une situation personnelle et également en encourageant l'émergence des émotions par les interactions, ainsi que la rupture avec le sentiment d'isolement. Cet « *holding* groupal », apte à contenir les angoisses primitives, permet à tout un chacun de se livrer, grâce à sa fonction d'étayage, tout en se sentant protégé.

Selon Claudine Vacheret (2005), chacun des participants pourra parler de lui à un autre sans imaginer que ce qui se dit fait écho à un autre qui pourra à son tour se réapproprier cette parole.

La circulation de la parole permet au groupe de s'autoréguler, chaque participant peut passer du rôle de celui qui parle à celui qui écoute. Ces mouvements propres à l'identification projective, semblables à ceux des phases les plus précoces entre la mère et son bébé lors de l'attente du bon sein, permettent, au fur à mesure, l'installation d'un « appareil à penser les pensées » (Bion 1962).

Nous allons présenter plus précisément notre accueil parents-bébé sans rendez-vous. Trois d'entre nous sont allés en stage terrain à l'unité parents-bébé de Besançon : ils doivent être remerciés, car ils ont contribué à l'élaboration de certains de nos dispositifs.

L'ACCUEIL PARENTS-BÉBÉ

En 2018, trente-trois familles ont été accueillies sur l'accueil, soit 17 % de notre file active. Nous n'avons reçu aucun papa seul avec son bébé mais 30 % sont venus à un moment donné avec leur compagne et leur enfant. Il y a autant de familles qui ont bénéficié d'une seule séance que de famille qui sont venues trois fois ou plus. Nous constatons qu'à leur arrivée la moitié des bébés étaient âgés de quelques jours à un mois.

L'entrée et l'arrivée

Notre accueil se situe dans le hall du bâtiment qui accueille le pôle C, service de pédopsychiatrie de l'enfant. Nous occupons chaque lundi après-midi des locaux qui, le reste de la semaine, sont attribués à un service recevant des enfants autistes. Ce qui suppose, chaque lundi, un aménagement avec une installation de tapis et de jouets appropriés à nos petits patients. Lorsqu'ils franchissent la porte, nos patients sont le plus souvent des dyades composées de la mère et du bébé; ils passent une première porte donnant sur un petit couloir qui a la particularité d'être vitré, les mamans et leur bébé peuvent donc voir ceux déjà arrivés, ce que je trouve particulièrement intéressant parce que ce dispositif inaugure pour moi une des modalités du fonctionnement de notre accueil, avec la possibilité de voir et d'être vues, puisque le groupe d'accueillis et les soignants peuvent aussi, de leur place, « à l'intérieur », les voir arriver.

Notre accueil par les professionnels

Notre présentation, d'emblée, adressée à la mère, au père ou au bébé qui arrivent, énonce les modalités de notre cadre de travail. Ici, chacun aura sa place. Dès leur arrivée, nous allons les accueillir, nous présenter et les encourager à nous rejoindre à *leur rythme* dans la pièce commune. Celle-ci est installée de façon à laisser la possibilité à chacun de prendre place dans le groupe ou de s'installer « juste à côté » des autres, eux-mêmes regroupés autour d'une table « nourricière » où se trouvent café, thé et gâteaux. Chacun a la possibilité de tâtonner dans son installation et sa propre présentation aux autres.

Ainsi, nous leur laissons la possibilité de choisir la meilleure distance, la plus acceptable pour eux, entre eux et leur bébé, entre eux et le reste du groupe et aussi entre eux et les soignants... Notre cadre peut être semblable à celui mis en place dans les lieux d'accueil des Maisons vertes. Il n'y a pas d'inscription au préalable, on y reste le temps que l'on souhaite et la parole est portée par le groupe, chacun y est libre d'y exprimer sa singularité. L'autre accepte que chacun puisse avoir la liberté de s'exprimer, quelles que soient son histoire et sa rencontre avec son bébé. Le groupe est un lieu d'hébergement psychique (RACAMIER 2001).

Tout comme dans un lieu d'accueil du style des Maisons vertes, les histoires de vies qui se croisent au sein de notre groupe sont souvent d'une grande diversité; il nous arrive de penser, nous, professionnels, que certains discours parentaux pourraient heurter, voire détruire les aménagements de certains autres parents. Il s'agit avant tout d'y entendre la toute-puissance qui serait la nôtre de croire que nous serions garants d'un accueil idéal, épargné de tout le pulsionnel, de la destructivité à l'œuvre dans les rencontres parents-bébé.

Souvent, nous sommes conduits à entendre avec étonnement, pour ne pas dire avec émerveillement, la manière dont les patients se racontent. Nous avons encore en mémoire le souvenir de la rencontre de deux mères assises côte à côte, l'une ayant de fortes angoisses et des préoccupations concernant l'hygiène, avec parfois des manifestations physiques importantes liées à des fantasmes de contamination intenses, et l'autre lui présentant en photographies son intérieur et lui expliquant que son bébé vit sur un tapis au milieu de cinq chiens qui, d'ailleurs, ont été un peu présents lors de nos accueils par leur odeur familière accompagnant leur maîtresse. Ce jour-là, toutes deux ont échangé, ont ri et ont semblé prendre du plaisir à se retrouver en blaguant de leurs différences et en se tapant dans les mains : « La légèreté de la rencontre par une indispensable légèreté du lien » (JEAMMET, 1992).

Il nous arrive parfois d'accueillir des papas. C'est toujours un moment qui permet au groupe d'avancer sur des questions importantes. Nous travaillons beaucoup sur la question de l'attention et de l'attente (peut-être parce qu'on ne sait pas qui sera là). Une fois, dans l'attente d'accueillir aussi les pères, trois d'entre eux sont venus le même jour sans le savoir; l'étonnement était partagé au sujet de ces rencontres, fortuites ou non... Une autre fois, la présence d'un père venu avec sa femme a permis à une mère séparée depuis peu d'exprimer ses craintes concernant la demande du père de son enfant de onze mois d'obtenir une garde alternée. Ce papa lui a dit : « C'est pas des situations simples ». S'est alors engagée une discussion entre eux dont nous avons été témoins. J'avais remarqué comment, auparavant, cette dame et la femme de cet homme s'étaient alliées, elles, contre « ces pères » qui n'étaient pas attentifs à harmoniser la vêtue de leurs petites filles.

Le groupe, par ce *containing*, est capable de résister à ces sentiments dont les participantes cherchent à se débarrasser et pour lesquelles les échanges

et les rêveries partagées offrent en retour du suffisamment supportable. Récemment, un soignant nous faisait remarquer que notre dispositif était avant tout un temps d'accueil et non un lieu d'accueil, comme pourrait être celui de la Maison verte. Cette remarque est pertinente et demanderait à être approfondie mais semble d'ores et déjà se justifier dans ce que nous renvoient certains parents lorsqu'ils évoquent L'« accueil du lundi ». C'est ce temps qui va être choisi, par exemple, pour poser le jour de congé parental suite à la reprise du travail : « Comme ça, je pourrai continuer à venir! » disent les mamans.

Notre dispositif est identifié comme un temps peut-être aussi parce qu'il s'inscrit dans la possibilité d'appartenir à l'entité qu'est l'Unité père-mère-bébé, où d'autres soins peuvent être donnés. Mais la possibilité de venir à sa convenance le rend différent des autres temps de soins et de leur cadre (horaire des rendez-vous, constance du soignant qui accueille). Cette « malléabilité », au sens de Marion Milner (1990), donne aux mères la possibilité d'expérimenter des allers et retours à leur rythme pour venir exprimer leurs symptômes. Je parle de symptôme¹ par association avec cette notion de temps.

Les mères utilisent ce moment pour nous parler de ce qui passe pour elles, pour ne pas dire « ce qui tombe sur elles », lors de ce temps particulier de l'accueil de leur enfant. Alors elles ne nous disent jamais : « Bonjour, je viens vous voir parce que j'ai un symptôme dont je dois m'occuper », mais bien : « Je viens d'avoir un bébé, je l'attendais comme un moment heureux et voilà que ça me tombe dessus, surviennent une grande tristesse ou une grande détresse auxquelles je ne comprends rien. » Le plus souvent, elles évoquent l'absence de temps : plus le temps de prendre sa douche, de lire, de se regarder dans un miroir. Sur le temps d'accueil, elles n'ont pas à choisir entre s'occuper d'elles ou s'occuper du bébé, elles savent qu'ils seront entendus ensemble et aussi, et surtout, qu'elles seront entendues en présence. Elles évoquent souvent leur difficulté à s'occuper de leurs bébés toutes seules.

Nous avons reçu une maman, Mme R., dont la rencontre avait débuté avec la rencontre de notre sage-femme, Marie. Voici le récit de cette rencontre.

1. Symptôme, du grec, *symptomata* (coïncidence, accident) formé à partir du verbe *sumpiptō* (se produire, coïncider), lui-même formé de la racine *piptō* (tomber) et du préfixe *sun* (avec).

Rencontre avec Mme R.

Ma collègue sage-femme, a reçu Mme R. le lendemain de son appel, elle est venue avec ses « bagages » dit-elle, au sens propre comme au sens figuré, persuadée qu'on allait l'hospitaliser en psychiatrie.

La patiente présentait un trouble anxieux et des angoisses importantes, majorés par un manque de sommeil, notamment dès qu'elle était seule avec son bébé et qu'il ne dormait pas. Après consultation, Madame étant bien entourée, elle est repartie avec une prescription d'Atarax si besoin, et une proposition de venir sur l'accueil le lundi suivant. Mme Gentil l'a également rappelée le lendemain pour prendre de ses nouvelles.

Ce lundi-là, alors qu'elle se présente au temps d'accueil, elle nous explique qu'elle ne peut rester à la maison seule avec sa petite. Elle se trouve très angoissée à l'idée que la petite « bouge », elle peut encore accepter qu'elle dorme dans la pièce d'à côté mais ne supporte pas que le bébé manifeste le moindre signe de réveil par de petits bruitages ou de petits mouvements. J'entends alors qu'il lui est impossible d'être présente ou même témoin de la moindre manifestation ou du moindre signe de vie de son bébé. Madame R. se sent alors envahie par de terribles angoisses qui la sidèrent et l'empêchent de porter son enfant. Actuellement, auprès d'elles, se succèdent à domicile sa mère ou sa tante, qui est aussi sa marraine. Ce jour-là, elle est accompagnée de sa marraine (tante paternelle) : nous avons accepté, un peu surprises au début, de partager au-dessus du berceau du bébé un accueil « accompagné », espérant trouver une alliance avec cette bonne fée, mais surtout parce que nous entendions l'impossibilité pour cette jeune mère de venir nous dire sa détresse autrement. Une fois les présentations faites, Madame a accepté de se confier à moi dans une pièce à part. D'ailleurs, la marraine a très vite encouragé cela, se montrant attentive à lui laisser son espace.

Ainsi, nous avons accepté plusieurs accueils selon cette formule, parfois Madame était accompagnée de sa mère. Cela n'a pas duré très longtemps, Mme R. et sa petite sont très vite venues seules.

Ce qui a pu s'élaborer pour cette maman lors de ces temps d'accueil est qu'elle ne pouvait offrir à cette deuxième enfant ce qu'elle n'avait pas pu donner en première intention à sa fille aînée. Cette loyauté aliénante l'obligeait à rester là où elle s'était arrêtée dans sa rencontre avec son

premier bébé mort-né. Elle a pu expliquer que ce sentiment d'« égalité » : devoir donner autant à l'une qu'à l'autre, l'avait pour beaucoup empêchée dans sa rencontre des premières semaines. (« Être seul(e) en présence » dit Donald W. Winnicott).

Les mères nous disent souvent : « En venant ici, on se sent moins seules ». De quelle solitude parlent-elles? Certaines nous expliquent qu'elles pensaient que le bébé allait les rendre moins seules et, finalement, il les conduit à vivre des situations où elles se sentent en échec et seules face à cette impasse. Souvent, ce qui est aussi décrit comme un poids, c'est devoir se sentir responsable de ce petit être. Elles savent que leur solitude ne sera plus jamais la même. Pour certaines d'entre elles, la première question est : comment vais-je faire pour continuer avec ce petit être qui me demande une telle proximité? Elles peuvent exprimer assez librement une cohorte de sentiments mêlés allant de l'abnégation à l'agressivité en passant par la culpabilité, parce que, entre elles, il est admis, convenu sans qu'elles se le disent, qu'elles sont venues là parce qu'elles étaient souffrantes.

Pour qu'un enfant puisse vivre la séparation sans danger, il doit multiplier les expériences de présence avec sa mère. Il doit « avaler » sa mère et les relations qu'il a nouées avec elle (ATHANASSIOU-POPESCO 1988), en lien avec le concept d'introjection qui va le conduire à la permanence du sentiment d'identité. Parallèlement, les mères et les pères peuvent venir déposer au sein du groupe ce qu'ils supportent de ce temps qu'ils décrivent comme infini et de cette difficile traversée où ils peinent. Celles, dans le groupe, qui sont déjà plus expérimentées dans leur rencontre avec leurs enfants, témoignent de ce qu'elles reconnaissent de leurs expériences passées. Les parents peuvent aussi venir répéter une multitude de fois dans ce lieu leurs questions et les décliner de mille façons sans avoir la crainte de l'effondrement de notre cadre.

Cette rencontre est à chaque fois un peu la même et un peu différente puisque le cadre et les soignants qui le composent sont toujours là, mais les accueillis peuvent être différents. C'est un lieu qui subit des transformations, à l'image de ce qui est vécu dans la rencontre avec le bébé. C'est surtout un lieu que l'on veut vivant, donc obligatoirement un peu différent à chaque fois.

Souvent, l'arrivée dans l'unité est empreinte d'une grande proximité entre les parents et leurs bébés. Toujours sous le regard, et grâce à la

pensée et à la mise en mots, le bébé peut être confié, installé, rêvé pour lui permettre l'« illusion » de belles retrouvailles. Notre permanence à être là tous les lundis permet aux parents et aux bébés de nous penser comme possiblement disponibles s'ils en ont besoin. Premier pas dans la réassurance, ils ont cette certitude, libre à eux d'en disposer.

Si je reviens à l'image que j'avais eue en regardant notre plan d'accès, celle du labyrinthe, je me dis que dans la mise en place du processus de continuité/discontinuité, présence/absence, créativité/destructivité, le fait de laisser la possibilité de venir sans rendez-vous tisse un fil d'Ariane nécessaire pour aider à retrouver la sortie. Et c'est là que le dispositif groupal est d'un grand soutien, puisque les échanges qui s'y engagent sont pour l'essentiel en lien direct avec le quotidien. Ce n'est sans doute pas un hasard, même s'il s'agit aussi d'une vraie réalité, que les premières questions concernent l'alimentation, l'allaitement ou les biberons, les tentatives dans les achats des tétines, les laits sous mille formes...

Un certain nombre de registres, non verbaux jusqu'alors, ne peuvent être abordés qu'en présence du bébé à travers des soins que les parents leur donnent, « dans la texture des soins » (DUGNAT 2001). Nos collègues, Mme Maurand, infirmière, et Mme Gentil, sage-femme, sont alors très sollicitées et doivent tenir une position intérieure parfois difficile : attentives au juste conseil à donner mais aussi veillant à ne jamais perdre l'intime conviction que, peut-être, la question est ailleurs.

Que nous demande cette mère quand elle commence hebdomadairement par : « Madame Gentil, j'avais une question à vous poser. » Allant parfois jusqu'à demander : « À quel âge doit-on couper les cheveux la première fois? » Même si, dans l'après-coup, avec les collègues, cette question avait prêté à sourire, nous y avons aussi entendu toutes celles auxquelles elle se rattachait. Notamment, l'évocation de la fin de son allaitement, de la reprise de son travail, de la rencontre avec la nourrice...et tant d'autres en lien avec la question de la séparation voire de la castration chez cette maman collectionneuse de pieuvres aux grands tentacules...

Notre lieu est propice à d'autres mouvements d'introjection et d'appropriation de notre identité de « suffisamment bons soignants ». Les mères peuvent ainsi s'extasier sur la douceur de notre thé, elles choisissent d'ailleurs souvent le même malgré la multitude de choix proposés. Elles sont aussi souvent installées aux mêmes places chaque semaine. Certaines ont repéré la couleur de la chaise haute ou le tapis qui paraît

plus confortable que le leur, le hochet qui se tient mieux. Ces échanges sont souvent accompagnés de mouvements collectifs : « Moi aussi je l'ai acheté », ou encore : « Vous l'avez trouvé où ? »

Il m'arrive de rêver aux places parentales auxquelles, fantasmatiquement, nous sommes convoqués, et à l'écoute qui doit être la nôtre face à l'expression de cette élaboration des rivalités fraternelles passés. Mme Gentil et Mme Maurand sont souvent sollicitées pour accompagner les moments du change, moi-même je peux être amenée à m'isoler avec un ou des parents rencontrant un malaise aigu. Que faisons-nous alors vivre au reste du groupe, alors que nous prêtons cette attention sans qu'il y participe ? Hormis ces rencontres exceptionnelles où l'un d'entre nous peut être amené à s'isoler avec les patients, la plupart du temps, notre attention se porte au sein du groupe.

Il me semble important de m'arrêter à la place accordée dans l'unité à l'espace du tapis. Donald W. Winnicott (1975) le proposait comme un objet transitionnel de la dyade ou de la triade. Selon lui, il s'agissait d'une « véritable aire transitionnelle entre les bras de l'adulte et la solitude de l'enfant ». Il est vrai que le tapis nous permet une lecture du registre fantasmatique de la famille, il donne la possibilité de prendre en compte de façon simultanée, à partir des indices comportementaux, le fonctionnement psychique des parents, des soins donnés au bébé, et la construction, qui est en route, du *self* de celui-ci. Souvent, il nous permet à nous, soignants, de proposer aux parents, en présence de l'enfant, un espace où la narration peut s'engager sans trop de retenue. Cette aire donne aussi la possibilité aux autres parents d'intervenir, faisant de l'espace de rencontre un moment partageable. Nous sommes souvent amenés à travailler cette clinique du regard. Le clinicien est alors observateur, mais engagé. L'enfant est alors au cœur des attentions. Les commentaires concernant les tentatives de mises en mouvement du bébé sont souvent accompagnés d'un vrai moment de partage et de portage, il n'y a pas que la mère ou le père qui encouragent le bébé à se retourner, à prendre le hochet ou à attraper son pied. Ce sont des moments très joyeux, ils offrent la possibilité pour la mère de partager avec d'autres ce qu'elle re-/connaît chez son enfant. C'est une position qui pourra impulser un vrai élan dans le désir qu'elle lui porte. À nous vivre comme ça, autour de cet enfant, au-delà de l'image de la nativité, ce qui se parle c'est aussi *sa* présentation. Ce bébé peut exister parce qu'il fait parler de lui, parce qu'il voit qu'on le regarde, et qu'on l'envisage dans

ses réussites à venir. On pense bien sûr à tous les enseignements de Serge Lebovici et de Donald W. Winnicott concernant l'importance du *holding*, ce portage physique et psychique dans les échanges, et de ces tentatives d'accordage. Les dialogues toniques chers à Julian Ajuriaguerra (1970) sont à l'œuvre et, même si les parents n'ont pas en tête un catalogue des compétences des bébés, les interactions entre eux, leurs questionnements concernant les autres bébés sont aussi une façon d'envisager le leur. L'une des premières questions qui se pose dans la rencontre entre parents est « Il a quel âge ? », et, faisant retour sur leur propre enfant, elle est suivie d'un « Ah, le mien il est né le tant ».

C'est un premier échange qui peut permettre une identification à l'autre. Or cette identification est propice la poursuite d'une narration sur la singularité des conditions de la naissance du bébé. Cela semble possible du fait d'une régression narcissisante par l'identification au bébé réel. Nombre de mères se déchaussent et se placent sous le regard du groupe, celui-ci permet une régression vers les images du corps archaïque. Portées par le groupe, les mères redeviennent elles-mêmes comme des bébés. Parfois, les jeux de chatouille viennent mettre en lumière des ajustements plus ou moins réussis dans la mise en place des mécanismes des pare-excitations offerts à leurs enfants (bébés qui reprennent difficilement leur souffle). Cependant, l'installation progressive et respectueuse des besoins est rendue possible par la présence porteuse du groupe qui s'adresse parfois directement au bébé : « Ben dis donc, maman nous montre combien tu sais rire ! »

J'ai remarqué qu'à la suite de ces échanges, il y avait souvent un retour dans les bras avec de nombreuses marques d'affection physique de la part du parent, comme si, du fait d'une présence auxiliaire, bienveillante et contenante, l'étaillage sur le corps du bébé rendait la rencontre supportable. Parfois, l'attention n'est pas dirigée sur un enfant en particulier, et plusieurs discussions s'engagent en même temps. Du fait de l'exiguïté de nos locaux, nous avons le sentiment de traverser un bain sonore assez particulier. Nos conversations mêlées produisent une sorte de brouhaha. Cependant, la proximité de la conversation d'à côté ne gêne pas ce qui se dit dans l'intimité de la rencontre ; au contraire, ce bruit de fond semble amplifier le sentiment d'appartenance au groupe. Il agit comme telle une enveloppe sonore, comme le disait Didier Anzieu.

La place du soignant

Le fait d'être plusieurs soignants dans un même espace-temps suppose quelques aménagements. Les combinaisons sont variables : on peut se retrouver à différents endroits de la pièce, rien n'est fixe, notre positionnement et nos déplacements physiques évoluent au cours de l'accueil, nous menons une sorte de ballet autour de la table. Élisabeth About (1992) parle de « continuité vivante de portage par l'équipe ». L'équipe est constituée de personnes idéalement solidaires dans leur travail dont le lien symbolique doit être préservé qu'elle puisse être « une mère multiple suffisamment bonne ». Du fait que trois d'entre nous ne sommes présents qu'à 20 %, Marie, notre sage-femme, qui est là à temps plein et donc joignable toute la semaine, occupe, pour le reste de l'équipe, la place fantasmatique de celle qui pourrait assurer l'absence d'absence.

L'enveloppe de pensée se tisse avec Marie et avec les médecins qui ont vu les patients bien souvent avant l'arrivée le lundi. Elle se poursuit dans nos temps de synthèse avec le reste de l'équipe, mais aussi avec nos partenaires extérieurs. Le soignant accepte de prêter son psychisme à toutes formes d'attaques, et on sait combien elles sont multiples. Chacun porte en lui l'importance du molleton de la rêverie parentale. Ils seront « coconstructeurs de sens » (KAËS 1976), selon l'idée de Selma Fraiberg (1980) qu'on peut considérer le bébé comme un véritable objet de transfert de la part des parents et, donc, comme le réceptacle possible d'identifications projectives pathologiques dans une perspective transgénérationnelle. Le soignant ne sera pas là pour faire mieux que le parent, dans des sortes de démonstrations idéales qui conduiraient le parent à idéaliser son modèle ou à le haïr. Il s'agira plutôt, pour le soignant, d'être dans une position « grand-parentale thérapeutique », puisque, en tant que tiers, il n'écarte pas de l'immédiateté de la rencontre parents-bébé les enjeux narcissiques.

Une de nos collègues éducatrices, Mme Kosinski, nous parlait parfois des craintes de ne pas voir revenir certaines patientes avec leurs bébés ; il est vrai que les conditions de notre accueil ne permettent pas de maîtriser cet aspect, et c'est ainsi. Cela nous rappelle, à nous, soignants, que la nature de cet accueil engage à permettre que le fil d'Ariane puisse se dénouer... comme dans tout travail d'individuation quand l'intériorisation du chemin, espérons-le, est en cours.

BIBLIOGRAPHIE

- DE AJURIAGUERRA J. (1970) *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Elsevier-Masson.
- ABOUT E. (1992) « Une capacité de rêverie plurielle », *L'évolution psychiatrique*, t. 57, fasc.1.
- ARMENGAUD A., (1964) « Histoire rurale et démographie : les nourrices du Morvan au XIX^e siècle » *Études et chronique de démographie historique*, Paris, Belin.
- ATHANASSIOU-POPESCO C. (1988) « La séparation : le point de vue du psychanalyste », *Enfance*, t. 41, n°2, p. 111-122.
- BARRÉ C. (2001) « Le groupe des mères et des bébés à l'unité d'accueil parents-enfants de l'institut Théophile-Roussel à Montesson », *Dialogue*, n° 152, p. 17-22.
- BION W. R. (1979 [1962]) *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- DUGNAT M. (dir.) *Troubles relationnels précoces : père-mère-bébé : quels soins?* Toulouse, érès.
- DISNAN G., ALVAREZ L. (2010) « Adaptation du cadre des psychothérapies parents/bébé aux nouvelles connaissances en psychopathologie périnatale », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 53, n°1, p. 115-166.
- FRAIBERG S. (1980) *Clinical Studies in Infant Mental Health : The First Year of Life*, New York, Basic Book.
- JEAMMET P. (1992) *Le cadre n'appartient à personne*, Paris, PUF.
- KAËS R. (1976) *L'Appareil psychique groupal*, Paris, Dunod.
- MELLIER D. (2004) *L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés*, Toulouse, érès.
- MILNER M. (1990) « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Les concepts psychanalytiques sur les fonctions du symbole », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°8, p. 244-278.
- RACAMIER P.-CL., (2001) *L'esprit des soins. Le cadre*, Paris, Éditions du Collège.
- VACHERET C. (2005) « Pourquoi le groupe et l'objet médiateur dans le soin psychique? » in Denise Bass (dir.), *Au fil de la parole, des groupes pour dire*, Toulouse, érès, « Les recherches du Grape ».
- WINNICOTT D. W. (1975) *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard.
- _____. (1953) « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.
- _____. (1969) « La capacité à être seul », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

UN NID POUR NAÎTRE

Anne-Valérie LINGLIN¹, Céline ARNAUD², Tiphaine LEBON³, Ariel REVAH⁴

Notre unité, l'UPE (Unité parents-enfants) est ouverte du lundi 8h30 au vendredi 16h30 avec un accueil en hospitalisation de semaine et en HDJ. Notre équipe est composée d'un chef de service, d'une assistance sociale, d'une art-thérapeute, de deux internes, d'un pédopsychiatre assistant, d'un pédopsychiatre responsable de l'unité, d'un pédiatre parmi lesquels de nombreux temps très partiels et de sept paramédicaux : trois de nuit et quatre de jours. Nous œuvrons tous et toutes pour une mission : la rencontre entre les enfants et leurs parents, le lien parents-enfant.

Cette unité présente des similitudes et bien des différences avec d'autres. Nous sommes à la fois différents et particuliers et nous accueillons des personnes singulières et extraordinaires. À travers l'évocation des rencontres de travail avec d'autres équipes de soins somatiques, psychiatrie de l'adulte, PMI..., nous relaterons nos échanges, nos partages d'expériences. Puis nous décrirons nos projets créatifs réalisés, en cours, ou en attente, qui montreront la diversité de notre équipe dans son accompagnement des dyades et des triades puis, enfin, le travail de relais par la continuité des soins entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit. Pour conclure, nous conterons une histoire clinique.

1. Puéricultrice, Unité parent-enfants, Service du Pr François Poinso (12I02), Pôle 1, CHU Sainte-Marguerite, AP-HM, Marseille.

2. *Id.*

3. Interne.

4. *Id.*

PRÉSENTATION DE L'UNITÉ PARENTS-ENFANT

L'UPE se présente sous la forme d'un appartement chaleureux qui dispose de deux chambres HDJ, de deux studios en hospitalisation de semaine, permettant l'accueil en nuit du père, d'un salon-salle de jeux et d'une cuisine. Les temps informels de discussion y sont riches.

Un nid

Pourquoi ce titre : « Un nid pour naître » ? La réponse émergera au fil du texte, mais les parents sont à la source de cette idée car ils nous disent : « Ici nous sommes comme dans un cocon... », ou encore « Le nid est bien douillet mais... ».

Nous nous efforçons, chacun et chacune, d'être un lieu de repos psychique, de dépôt de mal-être et surtout un « nid » temporaire et soutenant où les parents et les enfants peuvent trouver et/ou développer leurs capacités. Toute personne a en effet besoin d'une enveloppe contenant pour « naître », pour « devenir », pour « être ». Chaque être humain naît doué pour les relations, en recherche d'échanges.

Nous offrons un cadre mais il est souple. Tous les moments d'échanges, de transmissions, de relèves, de réunion nous font évoluer.

Nos complémentarités font notre richesse et notre force. Chaque dyade et chaque triade peut ainsi s'appuyer sur les compétences de l'un-e ou de l'autre d'entre nous, selon ce qui lui correspond. Armées de nos différences et de notre professionnalisme, nous avons pu travailler à plusieurs reprises avec les équipes de la maternité de Saint-Joseph ou avec l'hôpital d'Aix-en-Provence. Par exemple, nous accueillons des dyades en complémentarité avec le service de néonatalogie d'Aix : chez nous en semaine et les week-ends chez eux. Nous travaillons également l'unité d'Avignon-Montfavet, qui n'accueille qu'en jour, lorsque se fait jour la nécessité d'une prise en soin plus soutenue et qu'un accueil en nuit est indispensable.

Des valeurs

Nous favorisons la bienveillance, voire la bienséance, pour se rencontrer, pour être en lien avec les équipes, au moins au téléphone, dans le but d'éviter les clivages. Nous nous efforçons de pas empiéter sur le

travail de l'autre, de travailler ensemble en organisant un plan de soins souple, de construire une alliance professionnelle tout en développant notre savoir-faire spécifique. À travers nos échanges, nous favorisons au mieux la tolérance et la richesse de la différence dans un but commun : le soin à l'autre, qu'il soit somatique ou psychiatrique. Nous accompagnons des parents en souffrance dans leur parentalité, le partage entre équipes permet de donner un sens à nos actions. Bien sûr, rien de tout cela ne serait possible sans la volonté des patients (objective et subjective) d'être parents de ce bébé. Dans certains cas, les interactions ont besoin, pour naître, d'un lieu propice aux échanges et aux rencontres.

La créativité comme outil

Le lieu et l'équipe peuvent être vus comme des outils dans le soin. Parfois, cependant, il faut user de stratagèmes et de symbolisation pour rencontrer l'autre. À l'UPE, nous avons choisi de nous appuyer, entre autres, sur la créativité.

En fabriquant le mobile « P'tits monstres », qui égaie et colore la cuisine de l'unité, nous avons voulu capter le regard des enfants tout en sensibilisant les parents à la possibilité d'intéresser leur bébé. Les parents et l'enfant regardent ainsi dans la même direction, ils accrochent leur regard, ils échangent autour de l'objet et se rencontrent dans cette attention conjointe si précieuse pour la suite. Ce mobile est réalisé avec des matériaux recyclés qui après détournement et transformation ont tous eu un nouveau départ, une nouvelle vie.

Mêlant le choix des mots et l'inventivité manuelle, nous avons créé, pour contenir et soigner des maux, « une corde à lien ». Accrochés comme sur une corde à linge, les vêtements de couleur sur le fil sont un témoignage laissé par les triades/dyades pour l'équipe et à l'attention des nouveaux. Un lien pour eux, pour nous, entre eux et avec nous. Ah, mais (faire) « naître » des mots sur des morceaux de papiers pour résumer ou décrire les semaines de prise en soin, ce n'est pas facile!

Nous avons également réalisé des manchots empereurs. Unalak, Pétika et Elpac se regardent, se rencontrent, se soutiennent et communiquent pour être ensemble. Nous ne les avons pas choisis parce que leur milieu de vie disparaît ni parce que, amusants, ils se dandinent sur la banquise mais parce qu'ils attendent leurs bébés ensemble. Qu'ils restent unis ou

qu'ils se séparent, les adultes sont là pour aider le bébé manchot à grandir. Nos empereurs ont été réalisés en grillage souple et en papier mâché. Nous avons souhaité donner à deux des manchots des prénoms inuit, Unalak et Pétika, pour éviter que les parents n'identifient leur propre enfant à un empereur. Le troisième porte un nom fabriqué à partir de l'assemblage des initiales de nos prénoms : « Elpac » Eliane, Laurence, Pascale, Anne-Valérie, Corinne...

Nous travaillons actuellement sur un chemin d'aventures sensorielles et de psychomotricité pour les bébés trotteurs (nous accueillons des enfants de 0 à 18 mois). Outre la symbolique du chemin que prennent les patients pour naître parent de leur enfant, ce parcours a pour objectif de révéler les compétences des tout-petits à franchir les obstacles, réels et symboliques. Nous souhaitons favoriser les rencontres entre des parents parfois subjugués par le cheminement de leur bébé et ce bébé qui découvre des galets ou du gazon synthétique. Ainsi, nous accompagnons les dyades et triades sur leur chemin et nous avançons ensemble.

Toutes ces réalisations ont été l'oeuvre des membres des équipes de jour et de nuit, en présence des parents ; leur participation était possible mais elle n'a finalement pas été effective. Ces créations ont donné l'occasion de parler, d'échanger entre nous et de penser ensemble à des projets futurs (hamacs, comptines et gestes...) Elles restent en évolution et, d'ailleurs, nous avons récemment réajusté la corde à lien. Elles nous ont permis aussi de poser des choses, de prendre du recul. Ce ne sont pas des objets créés en art-thérapie mais des projets réalisés par nous, pour les dyades et les triades. Ce sont des outils enveloppants car toute personne, pour se construire, a besoin de tendresse.

De nuit et de jour

La particularité de cette équipe tient aussi au fait que nous accueillons dans des mêmes locaux des hospitalisations de jour et de semaine donc de nuit. Toute l'équipe, les collègues de nuit et comme ceux de jour, participe aux réunions de service les lundis après-midi. Ce moment permet un partage d'idées, l'éclaircissement de situations, un enrichissement des débats ...

La nuit nous travaillons de 20h15 à 6h30. L'équipe de nuit se compose d'une aide-soignante, d'une infirmière venant de la psychiatrie d'adulte,

ainsi que d'une puéricultrice. Nous sommes en général deux pour deux mamans et/ou papas et leurs bébés. Comme dans la journée, la diversité de l'équipe soignante est maintenue. Nous commençons et nous finissons notre service par un temps de relève avec l'équipe de jour. Ce temps est important pour maintenir la continuité des soins, la cohésion, l'unité et ainsi pouvoir rester contenant.

Le nid-unité est fabriqué en équipe, chacun apportant des brindilles pour former un ensemble stable et solide où parents, bébé et soignants se sentent en sécurité. C'est un habitat éphémère qui doit permettre aux dyades et/ou aux triades de se rencontrer, de se soigner et de s'envoler.

L'instauration d'un sentiment de sécurité est tout particulièrement importante la nuit pour favoriser le repos et le sommeil et, de la sorte, pouvoir faire un travail efficace sur le lien en journée. Nous nous adaptons à chaque parent et chaque enfant par une prise en charge personnalisée. Le soir, la nuit, nous sommes dans l'intime et dans l'intimité. Ces moments sont propices aux échanges car plus calmes, mais ils favorisent aussi la résurgence des angoisses chez la mère et les nourrissons avec les pleurs du soir.

En fonction des besoins des dyades ou des triades, nous mettons en place un rituel du soir avec une aide à l'endormissement (portage, installation, berceuses...). Souvent, nous partageons une tisane dans le salon ou dans la cuisine, un morceau de chocolat noir, ou nous confectionnons un dessert pour les occasions spéciales (anniversaire, fin de prise en charge la nuit...). Autour de ces activités, la parole est libre.

La notion de *cocooning* est importante dans notre approche, particulièrement en début de prise en charge. Nous souhaitons que les mères et les pères se sentent en confiance. Pour être bien avec leur bébé, ils doivent eux-mêmes se sentir bien et vice-versa.

Nous veillons à nous substituer le mieux – et donc si possible le moins – aux parents, tout en les guidant dans les soins à leur bébé en fonction de ses besoins : nous faisons parfois à leur place mais nous ne prenons pas leur place.

Nous avons pu constater trois schémas dans le déroulement de la prise en charge en soins :

Début de prise en charge	Maman et/ou papa possessifs	Maman et/ou papa nous confiant sans difficulté leur bébé	Maman et/ou papa nous confiant sans difficulté leur bébé et allant s'isoler
	<p>Parent(s) ayant du mal à déléguer, pour qui il est difficile qu'une tierce personne s'approche et s'occupe de leur bébé.</p> <p>Soins : parent(s) qui garde le bébé dans la chambre avec elle/eux.</p> <p>Nous venons faire les soins aux nourrissons (souvent chez les mamans allaitant) et travaillons la confiance et le détachement sur les heures de sommeil.</p>	<p>Parent(s) qui nous délèguent très facilement les soins de leur bébé tout en vacant à leurs occupations.</p> <p>Soins : nous couchons et donnons les soins du bébé dans une chambre à l'écart de la leur et travaillons leur implication dans les soins en début de nuit. Nous metrons en place un rituel du soir à partager.</p> <p>La mise en confiance requiert une attention particulière.</p>	<p>Parent(s) qui nous délèguent leur bébé pour les soins et se mettent en retrait dans leur chambre porte fermée.</p> <p>Soins : Nous donnons les soins au nourrisson qui dort dans une chambre différente du parent pour qui nous facilitons le repos</p>
Prise en charge intermédiaire	<p>Parent(s) ayant pris confiance, qui se sentent en sécurité.</p> <p>Rituel du soir ensemble. Ils nous laissent donner les soins pendant son sommeil et souvent acceptent que l'enfant dorme dans une chambre différente (surtout si celui-ci a des troubles du sommeil liés aux coliques, ou un RGO)</p>	<p>Parent(s) pour qui la présence de son enfant est moins anxiogène.</p> <p>Nous donnons les soins ensemble.</p> <p>Nous restons essentiellement dans les parties communes pour les soins d'endormissement.</p> <p>Rituel du soir avec elle ou eux en début de nuit.</p>	<p>Parent(s) moins épuisés, qui participent aux rituels du soir et aux soins de leur bébé en début de nuit.</p>
Fin de prise en charge	<p>Parent(s) participant aux rituels du soir avec des échanges de qualité, sans troubles du sommeil, sachant accompagner les moments d'endormissements de leur bébé avec souvent le début d'un rituel du soir.</p> <p>C'est maman et/ou papa qui couche leur bébé pour la nuit, en général dans la chambre à l'écart de la leur, puis nous prenons le relais pendant leur sommeil.</p>		

Nous remarquons une nette évolution des parents et des bébés lors de la prise en charge, liée à l'amélioration de l'état de la maman et au développement du nourrisson. Au début, les mères sont souvent exténuées, avec des troubles du sommeil, irritées voire excédées par leur nouveau-né, avec un père lui-même souvent fatigué, soutenant ou pas, présent ou absent, et un bébé tétant toutes les trois heures voire plus souvent, pleurant fréquemment. Puis, grâce à nos soins conjoints de jour et de nuit, la fatigue va diminuer et le lien avec leur enfant s'améliorer. Dans les paroles recueillies, les mamans disent souvent nous être reconnaissantes de s'occuper de leur enfant alors qu'il leur est difficile de le faire elles-mêmes sans se sentir jugées; elles se sentent alors libres d'être elles-mêmes, d'exprimer leurs ressentis et leurs émotions. Les pères se sentent soutenus, accompagnés, libres d'exprimer eux-aussi leurs angoisses, leurs questionnements. Une maman nous a dit un soir « aujourd'hui je me suis sentie maman, je viens de naître mère, je prends plaisir », une autre nous a dit merci pour « la tendresse donnée à mon fils quand j'étais incapable de le faire », certaines nous ont surnommées « les fées du soir ». Nous recevons beaucoup de reconnaissance pour avoir pris soin de leur « oisillon », pour favoriser et préserver leur sommeil, pour faciliter leur rétablissement afin qu'elles aient des moments de qualité avec leur enfant et les liens au sein de la dyade ou de la triade se consolident.

Au fur et à mesure de la prise en soin, de l'évolution de la situation, l'accueil pourra être modifié. Ainsi, il peut y avoir réduction du nombre des nuits par un glissement vers un accueil en HDJ (si l'éloignement géographique le rend possible). Le travail en réseau et le passage du relais à des professionnels de santé (TISF, psychologue et psychiatre de ville, PMI, crèche ...) prend alors tout son sens.

CAS CLINIQUE

Dans notre parcours d'accueil à l'UPE, nous rencontrons parfois des situations exceptionnelles.

Ainsi, en juillet, nous avons proposé une prise en soin, à M. K. avec sa fille, Ester, dans un premier temps sans la maman.

Madame X. est diagnostiquée bipolaire de type 1. Elle a été hospitalisée dans des contextes de décompensation de sa pathologie psychiatrique de nombreuses fois. Elle a souhaité arrêter son traitement psychiatrique, et son suivi est très irrégulier. Elle a un garçon de 15 ans. Les relations avec M. K. sont épisodiques et cette grossesse est inattendue, surtout que Monsieur et Madame ne se fréquentent plus depuis un mois. Monsieur assure à Madame qu'il sera là et qu'il la soutiendra dès à présent.

Madame est suivie en pré-partum dans une clinique de Marseille, sans contact aucun avec la psychiatrie. Aucune question sur ses antécédents n'a donc pu être posée.

La naissance se fait par césarienne, à terme, avec une bonne adaptation du bébé. M. K. est présent mais la situation est fragile.

Dans le post-partum immédiat, Madame décompense sur un mode maniaque associé à des éléments délirants. L'équipe de la maternité est mise à mal en découvrant, elle aussi, la mauvaise santé psychique de Madame. Elle sollicite Monsieur. Dans ce contexte, toutes les instances sont en alerte (PMI, ASE, équipe ULICE, UPE). Une IP est rédigée par la maternité.

Bien que la maternité s'engage à garder le plus longtemps possible Madame et son bébé et malgré un suivi psychiatrique avec un traitement adapté, l'état de santé de Madame n'évolue pas assez vite pour qu'elles puissent rentrer au domicile.

Dans cette situation où Monsieur découvre la pathologie de Madame, il souhaite s'investir pleinement dans sa paternité en s'occupant complètement de sa fille. Il prend contact avec notre équipe pour une demande de prise en soin à l'UPE. Mais dans le même temps l'ASE, inquiète, demande un placement provisoire en pouponnière. Ester a alors 12 jours, elle y sera accueillie sept jours.

Avec l'aide de son avocat, de différents témoignages (la maternité, l'UPE ...), Monsieur récupère sa fille, après ordonnance du juge, pour une résidence chez lui, avec visites médiatisées mensuelles pour Madame lorsqu'elle ira mieux.

Nous avons proposé à M. K. et à Ester un accueil en HDJ une fois par semaine pour accompagner ce papa attentif et le soutenir dans sa parentalité.

Au vu de cette prise en charge, nous nous sommes demandé si les limites de notre spécialité n'avaient pas été franchies, s'il n'y avait pas eu glissement vers d'autres missions pour lesquelles nous ne sommes pas

mandatés. Comment, après une période de crise, donner une place au sein de l'UPE à la maman d'Ester? Comment aménager des temps de rencontres entre Ester et sa maman, basés sur une alliance nécessaire au soin malgré l'intervention du juge et de l'ASE? Quel rôle allons-nous jouer dans la continuité des soins à Ester et ses parents?

L'homme naît doué pour la relation et pour les échanges. Il est curieux de l'autre. Les aléas de la vie comme la maladie peuvent modifier, transformer, perturber voire interrompre la rencontre et les interactions. Par sa présence, ses actions singulières, imperceptibles parfois et toujours au cas par cas, notre équipe peut occuper une place permettant la rencontre et la naissance de la relation. Il y a métamorphose lente et progressive du devenir : un bébé naît enfant, des personnes naissent parents : tout se fait par un tissage précieux et délicat. C'est de la dentelle. Notre travail pourrait s'apparenter à l'art japonais du *Kintsugi* ou art de recoller les morceaux d'un objet brisé avec de la poudre d'or puis de le laquer pour que l'objet recréé soit plus précieux encore que l'original.

Nous offrons aux parents accueillis la possibilité de parler, d'évoquer, de questionner, de déposer leur histoire personnelle, leur culture... qui, parfois, peuvent entraver leur rencontre et leur relation avec leur bébé. Nous nous adaptons aux triades et aux dyades comme les mères et les pères s'adaptent, dans les premiers temps, à leur bébé (et inversement). Que nous soyons en pédopsychiatrie, en PMI, en maternité ou dans un autre service somatique, nous sommes chacun et chacune, professionnels de santé, un élément de l'alliage formant un maillon. Notre équipe est un maillon. La triade ou dyade est un maillon. Les lieux sont des maillons. Isolés des autres, nous ne pouvons pas former une entité. Notre équipe est notre force.

Mis bout-à-bout, ces maillons forment la chaîne du « naître humain ». Nous constituons « un nid pour naître. »

PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL DE JOUR MÈRE-BÉBÉ DU CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER ET DE LA PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DES MÈRES PSYCHOTIQUES

Nathalie ELBAZ-CUOQ¹, Gaspard PRUNAYRE²

PRÉSENTATION DE L'UNITÉ

L'unité mère-bébé Serge Lebovici travaille à la fois sur la pathologie maternelle en lien avec les autres services de psychiatrie de l'adulte (hôpitaux et cliniques psychiatriques de la région Auvergne-Rhône-Alpes) et les psychiatres libéraux, et sur le lien mère-bébé en collaboration avec les PMI et les maternités, l'ADIAF³, l'Institut départemental de l'enfance et de la famille, la pouponnière.

Cette unité fonctionne en hôpital de jour (cinq jours par semaine) et accueille des mères ayant des pathologies lourdes : dépression grave, trouble bipolaire, schizophrénie, etc., en post-partum ou pendant la grossesse. Il s'agit d'un travail à la fois curatif pour les mamans et préventif pour les bébés, se fondant sur une observation et un soin des interactions précoces.

L'observation du nourrisson est donc un outil indispensable; elle se déroule pendant les soins de maternage par les infirmières ou

1. Psychiatre et pédopsychiatre, praticien hospitalier responsable de l'hôpital de jour Serge Lebovici, Centre hospitalier du Vinatier, Lyon

2. Psychiatre, *id.*

3. Association d'aide à domicile employant des TISF. <https://www.adiaf.org/>

les puéricultrices, ou pendant des temps de psychomotricité par la psychomotricienne.

L'hôpital de jour, ouvert depuis vingt ans, peut accueillir cinq dyades par jour avec une souplesse d'organisation permettant d'aller jusqu'à sept. Les soins se déroulent en hôpital de jour du lundi au vendredi pour les patientes de 9h30 à 16h00, l'équipe faisant un point tous les matins de 8h30 à 9h30 sans la présence des patientes. Le mardi est réservé plus spécifiquement aux femmes enceintes, puisque nous avons la présence d'une sage-femme une matinée par semaine ce jour-là. Celle-ci permet la mise en place d'une interface avec les sages-femmes de maternités et de PMI. Elle travaille aussi sur l'image corporelle de la maman, les moyens de contraception après le post-partum, et la prépare à accepter la rééducation périnéale à l'extérieur.

Le père est reçu en consultation en présence de la mère, mais à la première consultation, la mère est libre de venir accompagnée ou non. Il arrive que certaines mères ayant rendez-vous dans l'unité mère-bébé viennent sans le bébé, ce qui est déjà un symptôme, ou qu'elles viennent sans le père et demandent ensuite une consultation avec lui. Nous laissons la mère et le père demander une consultation à leur rythme. Les pères seront toujours reçus en consultation en présence de la mère, car c'est elle qui est administrativement notre patiente.

Lors de cette consultation préalable à la prise en charge en hôpital de jour, nous recevons toujours la maman seule avec son bébé puis nous faisons entrer le père en fin de consultation. Si la patiente est accompagnée par des professionnels de santé, nous les rencontrons dans un second temps pour leur permettre d'être au courant de ce qui est proposé à la patiente sans entrer dans l'intimité de la consultation avec la patiente reçue.

La première consultation permet de déculpabiliser la mère des difficultés éprouvées lors du post-partum, d'expliquer au père la pathologie pour mieux faire comprendre qu'il s'agit bien d'une pathologie et non du fait que la mère serait une mauvaise mère. Nous évaluons aussi lors de cette consultation l'intensité de la maladie maternelle et son retentissement sur la vie familiale. Nous présentons ensuite les possibilités thérapeutiques, l'hôpital de jour et l'éventuelle utilisation d'un traitement médicamenteux.

Nous faisons connaître d'emblée l'utilisation possible d'un traitement médicamenteux pour que les mères sachent que c'est un outil thérapeutique qui ne sera pas forcément utilisé. Mais, si traitement médicamenteux il

y a, il est important qu'elles ne pensent pas qu'elles sont incurables et gravement malades. Le traitement médicamenteux est souvent nécessaire pour gagner du temps. Il n'est pas obligatoire, mais il permet d'améliorer rapidement le sommeil, d'agir sur l'angoisse, qui peut être majeure et se transmettre au bébé. Il peut redonner l'envie de se battre, de faire des choses, de vivre. Il est bien sûr adapté à la position spécifique de la maternité de manière à maintenir une vigilance suffisante pour entendre le bébé pleurer la nuit et ne pas noyer le bébé dans l'eau du bain.

La consultation préalable permet aussi aux parents et à la famille, les grands-parents, les frères et sœurs qui accompagnent éventuellement, de visiter le service pour se représenter le lieu où la maman va venir avec le bébé. Ainsi, nous travaillons le consentement au soin avec un positionnement actif des parents.

Le bébé reste sous l'entière responsabilité de sa maman, qui s'en occupe durant la prise en charge à l'hôpital de jour et nous la prévenons qu'elle ne peut pas « prêter » son bébé à d'autres patientes. C'est seulement pendant le temps du repas, où les mamans mangent entre adultes, qu'elles confieront leur bébé aux soignantes chargées de les garder dans une autre pièce : en même temps que le lien, nous commençons à travailler la séparation.

Les indications de prise en charge à l'hôpital de jour sont variables. En anténatal, il s'agit souvent d'un conseil et d'un avis pharmacologique pour des patientes ayant un traitement médicamenteux incompatible avec la grossesse. Nous recevons aussi des patientes ayant des antécédents psychiatriques et déjà suivies dans un service de psychiatrie de l'adulte ou en libéral. Ces patientes hospitalisées en psychiatrie de l'adulte dans un hôpital lyonnais viennent pour travailler le soin mère-bébé déjà pendant leur temps d'hospitalisation : elles passent deux heures ou une journée pour rencontrer leurs bébés. Nous recevons aussi en anténatal des femmes qui ne supportent pas psychiquement ou corporellement l'état de grossesse.

En postnatal, nous avons affaire à des patientes ayant présenté une décompensation aigüe du post-partum, à des mères souffrant de pathologies psychiatriques non suivies ou des pathologies psychiatriques connues, comme des bipolaires ou des psychotiques. Les mères ayant un passé familial difficile, avec abus sexuel, placement dans l'enfance, ou gravement dépressives de par des ruptures familiales, l'isolement, l'exil, peuvent bénéficier de soins dans notre unité. Nous accueillons aussi des mères ayant nécessité des hospitalisations à répétition, vécu des naissances

à répétition et ayant souvent des bébés placés dès la naissance. Nous travaillons avec la pouponnière qui reçoit les bébés placés par le juge ou en recueil temporaire. Ces mères viennent passer une journée dans notre unité en présence de leur bébé, en plus des visites autorisées par le juge. Nous avons aussi reçu des femmes qui avaient maltraité leur bébé, subi une condamnation pénale et étaient venues demander un soin pour retrouver leur bébé et éviter une récidive.

Il est important que la maman accepte les soins en étant informée de ce que nous lui proposons afin qu'elle ne nous dise pas par la suite que c'est telle ou telle personne ou telle assistante sociale qui l'a obligée à venir. Même lorsqu'un juge préconise un soin mère-bébé, il est bien précisé aux parents, à la maman en particulier, que pour qu'elle puisse venir dans notre unité, il faut qu'elle soit d'accord. Le juge ne peut pas l'obliger à venir, et elle ne sera pas reçue dans ces conditions. Ceci travaille déjà le positionnement actif de la mère en lui rendant la possibilité d'avoir la maîtrise sur son soin.

Comme dans toutes les unités mère-bébé, nous nous servons de l'observation des interactions mère-bébé et de l'observation du développement psychomoteur du bébé. Les mères vont donc être accompagnées par la puéricultrice, les infirmières, la psychomotricienne pendant les temps de maternage, le bain, le repas, le sommeil ou les jeux. La confrontation de ces regards croisés aux moments d'interactions va nous permettre une observation plus fine des interactions visuelles, corporelles ou vocales. Cela permettra de préparer un projet de soin plus adapté et plus individualisé.

Nous utilisons aussi depuis longtemps, mais pour certaines patientes seulement, la vidéo à des fins thérapeutiques, sur indication médicale. L'outil vidéo est proposé lors d'un film de bain ou de repas, film qui est pris à un mois d'intervalle et regardé ensuite en présence du médecin, qui commente ce film et pointe les côtés positifs mais aussi les côtés à améliorer pour permettre à certaines mères de pouvoir bénéficier de l'image, quand les mots n'auront pas eu suffisamment d'impact.

Il y a bien évidemment dans l'unité des entretiens médico-infirmiers réguliers sans infirmières référentes puisque nous sommes une petite équipe et que l'ensemble des médecins et infirmières connaissent l'ensemble des patientes. Ces entretiens vont permettre de comprendre le fonctionnement maternel, la place de fille, de femme et d'épouse, de la mère mais aussi de travailler sur les défaillances narcissiques de la mère ou sur sa dépendance affective à sa propre mère. Nous ferons par ailleurs

émerger des traumatismes de l'enfance, notamment sexuels, souvent gardés secrets jusqu'à cette naissance. Nous savons que, sur l'ensemble des unités mère-bébé en France le taux d'abus sexuels dans l'enfance chez des mères prises en charge représente actuellement à peu près un quart des femmes, chiffre à peu près homogène dans chaque unité.

Les entretiens médico-infirmiers vont aussi permettre un travail psychothérapeutique pour parer à l'urgence : il s'agit de permettre à ces mères de retrouver le plus vite possible du plaisir avec leur bébé et leur mari, et non de faire un travail psychothérapeutique en profondeur. Si un travail psychothérapeutique de plus longue haleine est nécessaire, il se fera à l'extérieur du service, dès que la mère aura débarrassé le bébé de ses projections. Elle mènera alors un travail personnel en dehors de l'unité en choisissant son thérapeute.

Les groupes thérapeutiques sont un outil commun à beaucoup d'unités. Dans la nôtre, nous utilisons des groupes thérapeutiques mère-bébé et d'autres réservés aux mères. Ces groupes ne sont pas figés et permanents, ils sont mis en place avec un nombre de séances déterminé selon les indications et ce que nous souhaitons travailler. En effet, nous utiliserons par exemple un groupe bébé « musique » pour travailler la distance relationnelle entre la mère et son bébé, un groupe « cocon » pour travailler le portage et l'installation, un groupe « goûter » pour le plaisir autour du repas et la transmission transgénérationnelle. Un groupe « découverte » peut permettre de travailler sur les limites et de montrer aux mères les compétences du bébé autour de ses sens avec la découverte du goût, de l'odorat, etc. Les groupes pour les mères ont souvent pour objet, pendant la grossesse, le corporel, notamment la relaxation, la relaxation musicale, mais peuvent être aussi des groupes paroles autour d'un thème précis.

Un regard sur les diagnostics posés dans notre unité sur l'année 2018, dont les chiffres sont à peu près stables d'une année sur l'autre : 43 % de patientes schizophrènes, 38 % de dépressions graves et 19 % de troubles « bipolaires ». L'âge des mères dans notre unité est vraisemblablement dans la moyenne nationale puisque nous retrouvons un pic de mères entre 25 et 34 ans, avec un deuxième groupe de mères important de 35 ans et plus ; nous avons peu de mères adolescentes ou jeunes adultes.

PRISE EN CHARGE DES MÈRES SCHIZOPHRÈNES

Présentons plus précisément de ce que nous avons développé plus particulièrement : la prise en charge des mères schizophrènes. Lorsque nous demandions, il y a une vingtaine d'années, aux psychiatres d'adultes comment se portaient les bébés de leurs patientes, ils nous répondaient que leurs patientes n'avaient pas de bébé. Lorsque nous posions la question aux gynécologues, ils nous disaient qu'ils n'avaient pas de « folles » dans leur service. Les mentalités ont heureusement évolué, et nous travaillons maintenant plus en lien avec la psychiatrie de l'adulte et les gynécologues.

En étudiant la situation familiale de la population accueillie, nous nous apercevons que nous avons un pourcentage de mères en couple beaucoup plus important que de mères isolées, chiffre qui se retrouve chez les schizophrènes. Cela montre que les patientes atteintes d'une pathologie schizophrénique vivent à l'extérieur de l'hôpital, sont souvent en couple et ont un désir de grossesse. Remontons quelques années en arrière : les patientes fuyaient les psychiatres d'adultes et allaient faire leurs bébés « toutes seules ». Elles ne parlaient pas de leur désir de grossesse et n'étaient pas entendues par ces psychiatres. Elles arrêtaient donc leurs médicaments et décompensaient pendant la grossesse ou en post-partum. Souvent, les bébés étaient placés en urgence, les mères les désinvestissaient et remettaient en route des naissances à répétition suivies de placements à répétition.

Le travail en périnatalité s'est donc développé dans notre unité pendant la grossesse de ces patientes, et nous avons encouragé les psychiatres d'adultes à nous les adresser dès le début du quatrième mois de grossesse, permettant ainsi avec ces patientes schizophrènes un travail beaucoup plus efficace et très en aval de la naissance. Nous avons accompagné ces mères à être des mères à temps partiel en travaillant sur le placement préparé, l'éducation thérapeutique (connaître sa maladie, l'accepter, prendre régulièrement son traitement) et sur la possibilité d'un ailleurs pour le bébé. Puis, progressivement, nous sommes allés encore plus loin puisque nous avons mis en place une consultation préconceptionnelle pour conseiller, informer les patientes schizophrènes sur le risque génétique, le risque médicamenteux, l'adaptation du traitement et préparer cette grossesse avec le couple et l'arrivée du bébé.

Parmi les patientes de notre unité, nous n'avons pas un taux de césarienne supérieur dans la population des patientes schizophrènes à la population générale, et l'accouchement par voie basse reste le plus fréquent.

QUELLES INTERACTIONS OBSERVONS-NOUS ENTRE LES MÈRES PSYCHOTIQUES ET LEUR BÉBÉ ?

Au niveau des interactions visuelles, nous observons souvent un évitement du regard chez la mère qui place quelquefois son bébé dans son landau à l'opposé d'une position d'échange en face à face attendue puisque le bébé regarde le mur, ce qui évite qu'il regarde sa mère et le soignant. Le nourrisson répond soit par une hypervigilance visuelle, soit, à son tour, par un évitement du regard maternel.

Souvent ces enfants s'accrochent, voire s'agrippent au regard de l'étranger comme s'ils cherchaient désespérément à se rassembler, à se réorganiser dans le regard de l'autre. Il y a par ailleurs une rareté du regard partagé. Les rencontres visuelles sont courtes et peu fréquentes. Les interactions vocales sont souvent pauvres, avec peu de verbalisation, de vocalisation de la part de la maman. Lorsqu'elle se met à parler à son bébé c'est à la fois une parole stéréotypée, répétitive, avec peu de vocabulaire et des mots répétés en boucle. Le ton est souvent monotone et monocorde. La mère suscite peu les vocalises de son bébé et leur répond rarement. Le jeu est quasi inexistant.

Les interactions corporelles de *holding* sont souvent chaotiques, on y observe des alternances de rapproché et de mise à distance. Le bébé répond souvent sur le mode de l'hypertonie, ou de l'hypotonie en se faisant mou.

Ainsi, nous constatons dans la relation précoce des mères psychotiques avec leurs nourrissons une impression de chaos avec des rapprochés intenses et dévorants qui alternent avec de longs moments de mise à distance, voire d'abandon. Et surtout une imprévisibilité du quotidien extrêmement difficile à supporter pour le bébé. En effet, les rythmes de repas ou de sommeil sont plus régis par les besoins de la mère que par ceux du bébé. La mise en place de rythmes ajustés à son bébé est très compliquée pour la mère ; il y a souvent une discontinuité dans les interactions et elle a du mal à voir l'enfant « réel ». Souvent, le bébé hypervigilant se console seul et protège sa mère pour ne pas se mettre en danger, il manifeste

peu son plaisir ou son déplaisir et utilise cette hypervigilance comme moyen défensif. Puis, quand le malaise s'accroît, il chute brutalement dans le sommeil; c'est un bébé qui s'adapte à sa mère et présente ensuite une hyperadaptabilité. Les enfants de mères psychotiques ont souvent un regard inquiet, sourcils froncés, devant l'étrangeté de leur mère. On observe souvent une immobilité du visage avec une pauvreté des mimiques en miroir avec leur maman, et peu de sourires. Ce sont quelquefois des bébés qui ont des difficultés à se calmer ou à être calmés et peuvent être par moments inconsolables.

Les mères psychotiques vont mal tolérer le développement de la motricité du bébé et elles auront du mal à supporter le passage à la locomotion, lorsqu'il va commencer à se déplacer, à s'éloigner d'elles. Ce qui prédomine dans leur comportement est la difficulté de verbalisation avec une imprévisibilité et une discontinuité.

Les mères schizophrènes doivent être accompagnées dans leur désir de grossesse, et leurs bébés doivent être protégés de la discontinuité et de l'imprévisibilité. Elles peuvent être de bonnes mères à temps partiel et le bébé doit avoir « un ailleurs ».

UN PROJET DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ PORTÉ PAR L'UNITÉ D'ACCUEIL PARENTS-BÉBÉ DU CHITS

Yves BERNAUD¹, Véronique MORVILLE², Nathalie AGOSTINI³

INTRODUCTION

Cette contribution se présente sous la forme d'un retour d'expérience concernant la mise en œuvre d'un projet de soutien à la parentalité porté par l'unité de périnatalité du centre hospitalier intercommunal Toulon-La Seyne-sur-Mer, l'unité d'accueil parents-bébé, et mis en œuvre en réponse à l'appel à projet 2017 de l'ARS PACA relatif au Plan d'action « Femme enceinte, parents, petite enfance ».

Les objectifs généraux de ce projet de prévention sont d'améliorer la santé des femmes enceintes et des enfants de 0 à 6 ans, de réduire les effets des inégalités sociales et territoriales sur leur santé et de contribuer à la prévention précoce en santé mentale.

C'est une action de « soutien à la parentalité psychique et aux relations précoces parents-bébé » innovante puisqu'il s'agit, pour des professionnels du champs de la psychiatrie infanto-juvénile, de sortir des murs de l'hôpital

1. Pédiopsychiatre, Unité d'accueil parents-bébé, Pôle de pédopsychiatrie, Centre hospitalier intercommunal Toulon-La Seyne-sur-Mer.

2. Psychiatre, *id.*

3. Sage-femme de coordination, *id.*

pour « aller vers » des parents ou futurs parents en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale accueillis sur des structures d'hébergement social ou à l'hôpital.

La précarité, source d'anxiété et d'insécurité parentale, peut impacter lourdement les relations précoces et le développement psychoaffectif de l'enfant. L'accompagnement des familles sur la période périnatale apparaît donc comme un enjeu de santé publique (MILLEGROM, McCLOUD 1996; SUTTER-DALLAY, *et al.* 2008; GUEDENEY, LEBLANC 2009; RAPPORT DU SAMU SOCIAL DE PARIS 2015).

Les études montrent une difficulté, pour les publics en situation de précarité, de recourir aux soins et d'accéder à la prévention en général (DESPRÉS 2011). De plus, l'exclusion sociale, perte des liens communautaires et affectifs qui a pour conséquence l'isolement, peut, à l'extrême, entraîner une perte des représentations du « vivre ensemble », des possibilités de secours et d'assistance. (EMMANUELLI 2009). L'accompagnement socio-éducatif doit s'envisager en « allant vers les poches de précarité, pour agir auprès des plus fragiles » (EMMANUELLI 2014; FURTOS 2011).

Ces constats doivent inciter les professionnels de santé et socio-éducatifs à modifier leurs pratiques afin de favoriser un lien thérapeutique : « aller vers », donc, pour créer un lien et le maintenir (FURTOS 2007, MERCUEL 2011).

Pour ces raisons, le projet de « soutien à la parentalité psychique et aux relations parents-bébé » porté par notre unité, favorise la rencontre, sur les lieux de vie, de publics souvent éloignés du soin.

Il vise à promouvoir les comportements favorables à la santé pendant la grossesse, et ensuite à repérer, renforcer, et soutenir les compétences parentales dans la compréhension de leur très jeune enfant, en particulier dans ses besoins de développement précoces : affectif, sensoriel, moteur et psychique. Il s'agit d'une approche valorisante des compétences parentales existantes.

Cette action hospitalière de l'« aller vers », se décline en interventions auprès de femmes et/ou de familles en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale hébergées sur des structures sociales, et également en actions de sensibilisation-formation auprès des professionnels socio-éducatifs engagés auprès de ces publics.

Cette action participe à un décloisonnement professionnel favorable au suivi de situations de vulnérabilité souvent complexes.

Cinq axes sont privilégiés :

1. Renfort de l'entretien prénatal précoce et préparation à la naissance et à la parentalité.
2. Mise en œuvre des groupes de parents, soutien à la parentalité et prévention des troubles de l'attachement.
3. Sensibilisation et formation des professionnels des structures.
4. Sensibilisation des personnes relais (TISF, familles d'accueil).
5. Coordination médico-psycho-sociale : la coordination facilite les collaborations et amène de la cohérence au travail de prévention. Elle participe à une sensibilisation grandissante des professionnels engagés auprès des familles non seulement à la question du développement et de la protection de l'enfant, mais aussi à l'importance du soutien à apporter aux parents en période périnatale. Les partenariats qui s'installent permettent d'envisager le développement d'un réseau de santé mentale périnatale de prévention sur le Var, pour lequel les liens ville-hôpital avec les professionnels libéraux (MG, GO, sages-femmes, pédiatres, psychiatres libéraux, établissements privés...) sont cruciaux.

Ce sont les axes 2 : « Mise en œuvre des groupes parents et/ou groupes parents-bébés », groupes de soutien à la parentalité et de prévention des troubles de l'attachement, et 3 : « Sensibilisation et formation des professionnels relais des structures » qui font l'objet de ce retour d'expérience.

MÉTHODOLOGIE

Le territoire, période et bénéficiaires de l'action

Le Var est le département pauvre de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, elle-même troisième région de France la plus pauvre après la Corse et les Hauts-de-France en 2016, 17,2 % de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (14,7 % en France métropolitaine).

Quatre-vingt-quatre mille personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté dans le Var, soit 15,5 % de la population, dont près de 52 % de femmes, la pauvreté infantile y est de 34 % (20 % en France) (rapport du DROS 2018).

Dix mille naissances ont lieu dans le Var, dont sept mille autour de Toulon. Les municipalités varoises concernées par l'action se trouvent sur le territoire de Toulon-Provence-Méditerranée, particulièrement pauvre.

L'action a été financée puis conduite en 2017, reconduite en 2018 et 2019.

Les bénéficiaires de l'action sont :

- Les parents et enfants hébergés sur des structures sociales, de types centre d'hébergement et de réinsertion sociale, résidences mère-enfants, hôtel parental.
- Les professionnels socio-éducatifs employés sur les structures d'hébergement.

Sept structures cibles, accueillant des parents avec enfant(s) et/ou femmes isolées avec enfant(s) se trouvent sur les communes de Toulon, La Seyne/Mer, Ollioules, La Garde. Cela représente cent soixante-sept places.

Les ressources humaines allouées au projet (0,5 ETP sage-femme, 0,5 ETP psychologue) ont permis un déploiement sur deux structures d'hébergement social ou de placement familial par an.

TRAVAUX PRÉPARATOIRES DES GROUPES PARENTS ET/OU GROUPES PARENTS-BÉBÉ

Après avoir sélectionné les thématiques éducatives relevant du soutien à la parentalité, et afin de définir les thématiques les plus attractives pour les parents accueillis sur les structures d'hébergement, les professionnelles de l'UAPB, sage-femme et psychologue, ont associés les professionnels engagés dans l'accompagnement de ces familles à la réflexion permettant le recueil des besoins. Cette réflexion s'est mise en œuvre lors de rencontres avec les équipes socio-éducatives de quatre des sept structures pouvant accueillir l'action :

Tableau 1 : Recueil des thématiques ciblées par les structures sociales

GRUPE DE PAROLES : RÉPERTOIRE DES THÉMATIQUES

THÉMATIQUES ÉDUCATIVES	THÈMES PSYCHO SOUS-JACENTS	COMPÉTENCES PSYCHO SOCIALES	PRÉLUDE	AGENCE	L'ESCALE	LE FEMINA
Comprendre l'impact des situations de violence sur les enfants	Colère Frustration Culpabilité		•		•	•
Savoir être à l'écoute des manifestations de l'enfant			•		•	•
Comprendre ce qu'est un attachement sûr/insûr			•	•		•
Savoir poser un cadre et des limites à un enfant.	Culpabilité Honte Estime de soi		•	•	•	•
Développement de l'enfant auprès des papas	Questionner la place de « père » Estime de soi		•			
Construire une co-parentalité (père-mère)				•		
Appréhender la séparation mère-enfant				•	•	•
Co-parentalité (famille d'accueil - parents biologiques)			•			
Les besoins (alimentation, sommeil)			•			

Les thématiques sélectionnées par le plus grand nombre de professionnels socio-éducatifs ont été : 1) les besoins et l'écoute des manifestations de l'enfant (0-2 ans) ; 2) savoir poser un cadre et des limites à l'enfant ; 3) attachement sécure et séparation ; 4) impacts des situations de violence sur le développement de l'enfant.

Mise en œuvre des groupes parents et/ou groupes parents-bébé

L'axe méthodologique des groupes de parole auprès des parents est le suivant : les groupes s'articuleront, dans un premier temps, autour de thèmes « éducationnels ». Chaque thématique sera abordée à partir des compétences psycho-sociales et des représentations psycho-affectives qui lui sont associées. Puis, dans un second temps, les groupes de paroles s'organiseront autour de reprises de situations apportées par les parents.

Chacune des quatre thématiques a été travaillée au cours de deux séances. La première a été abordée à partir d'un support vidéo, étayé par les cartes « émotion ». La seconde séance a été abordée à partir du « photo langage », dans le but de favoriser une reprise de situation. Photo langage, cartes émotions et support vidéo sont les outils pédagogiques des « séances parents ».

Sensibilisation et formation des professionnels des structures

Les intervenants sont un pédopsychiatre, un psychiatre d'adultes, une psychologue, une sage-femme.

Pour améliorer la cohérence de l'action et augmenter ses possibilités de déploiement futur à plusieurs structures cibles du territoire concerné, il a été décidé d'associer les professionnels relais au processus de construction et à la coanimation des séances de soutien à la parentalité sur les structures sociales, l'ensemble du travail d'élaboration constituant une forme de formation participative qui permet d'ancrer davantage le soutien à la parentalité sur la structure et de développer les actions sur les autres établissements le souhaitant.

Le but ultime est de « professionnaliser » les équipes à un accompagnement à la parentalité des publics accueillis. La rencontre des équipes éducatives des structures permet de :

- recueillir les besoins des femmes et couples hébergés sur ces structures, et les attentes de sensibilisation et/ou de formation des professionnels,
- adapter la forme et le contenu des actions de soutien à la parentalité aux besoins des publics accueillis,
- coconstruire avec les équipes éducatives les séances de soutien à la parentalité destinées aux groupes de parents accueillis sur les structures,
- coanimer les séances de soutien à la parentalité.

La formation des professionnels relais sera réalisée à travers une première sensibilisation aux troubles psychiques survenant en période périnatale et aux conséquences sur la relation mère-bébé. Puis, la formation des professionnels sera effectuée tant à travers la coconstruction des groupes de paroles pour les parents qu'à partir de leur coanimation. Ainsi, il s'agit d'une formation participative qui veillera à répondre aux questionnements des équipes.

Nous prévoyons quatre temps de coconstruction avec les professionnels des structures pour travailler sur les thématiques : 1) connaître les besoins, 2) écouter les manifestations de l'enfant (0-2 ans), 3) savoir poser un cadre et des limites à l'enfant, 4) attachement sécure et séparation et 5) impacts des violences sur le développement de l'enfant.

- 1) Les besoins :
 - Physiologiques (sommeil, nourriture, santé)
 - Sociaux/environnementaux (socialisation, communication, langage)
 - Psychologiques (nursing, maternage, continuité, interactions, sécurité, identité, développement)
- 2) Le cadre et les limites :
 - Les clefs : le rythme, la protection, l'éducation, l'environnement sécure
 - Le développement de l'enfant : l'ambivalence, la différenciation
 - L'histoire personnelle : répétitions, transmissions familiales
 - Les approches : l'approche empathique, la parentalité bienveillante
- 3) L'attachement sécure :
 - Les différents types d'attachement (attachement désorganisé, insécure, ambivalent résistant, attachement sécure),

- Les principes de l'attachement sécure : figure d'attachement, réponses instinctives, comportements de proximité / de signalisation, partage d'émotions positives, disponibilité, ancrage)

- La transmission générationnelle (premiers liens d'amour, relation dans le couple)

4) La séparation mère enfant :

- Ce qui est mis en jeu : les sentiments ambivalents, la sécurité affective, l'attachement sécure.

- Chez l'enfant : ouverture vers les pairs, somatisations, objet transitionnel

- Chez les parents : gestion des émotions, passages à l'acte

5) Impacts des situations de violence :

- Les types de violences éducatives : la menace, l'amour sous condition, le rejet, l'insulte, l'humiliation, l'affirmation de l'autorité, l'absence d'attention

- Violences verbales et physiques : situations à risque et conséquences (sidération, agressivité, répétition)

- Éducation positive, les concepts (compréhension, attention, verbalisation et négociation)

ANALYSE

Les séances de soutien à la parentalité auprès de groupes de parents accueillis sur des structures d'hébergement social ou de placement familial ont été préparées de façon à pouvoir :

- Échanger sur les pratiques parentales, valoriser les comportements positifs existants

- Amener les parents à adopter les attitudes favorables à la santé mentale et physique de l'enfant

- Améliorer les connaissances des parents en lien avec les besoins de santé de l'enfant

- Aider les professionnels à identifier et à renforcer les conduites parentales favorables au développement de l'enfant

La priorité a été mise sur la prévention :

« Le point de vue adopté se base sur la conviction que dans des conditions propices tout enfant, tout adulte, tout professionnel a des compétences qui peuvent devenir moteur de changement.

L'intervenant n'est pas celui qui sait et vient expliquer à la famille ce qu'il convient de faire. L'accompagnement vise à réaliser une 'alliance éducative' avec les parents en partant des besoins de l'enfant. Faire alliance ce n'est pas faire à la place de la famille mais c'est construire avec elle un projet de changement dans l'intérêt de l'enfant.

La mise en place d'une relation d'alliance éducative ne signifie pas l'acceptation non critique de la manière dont la famille exerce sa fonction parentale. Le travail peut aussi déboucher sur la conclusion que l'enfant est en danger mais chaque situation est appréciée avec rigueur et en considérant la famille comme acteur. » (recherche-action ONE 2003)

Les actions relatives à ce projet de soutien à la parentalité font l'objet d'un rapport annuel d'activité, devant permettre la reconduction du financement pour l'exercice suivant.

Les indicateurs de suivi concernant les axes faisant l'objet de ce retour d'expérience sont des indicateurs quantitatifs d'activité et des indicateurs qualitatifs d'activités, recueillis à partir de questionnaires de satisfaction adressés aux parents et aux professionnels bénéficiaires de l'action.

ACTION	MODALITÉS DE RÉALISATION	PUBLIC CIBLE	INDICATEURS
<p>PROFESSIONNELS RELAIS</p> <p>Sessions de sensibilisation et de formation Animées par professionnels du champ psychique (psychiatre, pédopsychiatre, psychologue) et sage-femme.</p> <p>2 Sessions de sensibilisation et de formation par an et par structure (durée 3 heures).</p> <p>Groupe d'analyse de pratiques</p> <p>Animés par un ou des professionnels du champ psychique (psychiatre, pédopsychiatre, psychologue) et sage-femme.</p> <p>4 Groupes d'analyse de pratiques par an et par structure (durée 2 heures)</p>	<p>Les séances de coconstruction et de coanimation vont se substituer aux sessions de sensibilisation-formation</p>	<p>Professionnels socio-éducatifs de la structure d'hébergement.</p>	<p>Nombre de sessions par structure.</p> <p>Nombre de participants ainsi que leur catégorie professionnelle (relatives de présence).</p> <p>Évolution des représentations et des postures professionnelles (questionnaires anonymes, réunions d'équipe).</p> <p>Évaluation de la satisfaction des professionnels (questionnaire de satisfaction).</p>

ACTION	MODALITÉS DE RÉALISATION	PUBLIC CIBLE	INDICATEURS
<p>PARENTS-ENFANTS</p> <p>- Groupes de soutien à la parentalité :</p> <p>4 groupes par an par structure (durée 2 heures).</p> <p>- Groupes de prévention des troubles de l'attachement :</p> <p>4 groupes par an et par structure (durée 2 heures)</p> <p>Animés par sage-femme et psychologue</p>	<p>En coanimation avec les professionnels des structures.</p>	<p>Femmes seules ou familles accueillies sur la structure</p>	<p>Nombre de groupes de soutien et nombre de participants.</p> <p>Nombre de groupes de prévention et nombre de participants.</p> <p>Changement des comportements des parents accueillis sur la structure, à l'égard de leur(s) enfant(s).</p> <p>Renforcement des compétences psychosociales des enfants accueillis avec leurs parents. Selon l'observation des professionnels de la structure (réunion équipe/partenaires).</p> <p>Évolution des représentations des participants, évaluation à partir de questionnaires anonymes remis au début et à la fin de l'action.</p> <p>Niveau de satisfaction des parents participants à partir de questionnaires anonymes.</p> <p>Niveau de satisfaction des professionnels ayant coanimé les séances.</p>

BILAN DES ACTIONS

Les forces du projet

Après évaluation, le projet de prévention et de soutien à la parentalité déployé sur les structures s'est trouvé renforcé dans sa mise en place et son efficience par le choix d'une méthodologie de coconstruction et de coanimation des séances des groupes parents avec les équipes socio-éducatives des structures d'hébergement.

Les deux publics bénéficiaires ont été satisfaits des supports théoriques et des outils pédagogiques utilisés.

Grâce au projet de prévention, les professionnels ont remarqué un impact sur leur propre positionnement de travail et leur accompagnement des parents et familles. Ils ont également noté des prises de recul d'une partie des parents qui ont ainsi amorcé un changement comportemental auprès des enfants.

Le travail de liaison de l'équipe de l'UAPB a été renforcé.

Les retours des questionnaires anonymes et les observations des professionnels de l'UAPB et des structures lors du déroulement des groupes de parole ont mis en évidence la force des médias utilisés, groupe de parole et outils pédagogiques (cartes émotions, photo langage, vidéos) qui ont eu pour principales finalités de :

- Faciliter l'expression en groupe
- Permettre une prise de recul vis-à-vis de sa propre situation
- Prendre conscience de ses propres représentations
- Se décaler des modèles parentaux opérants pour avoir accès à l'intention parentale

Les limites du projet

Il est apparu que l'approche des situations de violence était à approfondir sur un temps plus long (quatre séances au lieu de deux), en soulignant plutôt les bénéfices de l'éducation positive pour l'enfant et sa famille, favorable au développement de facteurs de protection, comme le

renforcement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles des enfants et des parents.

Il est apparu également que l'abord de certaines thématiques éducatives pouvaient être enrichi par l'usage d'autres outils pédagogiques plus ludiques.

Informations complémentaires

Un accompagnement méthodologique du projet est effectué par le Comité départemental d'éducation pour la santé du Var (CODES 83), à la demande des porteurs du projet afin d'améliorer le suivi des actions et la réalisation des objectifs. La réalisation de l'action de prévention s'est trouvée renforcée par la guidance méthodologique du CODES 83. Ainsi, il est souhaitable pour ce type d'expérimentation, de continuer à bénéficier des ressources multiples proposées par les CODES.

Le projet vient renforcer les missions de prévention de l'UAPB. La contribution de l'équipe pluridisciplinaire de l'UAPB aux actions de sensibilisation et de formation des professionnels et personnes relais permet de renforcer les ressources humaines financées par le projet.

Ces actions de soutien à la parentalité nécessitent un temps de préparation et de partenariat considérable. Un financement pérenne de ce type de projet permettrait une organisation et une planification des interventions moins contraintes, allégées des échéances administratives chronophages de renouvellement de financement.

BIBLIOGRAPHIE

- DESPRÉS C. (2011a) « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n° 170.
- _____. (2011b) « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, n° 169.
- EMMANUELLI X. (2009) « L'exclusion et la pauvreté. Y-a-t-il une clinique de l'exclusion ? », *La revue de médecine interne*, n°30, p. 206-207.
- EMMANUELLI X., TARTIÈRE S. (2014) « Éléments cliniques de l'exclusion (1^{ère} partie). » *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, vol. 26, n°3 et 4, p. 147-153.
- FURTOS J. (2007) « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. », *Mental'idées*, (dossier « Souffrance et Société »), n°11, p. 24-33.
- _____. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le carnet psy*, vol. 7 n° 156, p. 29-34.
- GUÉDENEY N., LEBLANC S. (2009) « L'attachement désorganisé chez l'enfant. », in N. Guédénéy, A. Guédénéy (dir.), *L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée*, Paris, Masson.
- MERCUEL A. (2011) « Psychiatrie et précarité : permanence du lieu ou permanence du lien ? », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 169, n°10, p. 656-659.
- MILLEGROM J., MCCLOUD P. (1996) « Parenting stress and postnatal depression. » *Stress and Health*, vol. 12, n°3, p. 177-186.
- SUTTER-DALLAY A.-L., MURRAY L., DEQUAE-MERCHADOU L., GLATIGNY-DALLAY E., BOURGEOIS M.-L., VERDOUX H. (2008) « Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans. », *Devenir*, vol. 20, n°1, p. 47-63.
- BERTRAND J, CHARLES J.-C., TOUTALIAN C. (2019) « Barème social 2018. Une précarité qui demeure malgré l'éclaircie de la situation régionale » *Les Cahiers du DROS*, n°21. http://www.dros-paca.org/uploads/media/Cahier_du_Dros_N__21_-_Barometre_Social_2018.pdf
- SAMU SOCIAL DE PARIS, rapport d'activité 2015, <https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/RA%202015.pdf>

RECHERCHE-ACTION ONE (2003) « Familles et intervenants : une alliance vers la bientraitance », *Travailler le social*, # 34-35, (Familles et intervenants, Regards méthodologiques III).

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS D'UNE STRUCTURE PARENTS-BÉBÉ AU SEIN D'UNE UNITÉ DE PÉDOPSYCHIATRIE

Damien LERMINIAUX¹, Christine THIRIART², Monique BRONCKART³,
Geneviève PIRE⁴, Anne SALÉE⁵

PROLOGUE

Nous avons envisagé notre présentation comme un bilan d'activités puisque nous étions dans l'état d'esprit de la fermeture de notre unité mère-bébé.

Cette fermeture n'émanait pas de notre volonté mais d'une décision de la cheffe de service de psychiatrie et ce pour des questions de rentabilité.

Récemment, le psychiatre, le docteur Jacques Gros-Gean, qui collabore avec nous, a rédigé un courrier adressé à ses confrères. Dans celui-ci, il mettait en avant le travail effectué dans l'unité et l'importance de garder une hospitalisation mère-bébé dans un hôpital général où se trouvent des services de pédiatrie, de gynécologie, de pédopsychiatrie, ainsi qu'une maternité.

Ses arguments ayant été entendus, la décision de maintenir notre petite unité a été prise.

1. Pédopsychiatre, Unité parents-bébé, Service de pédopsychiatrie, CHR Liège, Belgique.

2. Psychologue, *id.*

3. Infirmière pédiatrique, *id.*

4. Infirmière pédiatrique, *id.*

5. Éducatrice spécialisée, *id.*

PRÉSENTATION DE L'UNITÉ

Notre unité d'hospitalisation comporte vingt-trois lits de pédopsychiatrie dont deux pour les bébés et deux lits de psychiatrie adulte. Ainsi, pour chaque dyade, chacun, mère ou enfant, est hospitalisé à part entière (le père peut, le cas échéant, occuper un lit d'accompagnement voire, plus exceptionnellement, remplacer la mère).

Nous avons réfléchi à l'impact, en termes d'avantages et d'inconvénients, de la présence des lits mère/bébé dans un service de pédopsychiatrie.

Les points négatifs d'une telle structure

1. Entre les jeunes du service et les jeunes mères, on remarque une difficulté à trouver la *juste distance*.
2. Les jeunes mères racontent leur parcours de vie aux adolescents sans mettre de filtre; cela nous a parfois fait craindre une « contamination » dans le désir de grossesse.
3. Le *bruit* que les enfants génèrent par leurs jeux, leurs modes d'expression ou leurs éventuelles crises peut perturber les bébés ou pousser les jeunes à se freiner dans leur élan d'expression.
4. La proximité des mamans très carencées avec des enfants hospitalisés qui ont le même vécu qu'elles entraîne des *identifications projectives* qui nécessitent un recadrage régulier; en effet, ces mamans s'impliquent personnellement dans la vie de nos patients. Elles peuvent désirer « réparer » ces enfants abîmés par leur parcours de vie.
5. D'autres mamans nous sont apparues en *concurrence* avec les jeunes du service, tolérant difficilement de ne pas recevoir l'exclusivité de l'attention du personnel.
6. *A fortiori* s'occuper de *mères ados* dans une unité de jeunes du même âge peut s'avérer compliqué : leurs occupations doivent être recentrées sur leurs bébés; elles ne peuvent plus aspirer à la vie d'adolescente comme les autres.

Une telle structure présente également une série d'avantages

1. Certains *enfants se contrôlent* pour ne pas exposer les bébés à des éclats de voix ou des crises violentes. Les bébés suscitent l'intérêt de la plupart des enfants et, très vite, ils comprennent leur besoin de calme.
2. En pédopsychiatrie, notre culture de travail se centre essentiellement sur l'enfant. Pour cela les mamans semblent éprouver moins de difficultés, trouver cela *moins stigmatisant* d'être hospitalisées dans cette unité que d'avoir l'étiquette psychiatrique.
3. Le fait que nous nous centrons sur l'enfant nous permet aussi de *limiter* notre « absorption », *notre implication dans les conflits entre adultes*, entre parents notamment. Pointer les souffrances de l'enfant permet de se recentrer sur celui-ci. Les conflits qui ne le concernent pas se régleront à l'extérieur!
4. Le personnel est composé en partie d'infirmiers pédiatriques. Les mamans sont *rassurées par leur présence et leurs conseils*.
5. Notre équipe travaillant avec des enfants, nous prenons en considération les *fratries*.
6. De même, notre équipe est relativement *maternante* avec ces triades, binômes, mère/père/bébé. Cette attitude apaise, contient l'anxiété des parents.
7. Le *rythme* de vie du service a plus d'une fois permis aux mamans (par exemple dépressives) de restructurer leur propre rythme.
8. Des ateliers sont proposés aux mères et un planning est élaboré chaque semaine avec elles.
9. Les *nuits* du service étant le plus souvent calmes, les enfants dormant, les mamans et leurs bébés sont pris en charge de façon plus particulière. Parfois les bébés restent avec le personnel pour permettre aux mamans de se reposer correctement; d'autres fois l'infirmier ou l'éducateur peut être présent auprès des mères pour calmer leurs angoisses nocturnes.
10. Certaines mamans ont tendance à ne pas sortir de leur chambre, le passage du personnel semblant leur suffire. Nous les invitons toutefois à manger dans *une pièce qui leur est réservée, adjacente* à la salle-à-manger des enfants, séparée par une simple porte vitrée.
11. Elles participent ainsi à la vie du service.

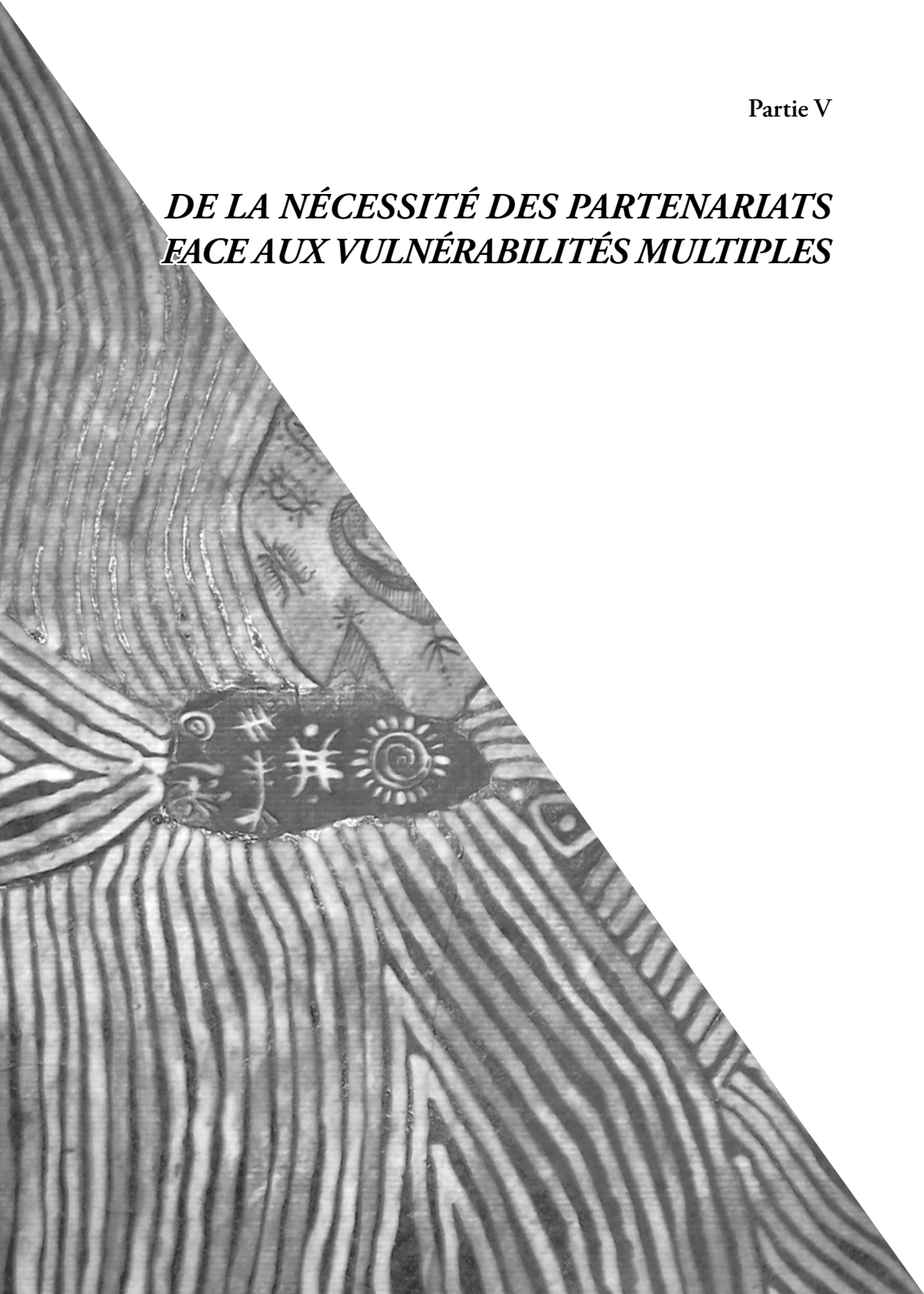
12. L'avantage de la présence des autres enfants pour les repas est marqué lorsqu'il existe des *difficultés alimentaires pour le bébé*. Celui-ci, en voyant les autres enfants manger, fait souvent des progrès dans ce domaine. De plus, les mamans se focalisent moins sur leur enfant puisqu'il existe d'autres sources d'intérêt, de stimulation.
13. Les *parents observent* la façon d'intervenir du personnel auprès des enfants : ils peuvent s'en servir comme modèle.
14. Le statut du *père* est particulier. Il n'est pas considéré seulement comme l'(ex-)compagnon de la mère, il est le père du patient hospitalisé : le bébé! À ce titre, nous avons accès à lui *indépendamment de l'aval maternel*.

Nous offrons aux papas des visites régulières durant lesquelles nous lui proposons de participer aux soins de l'enfant, à une séance de psychomotricité, de rencontrer la psychologue ou/et le pédopsychiatre. Nous demandons aux mamans de ne pas être présentes durant ces visites afin d'éviter toute tension.

Notre travail se veut un soutien à la parentalité et, si possible, nous tentons d'éviter, autant que faire se peut, que ces hospitalisations ne deviennent des bilans de compétences parentales, ce à quoi les services de protection de l'enfance voudraient parfois nous inciter.

Partie V

*DE LA NÉCESSITÉ DES PARTENARIATS
FACE AUX VULNÉRABILITÉS MULTIPLES*



DÉPISTER LA DÉTRESSE DES BÉBÉS

Nicole GARRET-GLOANEC¹, Anne-Sophie PERNEL²

La psychiatrie périnatale a développé en France une capacité à répondre aux familles dont les bébés sont en détresse. Les collaborations indispensables avec la PMI et les partenaires habituels que sont les maternités, les pédiatres, les crèches sont le fait de l'inscription des secteurs sur le territoire. La bonne connaissance des difficultés rencontrées par les (futurs) parents, des troubles qu'ils peuvent présenter, ainsi que des interactions et bien sûr du développement du bébé dès la naissance (et du fœtus) permet cet exercice délicat de l'approche de ces bébés en détresse.

LES FAMILLES À RISQUE³

Les défaillances parentales se retrouvent là où la vulnérabilité est la plus grande. Dans les familles très perturbées, les bébés sont exposés à des

1. Pédiopsychiatre honoraire, CHU de Nantes, France.

2. Pédiopsychiatre, Centre de santé mentale angevin (CESAME), Sainte-Gemmes-sur-Loire, France.

3. GARRET-GLOANEC, *et al.*, 2013.

conditions de vie qui risquent de compromettre leur développement. Ces familles, le plus souvent isolées, sont en rupture de liens. Tant les mères que les pères peuvent présenter une pathologie mentale (pathologie limite ou psychose) et d'importants troubles de la parentalité.

Les difficultés de ces adultes les empêchent de voir leur bébé comme un être différencié. Si ces troubles sont associés à de l'alcoolisme ou à une polytoxicomanie, la probabilité de rechercher de l'aide est encore plus faible. Ces parents ne reconnaissent pas la détresse de leur bébé, porteur de tous leurs espoirs. C'est en allant vers eux que l'on peut tenter de prévenir la maltraitance. Plus tard, des placements deviendront indispensables faute d'avoir essayé de prodiguer des soins ou faute de pouvoir faire évoluer suffisamment vite des situations générant de trop grandes souffrances chez le bébé.

Chez les familles à risque, certains indices préoccupants sont souvent présents, telles les arrivées aux urgences pédiatriques et les hospitalisations répétées. Les bébés expriment leur détresse, mais encore faut-il la reconnaître. La tendance à trop focaliser sur leur environnement empêche souvent de comprendre ce qu'ils vivent. L'évaluation du risque psychosocial passe par celles de la relation parent-enfant, des interactions, de la parentalité ainsi que par l'observation du bébé lui-même. Pour cela il est important de connaître le vécu quotidien de l'enfant.

DANS QUEL ENVIRONNEMENT LES BÉBÉS À RISQUE VIVENT-ILS ?

Les familles à risque de maltraitance sont caractérisées par des carences sanitaires, sociales et éducatives élevées. Elles vivent dans une absence d'organisation de la vie quotidienne. Elles traversent des crises multiples. Leur histoire personnelle de carences favorise un comportement marqué de discontinuités dans l'organisation du quotidien. Les mères sont souvent isolées avec des conjoints successifs desquels elles sont très dépendantes, une grand-mère maternelle qui réapparaît dans le lien à sa fille, laquelle lui avait parfois été retirée. Les pathologies psychiques (pathologies limites, psychose avec ou sans déficits mentaux) associées à la négligence vécue dans l'enfance, sont aussi fréquentes.

QUELS SONT LES COMPORTEMENTS LES PLUS COURANTS¹ ?

Dans les familles à risque de maltraitance, on observe fréquemment une ou plusieurs des caractéristiques suivantes dans les interactions des parents avec leur bébé :

- une alternance imprévisible du tout au rien ;
- un collage/mise à distance s'articulant rarement avec les besoins de l'enfant ;
- l'absence de rythmes temporels qui nuisent à la construction de repères chez le nouveau-né ;
- un ajustement tonico-postural inadéquat ;
- une pauvreté des échanges visuels créant une apathie et une atonie chez le bébé ;
- des soins corporels déficients, les bébés ne pouvant investir leur corps ;
- une intolérance aux besoins du bébé qui entraîne des passages à l'acte de la part du parent ;
- peu d'échanges ou de dialogues mutuels ;
- une expression d'affects violents, parfois érotisée, qui provoque une coupure du contact chez le bébé ;
- une inattention aux expressions émotionnelles de l'enfant ou une difficulté à les contenir ;
- peu d'accordage pourtant nécessaire aux imitations préalables à la symbolisation et au langage. Ces parents s'adressent peu à leur bébé, si bien que le bébé vocalise peu, ce qui entraîne ultérieurement une pauvreté du langage ;
- une intolérance à la séparation du côté parental qui se traduit par une alternance de mouvements d'abandon et d'agrippement à l'enfant, s'opposant à son individuation (comportement fusionnel) ;
- le mal-être de certains parents devant les tentatives d'individuation de leur enfant peut provoquer des passages à l'acte jusqu'à la décompensation psychique. Le bébé doit alors se développer dans ces interactions faites de succession d'explosion-surexcitation et de vide relationnel. On parle de dysharmonies interactives.

1. Centre jeunesse de Montréal (2014).

COMMENT LE BÉBÉ EXPRIME-T-IL SA SOUFFRANCE¹ ?

L'observation des professionnels qui s'occupent des bébés permet l'identification des modes d'expression de leur souffrance. C'est en portant attention au bébé que plusieurs signes peuvent renseigner sur son état. Les signes sont variables selon l'équipement initial de l'enfant, son niveau de développement et le contexte environnemental dans lequel il baigne.

Plus l'enfant est petit, plus c'est à travers le corps que la lecture de l'état de l'enfant s'effectue. Mais encore faut-il savoir le lire : très petit, c'est la température, les signes cutanés et neurovégétatifs et le rythme respiratoire qui parlent. L'équilibre tonico-moteur et tonico-postural fournit aussi des indices importants à observer.

Le comportement du bébé est aussi révélateur. Il faut tenter de discerner ce qui aggrave sa détresse ou la calme : rapprochement, attention, réaction à l'étranger et aux changements, tolérance à la discontinuité. Le partage des données d'observation permet une meilleure compréhension. Pour cela la simple consultation ne suffit pas.

Chez les bébés, les formes prises pour exprimer leur détresse, comme l'intensité des signes, ne préjugent pas nécessairement de la gravité. Des signes bruyants ne sont pas forcément profonds. Leur discrétion peut au contraire cacher de grandes difficultés : un bébé qu'on oublie, qu'on ne voit pas, est parfois le signe d'une détresse ultime à laquelle l'enfant ne cherche même plus à échapper. Il importe d'observer les interactions dans la continuité et de tenir compte des signes en creux. L'essentiel se situe dans une observation longitudinale répétée dans le temps.

Les professionnels doivent éviter de banaliser, dramatiser ou fixer les symptômes propres aux pathologies des enfants plus vieux. Le bébé est encore dans une phase où il peut évoluer rapidement. Par ailleurs, les signes observables – alimentation, sommeil, motricité, tonus – sont discrets, difficiles à repérer, peu spécifiques. Ils doivent faire l'objet d'observations dans le cadre d'interactions parent-enfant ainsi qu'auprès du bébé seul.

DES MANIFESTATIONS POLYMORPHES

La sphère somatique

Les signaux du bébé en souffrance sont imprévisibles, comme le sont les réponses qu'il reçoit. Ils s'expriment sur les plans de la faim et du sommeil. Le bébé donne peu de signaux indiquant qu'il a faim : il n'exprime pas de plaisir, ne montre pas de mouvements de succion, ne demande rien. Il présente des reflux gastro-œsophagiens, des vomissements. Il se remplit de nourriture et n'a pas d'expression de satiété.

Le sommeil est marqué par des états de vigilance qui révèlent le contrôle qu'il effectue à des fins défensives. Il peut également tomber dans le sommeil : le bébé s'endort subitement. Il exprime ainsi sa détresse. L'hypersomnie constitue un refuge. Les états de vigilance sont des équivalents émotionnels. Ils nous renseignent sur les systèmes intégratifs, les états de tension-détente.

Le bébé en souffrance présente des troubles de l'attention, car il se focalise sur l'état maternel. Dans la relation, il ne peut pas effectuer la danse d'alternance attention-retrait, qui se réalise lorsque le bébé est entouré par une mère attentionnée capable de maintenir son homéostasie. Là, l'enfant s'agrippe pour exister : on l'observe dans le regard fixe et intense de certains bébés.

La fonction d'élimination peut être affectée : diarrhée importante, selles vertes, constipation mais aussi sudation ou sécheresse avec une peau granulée. Il est intéressant de faire le parallèle entre les manifestations somatiques de l'enfant, qui constituent une expression de sa vie émotionnelle, lorsqu'il est en présence de sa mère comparativement à lorsqu'il est avec un autre donneur de soins.

Il importe aussi de s'interroger sur ce qui se passe dans le contexte environnemental lorsque l'enfant présente de telles manifestations à l'origine des changements de lait, d'introduction de traitements multiples, d'hospitalisations courtes. Dans les cas les plus graves et continus, certains enfants présentent une atteinte de la croissance staturo-pondérale avec cassure en premier de la courbe du poids.

1. LAMOUR et BARRACO (1998).

La sphère tonico-motrice

L'organisation tonique du bébé est un élément important à considérer. Ce peut être l'indice d'une souffrance chez l'enfant : un tonus rarement souple ou ajusté, un bébé qui se tient arc-bouté dans les bras, hypertonique (il est difficile à porter), hypotonique (le bébé coule dans les bras) ou les deux alternativement ou suivant les moments de la journée.

La motricité

Le déplacement est impossible. Après avoir eu du mal à effectuer le rassemblement des deux hémicorps, il n'investit pas le bas du corps qui reste inexistant ou raide. On retrouve ces signes chez certains bébés quand la mère ne peut supporter psychiquement cette distanciation/différenciation. Une fois la marche acquise, il papillonne, ne réalise pas de vraies explorations, il déambule et ne s'arrête sur rien. Ses activités sont répétées ou stéréotypées, il se cogne. Quand l'état relationnel s'améliore l'enfant retourne à un fonctionnement normal.

La dynamique du développement

On constate un ralentissement, voire un arrêt du développement. La qualité des acquisitions compte autant que le nombre des acquis. La souplesse, la diversité, la capacité de faire des liens, l'intériorisation des acquis sont plus profitables qu'une série d'acquis rigides et répétitifs n'ouvrant ni sur un monde intérieur ni sur un lien avec l'environnement. Les acquis sont intéressants s'ils s'appuient sur des processus souples.

La sphère relationnelle¹

L'enfant n'a pas ou peu d'expressions émotionnelles. Il présente une pauvreté des mimiques et peu de langage. La parole est d'arrivée tardive. Parfois on retrouve une réaction de gel vers 5-6 mois : l'enfant s'immobilise corporellement, il peut ne plus rien dire (perte des lallations). Les yeux sont dans le vide.

¹ I. GARRET-GLOANEC, *et al.* (2012)

On observe parfois une transformation des affects sous forme d'une inversion (expression à l'inverse de ce que nous pouvons anticiper, comme par exemple lorsqu'il bute sur un objet, il a un sourire-grimace vers l'âge de 12 mois). Dans la deuxième année, l'enfant éprouve de plus en plus de difficultés à se contenir. Des crises fréquentes de colères violentes apparaissent, avec des mouvements agressifs et une agitation désordonnée des bras avec des cris.

Des troubles du contact sont également présents : évitement, retrait relationnel, symptôme parfois de dépression du bébé, indifférence, inertie motrice, perte de l'élan vital, pauvreté de la communication. Il est nécessaire de faire un important effort pour aller vers ces bébés et les ramener vers nous.

Le bébé appelle à l'aide lorsqu'il y a un déséquilibre entre lui et son environnement. Il y fait face en montrant des signes de détresse qu'il faut connaître et reconnaître. Le nourrisson peut aussi s'adapter à la mère en souffrance dans une inversion de la place.

COMMENT COMPRENDRE CE QUI SE PASSE DANS L'INTERACTION ?

Dans la spirale transactionnelle, le parent et le nouveau-né s'influencent mutuellement dans un processus continu de développement et de changement. Le nouveau-né se construit dans cette interaction autant qu'il la construit et a un impact sur son parent.

Le dysfonctionnement des interactions parent-nourrisson témoigne de la souffrance de part et d'autre. Le bébé présente des stratégies d'adaptation qui aggravent le fonctionnement. Le nourrisson a des systèmes de régulation quand il est en proie à des tensions, avec de états de vigilance en lieu de pare-excitation. Il fait appel à l'environnement externe en fonction de son type d'attachement. Il se construit un système de représentation mentale de lui-même et de l'autre.

Si la réponse est positive lors des interactions, il aura alors une représentation fiable de sa mère. Si la réponse est négative, la représentation de l'autre est celle d'une personne qui ne peut l'aider. L'apaisement ne peut venir du dehors. Il perd le sentiment de compétence et ne peut construire d'affects nuancés dans ce contexte. Son mode relationnel est alors pauvre, peu expressif, passif. Il s'autorégule mais avec les moyens qu'il a à sa

disposition. Ses moyens de régulation sont parfois dépassés, alors il se coupe de l'environnement pour s'apaiser, mais de ce fait, il perd en échanges. Il recherche de moins en moins les interactions, se met en retrait relationnel. Ces enfants ont une image très négative d'eux-mêmes, l'environnement ne s'intéresse pas à eux et ils finissent par se sentir incompetents et non-aimables.

Quels sont les effets ?

On observe, chez ces bébés, une diminution des comportements exploratoires, un retentissement sur le développement, la construction d'un attachement évitant, résistant ou désorganisé. Leur stratégie régulatrice est la construction d'une organisation qui va à l'encontre de leurs processus maturatifs, l'énergie mise dans la vigilance étant non disponible pour le reste.

Ces enfants peuvent s'attacher à un parent maltraitant. Là est la force de l'attachement, même s'il est pathologique. Suite à ces perturbations du lien avec sa mère, l'enfant, ayant intégré ces modèles relationnels, va les transporter dans d'autres liens et mettre en difficulté ceux qui vont l'accueillir.

Quel soin offrir et par qui ?

Il est essentiel d'intervenir le plus tôt possible, de reconnaître et d'agir sur la souffrance du bébé en offrant une réponse adaptée à ses besoins. Le traitement individualisé doit prendre en compte le développement du bébé. Le bébé est un partenaire actif dans l'interaction et donc dans le soin. Mais la psychopathologie parentale est un phénomène envahissant. Ces enfants peuvent passer inaperçus, car tout le monde est entraîné par les modalités expressives des parents. Il s'avère parfois difficile de maintenir la vigilance sur le bébé. Nous sommes attentifs à préserver l'empathie et la capacité d'identification vers le bébé en lui apportant la plus grande attention et en accordant beaucoup d'intérêt à l'observation.

La synthèse de l'ensemble de la situation (qui peut être soutenue par l'utilisation du guide d'évaluation de Steinhauer²) permet de mieux

1. GARRET-GLOANEC et PERNEL (2010).
2. CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL (2014).

élaborer le projet de soins. Nous cherchons préalablement à comprendre ce qui émerge du fonctionnement parental et des interactions et à connaître le mode relationnel ainsi que les expressions propres à ce bébé. C'est le bébé qui nous indique si la relation parent-enfant lui permet de se développer ou s'il met en place des systèmes défensifs et se dirige vers un type d'attachement pathologique.

Les éléments fondamentaux à l'élaboration du plan de soins consistent à observer, à réfléchir aux émotions qui émergent au cours de l'observation, à tenter de comprendre à quelle fin répondent les comportements des parents et à prendre en considération les effets qu'ils peuvent avoir sur le bébé. Les émotions ressenties par l'observateur constituent un véritable outil sémiologique qui permet de comprendre ce que le bébé vit dans l'interaction. Nous avons tous été bébé...

Le vide présenté par ces bébés, impact de la sous-alimentation narcissique dont ils ont fait l'objet, aggrave le risque qu'ils courent de ne pas être vu. Il est essentiel de porter attention au bébé et de se mettre à sa place afin de comprendre l'angoisse qu'il peut ressentir face au chaos qui caractérise le plus souvent sa situation. Le bébé vit des moments difficiles lorsqu'il ignore ce qui va survenir et qu'il est soumis à des états d'excitation interne dus à l'absence ou à l'attente interminable de la réponse à ses multiples besoins. Ses besoins non satisfaits le renvoient à sa solitude. À quoi bon pleurer ? La détresse peut devenir absolue. Le bébé refuse le contact en détournant le regard, s'arc-boute, refuse l'échange, se retire de la relation, se met à distance.

Pour travailler auprès des bébés dont les familles sont à risque de maltraitance, il est préférable que le professionnel soit aguerri. Connaître les bébés, avoir l'occasion de les côtoyer suffisamment pour être en mesure de distinguer ce qui fait partie du développement normal de l'enfant de ce qui est indice de souffrance, est la base du soin. Il devrait aussi être formé à l'observation (selon Esther Bick³ et/ou Emmi Pikler⁴) afin d'être apte à percevoir le monde interne du bébé, à repérer sa souffrance et celle de ses parents.

Il nous apparaît important de positionner les interventions clairement dans le registre du soin et non dans celui de l'éducatif. Des formations

3. DELION (2008).
4. DAVID et APPELL (2008).

complémentaires sur la méthode d'évaluation de Brazelton¹, de Bullinger² (examen sensori-moteur) et, si possible, l'aptitude à faire passer le Brunet-Lézine³, sont des avantages indéniables d'une équipe de soins. Le recours à un éventail multidisciplinaire est idéal. Les psychologues peuvent soutenir les équipes dans le travail auprès des parents. Le travail peut aussi s'enrichir de consultations conjointes avec les pédiatres et les infirmières. Le travail à domicile est privilégié dans ces troubles⁴. Quant aux pédopsychiatres, leur expérience auprès d'enfants plus âgés, les rend aptes à percevoir les signes précurseurs de psycho-traumatismes, d'un trouble réactionnel de l'attachement, de troubles de l'attention avec hyperactivité, d'un retard de langage ou moteur, de déficience intellectuelle... Enfin, les connaissances des professionnels devraient être remises à jour si nécessaire sur les points essentiels : manifestations somatiques, indices de maltraitance infligée aux bébés, développement du jeune enfant, phénomènes interactifs, interrelationnels, ... grâce à une formation à l'observation du bébé et à l'usage des outils exploratoires.

Le travail des professionnels auprès des enfants à risque de maltraitance est émotionnellement exigeant. Le fait d'être exposé, jour après jour, à des situations de bébés remplis d'angoisses et de devoir les contenir est éprouvant. Lorsque les professionnels entrent en relation avec ces bébés, ces derniers déploient leur premier mode relationnel et mettent en difficulté le lien au soignant, ce qui le met parfois à rude épreuve. Il importe de reconnaître le rôle actif de l'enfant. C'est un élément essentiel afin de ne pas rendre le soignant responsable et d'éviter de s'en tenir au dialogue des émotions négatives, mais plutôt se tourner vers le dialogue des attentions au service du bébé⁵.

1. NUGENT et BRAZELTON (2001).
 2. BULLINGER (2004).
 3. BRUNET et LÉZINE (1951).
 4. LAMOUR et BARRACO (2003).
 5. LAMOUR et GABEL (2011).

BIBLIOGRAPHIE

- BRUNET O. et LÉZINE I. (1951) *Le développement psychologique de la première enfance, présentation d'une échelle française pour des tout petits*, Paris, PUF.
- BULLINGER A. (2004) *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*, Toulouse, érès.
- DAVID M. et APPELL G. (2008) *Lóczy ou le maternage insolite*, Toulouse, érès, « 1001 bébés ».
- DELION P. (2008) *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*, Toulouse, érès, « La vie de l'enfant ».
- GARRET-GLOANEC N., PERNEL A. S., PARENT A. (2013) « Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. » *EMC-Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 10(1), p. 1-11.
- _____. (2012) « Conséquences des négligences parentales sur les bébés. » *L'Information psychiatrique*, vol. 88, n°3, p. 195-207.
- GARRET-GLOANEC N., PERNEL A. S. (2010) « Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas? Et pourquoi pas! » *L'Information Psychiatrique*, vol. 86, n°10, p. 813-823.
- CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL (2014) *Guide d'évaluation des capacités parentales au CJM-IU : basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de Steinhauer 0 à 5 ans)*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/Guide_d%C3%A9valuation-des-capacit%C3%A9s-parentales_25-09-2014.pdf
- LAMOUR M., BARRACO M. (1998) *Souffrances autour du berceau*. Paris, Gaëtan Morin.
- LAMOUR M., BARRACO DE PINTO M., (2003) « Approche à domicile et travail en réseau. Dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles » *Spirale*, vol. 1 no 25, p. 117-132.
- LAMOUR M., GABEL M. *Enfants en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, érès, « La vie de l'enfant ».
- NUGENT J. K., BRAZELTON T. B., (2001) *Échelle de Brazelton. Évaluation du comportement néonatal*, Genève, Médecine & Hygiène (3^e édition).

**EXPÉRIENCE BELGE DES DISPOSITIFS DE
SOINS EN PÉRINATALITÉ**
PROJET COLLABORATIF DE DEUX HÔPITAUX
BRUXELLOIS POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ENCEINTES
EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

Vildan GOBAN¹, Isabelle LAMBOTTE², Joëlle RABINOWITCH³,
Véronique DELVENNE⁴

RÉSUMÉ

En Belgique, face au constat de l'impact majeur des vulnérabilités psychosociales sur la santé de la femme enceinte et du bébé à venir, le Ministère de la santé a financé un projet de dépistage précoce et de développement de trajets de soins pour une prise en charge adaptée. Le projet a été lancé à Bruxelles, l'une des régions les plus touchées en terme de précarité et de vulnérabilité psychosociales. Plusieurs acteurs de terrain du champ périnatal, toutes disciplines confondues, ainsi que des chercheurs, sociologues, se sont réunis afin de construire un projet pilote qui a débuté en septembre 2019.

Le CHU Brugmann et l'hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) à Bruxelles, déjà très sensibilisés à ces questions et ayant pu apporter leur expertise au sein d'autres organismes, se sont associés

1. Service de pédopsychiatrie, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF), Bruxelles, Belgique.

2. Service de pédopsychiatrie, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF), Bruxelles, Belgique; Unité de psychologie du développement et de la famille, faculté de médecine et des sciences psychologiques et de l'éducation, ULB, Bruxelles, Belgique; Service de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier universitaire Brugmann, Bruxelles, Belgique.

3. Service de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier universitaire Brugmann, Bruxelles, Belgique.

4. Service de pédopsychiatrie, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF), Belgique; Unité de psychologie du développement et de la famille, faculté de médecine et des sciences psychologiques et de l'éducation, ULB, Bruxelles, Belgique.

activement à ce projet en vue d'une intégration des mesures politiques aux dispositifs de soins. L'approche de nos institutions a été essentiellement d'attirer l'attention sur la nécessité d'un dispositif qui ne se base pas uniquement sur une catégorie diagnostique ou sur une vulnérabilité sociale mais sur une prise en charge globale de ces patientes durant la période périnatale. Cela nécessite que les professionnels de terrain soient suffisamment outillés. Ainsi, une formation à la rencontre clinique est un prérequis indispensable à l'accompagnement de ces patientes.

INTRODUCTION

La maternité est une période ponctuée de profonds remaniements psychologiques¹, relationnels² et physiologiques pour la mère³. Certaines pathologies peuvent dès lors apparaître chez cette dernière, surtout si elle se trouve dans des situations dites de « vulnérabilité psychosociale ». La « vulnérabilité » se définit ici comme une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstances physiques, psychologiques ou sociologiques »⁴. En effet, maintes études ont prouvé les conséquences néfastes en présence de divers facteurs de risques psychologiques et sociaux, tels que la dépression maternelle⁵, le stress pré ou postnatal⁶ ou encore le manque de soutien⁷. Ces facteurs de risques peuvent avoir un impact psycho-développemental accru sur le nouveau-né⁸. En lien avec ces constats, l'évaluation de la santé mentale prénatale et postnatale semble essentielle pour une prise en charge adéquate. Le « dépistage » est donc primordial. Il s'inscrit dans le cadre de la santé mentale préventive et vise la minimisation des risques de conditions chroniques par une identification précoce des facteurs de risques et une intervention adaptée sur ceux-ci⁹. Ce dépistage de facteurs de risques psychosociaux prend sens tant en période prénatale que postnatale, notamment dans la première année de vie du bébé.

1. DEBIÈVE, DELVOYE, *et al.* (2009); PEREIRA, MARQUES, SOARES, *et al.* (2014)

2. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2005).

3. SÉJOURNÉ, CALLAHAN (2013).

4. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2005).

5. *Id.*

6. DEBIÈVE, DELVOYE, *et al.* (2009).

7. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2005).

8. DELVENNE (2014) ; MOUREAU et DELVENNE (2016).

9. AUSTIN (2014).

Nos deux hôpitaux, le CHU Brugmann et l'hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola sont membres du réseau des hôpitaux publics bruxellois et universitaires (Université libre de Bruxelles). La maternité du CHU Brugmann représente près de 3500 accouchements par an. C'est l'une des plus grandes maternités de Belgique. Elle déploie, grâce à une équipe pluridisciplinaire (gynécologues, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes, infirmières pédiatriques, sages-femmes de coordination, psychologues, assistantes sociales, pédopsychiatre et psychiatre de liaison, aides administratives, etc.) une prise en charge globale de la mère et de l'enfant avec des consultations pré- et postnatales. Elle dispose également d'un service de médecine fœtale de pointe, d'un service de grossesses à hauts risques (menace d'accouchement prématuré, pré-éclampsie, surveillance médicale, etc.), d'une salle d'accouchement, de deux salles de post-partum et un service néonatal non intensif (N*). L'HUDERF est l'unique hôpital universitaire belge entièrement réservé à la médecine des enfants. De la naissance à l'adolescence, les enfants y reçoivent des soins de qualité dans le souci d'une médecine de pointe et accessible à tous dans le respect de la charte des droits de l'enfant hospitalisé. L'HUDERF comporte différentes unités en périnatalité : le service néonatal intensif (NIC), qui est relié à la salle d'accouchement du CHU Brugmann par une passerelle, l'unité de liaison pédopsychiatrique, l'unité pédiatrique dédiée aux nourrissons de 0-2 ans, l'unité de jour pédopsychiatrique parent-bébé, les consultations pédopsychiatriques spécifiques petit enfance, et une consultation spécialisée à l'observation développementale du nouveau-né selon l'échelle de Brazelton (*Neonatal Behavioral Assessment Scale*)¹⁰. Il existe aussi une équipe spécialisée multidisciplinaire pour la prévention de et l'intervention sur des situations à risque de maltraitance chez l'enfant de 0-18 ans, connue en Belgique sous l'appellation « Équipe SOS enfants ».

La question de la vulnérabilité psychosociale s'est imposée à nous en raison de leur localisation, au nord de Bruxelles, et de l'accueil d'une population multiculturelle parfois paupérisée ainsi que de patientes avec des troubles psychiques sévères (le CHU Brugmann comprend un pôle de psychiatrie de l'adulte important). Les prises en charge autour de l'addiction (bébé en sevrage), les décompensations psychiatriques, les

10. BRAZELTON et NUGENT (2011).

troubles de l'attachement, les violences intrafamiliales, l'adoption, etc. ont été pensées et déployées sur le terrain en collaboration avec les équipes pluridisciplinaires et le réseau extérieur.

ACCOMPAGNEMENT

Depuis plus d'une dizaine d'années, au vu de toutes les situations de grande vulnérabilité, une cellule périnatale se réunit mensuellement pour aborder les patientes en grandes difficultés psycho-médicosociales. Ces rencontres régulières en équipe regroupent tous les intervenants en périnatalité, du gynécologue au psychiatre, en passant par tous les représentants des différentes unités de soins périnataux, en invitant aussi des équipes extérieures à l'institution autour de la triade parents-bébé pour réfléchir à la cohérence et à la continuité des soins multidisciplinaires centrés sur les patients. La réflexion commune garantit une meilleure mise en place des dispositifs et une contenance autour de la triade parents-bébé.

À côté de la cellule périnatale, il fut pertinent d'introduire une deuxième réunion hebdomadaire, en plus petit comité, regroupant les sages-femmes de coordination, les travailleurs médico-sociaux de l'office national de l'enfance, les travailleurs sociaux et les psychologues. Cela permet de discuter des situations de patientes vulnérables et de ramener, en cellule périnatale, les situations nécessitant des interventions spécifiques, compte-tenu de facteurs de risques élevés.

Depuis 2015, à la suite des recommandations ministérielles de la santé, la durée de séjour au sein des maternités belges a été réduite de 4 à 2 jours¹. La maman accouche au J0 et sort au J2 avec un suivi par une sage-femme à domicile, lorsqu'elle a accès à la sécurité sociale. En raison de ces séjours très courts en maternité, il a été nécessaire d'améliorer encore le dépistage anténatal des situations à risque psychosocial, afin de prévenir des durées de séjour parfois très longues dans certaines situations complexes. Plus le dépistage des facteurs de vulnérabilité est précoce, plus les intervenants auront la possibilité de créer un lien avec les futurs parents en anténatal afin de coconstruire un projet cohérent pour les entourer lors de la naissance du bébé.

1. DE BLOCK (2015) ; Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2015).

C'est dans ce contexte politique belge, que l'entretien prénatal précoce a été introduit au sein de notre institution au deuxième trimestre de grossesse. Cette première séance, coordonnée par une sage-femme, introduit les modules de préparation à la naissance. Un suivi est proposé tout au long de la grossesse si une vulnérabilité est repérée et discutée lors des différentes réunions hebdomadaires ou mensuelles. Dans le cadre de ces accompagnements, nous proposons des consultations psychologiques en pré- et postnatal ainsi que des consultations en pédopsychiatrie et en psychiatrie si nécessaire. Durant le séjour en maternité, des entretiens sont réalisés en chambre. Quand c'est nécessaire, nous proposons un séjour prolongé en maternité afin de soutenir la parentalité et l'observation du lien mère-bébé. Nous avons l'occasion alors de réaliser une observation du comportement et de l'interaction du bébé et de sa maman, grâce à l'échelle de Brazelton². Afin de mettre en place un programme de soins adapté aux besoins de la famille après la sortie de l'hôpital, nous collaborons avec différents services impliqués dans la périnatalité, tels que les associations de sages-femmes à domicile, l'ONE (semblable à la PMI en France), les unités de soins conjoints ambulatoires et résidentielles et, plus récemment, avec les équipes d'intervention pédopsychiatrique à domicile dite « équipe mobile », créées dans le cadre de la nouvelle politique en santé mentale pour enfants et adolescents en Belgique³. Au sein de cette réforme, une préoccupation particulière est portée à la prévention et au dépistage précoce ainsi qu'à la mise en place des structures d'aide à la parentalité et/ou au développement de l'enfant, tant préventives que thérapeutiques.

RÉSEAU MÈRE-ENFANT DE LA FRANCOPHONIE CLUB « VULNÉRABILITÉ PÉRINATALE, SANTÉ MENTALE ET SOCIÉTÉ »

Nos deux institutions font partie d'un vaste réseau hospitalier francophone, le réseau mère-enfant de la francophonie qui associe des institutions françaises, belges, suisses, canadiennes et africaines. L'un des objectifs de ce réseau est de développer et de partager une expertise de haut niveau en santé de la mère et de l'enfant, en favorisant le développement et la diffusion des connaissances afin de promouvoir la qualité des soins.

2. CANDILIS-HUISMAN (2001) ; DEVRIENDT-GOLDMAN (1998).

3. Nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et adolescents (2016)

Le conseil d'administration du RMEF a mis en place, en juin 2013, un nouveau groupe de travail : « Vulnérabilité périnatale, santé mentale et société » qui est à l'initiative d'un projet collaboratif en partenariat avec l'HUDERF, le CHU Brugmann, le CHU Ste Justine de Montréal et le CHU de Lyon.

Au cours de ces rencontres et du partage d'expérience, le constat commun est que la problématique psychopathologique et sociale en périnatalité est d'importance croissante avec des conséquences souvent sous-évaluées et une prise en charge fréquemment inadéquate. Le groupe de travail a mis en exergue le besoin, pour les professionnels de la périnatalogie, de disposer d'un outil de repérage, de marqueurs de risques et d'indicateurs des facteurs de vulnérabilité susceptibles de venir fragiliser le lien parents-bébé. Tous les participants du club ont souligné la nécessité d'une poursuite des échanges sur trois axes : (1) le partage des pratiques; (2) le besoin de formation des soignants (première et deuxième ligne) pour le dépistage et la prise en charge des patientes et des dyades-triades à haut risque; (3) la nécessité de mener des recherches multicentriques ayant un impact sur la formation des soignants. En 2015-2016, nous avons bénéficié d'une bourse du RMEF et une chercheuse a été engagée afin de répertorier, par une revue de la littérature internationale, les outils de dépistage existants en vulnérabilité psycho-sociale périnatale. L'objectif a été de créer un outil commun facile à utiliser pour le repérage/dépistage/*screening* des facteurs de vulnérabilité psychosociaux menaçant l'établissement des liens d'attachements précoces, et donc des situations à risques psycho-développementaux accrus pour l'enfant. Nous l'avons intitulé : « Carnet de dépistage de la vulnérabilité périnatale ». C'est un questionnaire qui évalue un ensemble d'indicateurs de risques psycho-sociaux repérés à travers plusieurs dimensions psycho-affectives et sociales : la précarité financière, les pathologies psychiatriques parentales (psychoses, toxicomanies, dépressions post-partum sévères ou troubles limites de la personnalité), les grossesses adolescentes, les pathologies périnatales ou encore les violences conjugales. C'est un outil de repérage anténatal à destination des gynécologues, sages-femmes, travailleurs médico-sociaux, qui vise à dépister les femmes enceintes en

situation de stress, afin d'établir une prise en charge la plus précoce possible et de prévenir les risques pour le futur enfant¹.

En parallèle, dans les groupes de travail du club, une attention particulière est accordée à la formation des soignants qui jouent un rôle majeur dans l'accompagnement de ces familles à risque. L'idée d'introduire un outil de dépistage lors des consultations anténatales a ouvert un questionnement important auprès de nos équipes : « le soignant, gynécologue, sage-femme, travailleur social ou autre, peut-il s'autoriser à investiguer les antécédents psychologiques et familiaux des patientes? Et surtout, que fait-il de ces informations? ». Lors d'une phase test, nous avons pu évaluer, avec nos sages-femmes, les difficultés à orienter l'entretien clinique pour l'investigation des facteurs de vulnérabilité psychopathologiques chez les patientes (antécédents psychiatriques familiaux, éventuelles addictions ou violence conjugale). Ce débat au sein de nos équipes nous a fait prendre conscience de l'importance et de la nécessité de sécuriser les soignants de première ligne et de leur donner des outils pour aller à la rencontre de la souffrance du patient, de pouvoir l'accueillir et l'orienter lorsque cela s'avère nécessaire. Les situations rencontrées par les équipes nécessitent un travail pluridisciplinaire mais cela suppose un certain état d'esprit plus qu'une organisation juxtaposée de compétences diverses. Il est crucial de comprendre le travail de chaque spécialiste, d'être attentif à la qualité des transmissions, à la cohérence des interventions et à leur continuité.

**COLLABORATION *BORN IN BRUSSELS*
CHU BRUGMANN – HUDERF**

En décembre 2018, une conférence a été organisée par la sécurité sociale belge (INAMI) où tous les intervenants en périnatalité de la région bruxelloise ont été invités à développer un projet pour les femmes enceintes vulnérables. En effet, les rapports annuels de nos organes de santé belges ont mis en évidence une grande vulnérabilité socio-économique en région bruxelloise accroissant les risques en santé pour les enfants nés en pauvreté et une vulnérabilité mentale augmentée auprès des femmes d'âge fertile².

1. GICQUEL, DELVENNE, *et al.* (2014) ; DOUNIOL, NEZELOF, *et al.* (2014).

2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2012)

Ces vulnérabilités entraînent également un accès restreint aux soins, avec des conséquences postnatales de longue durée tant pour la mère que pour l'enfant¹. Investir dans la prévention, proposer des soins sur mesure et améliorer l'apport d'informations sont des points soulevés dans ces différents rapports².

Un certain nombre d'initiatives relatives aux soins pour ce public cible existaient déjà en région bruxelloise mais ces îlots de bonnes pratiques témoignaient d'une offre de soins souvent morcelée, pas toujours accessible à ces femmes enceintes vulnérables. Le projet pilote : *Born in Brussels* montre l'implication des politiques belges pour la santé mentale périnatale. Trois objectifs principaux ont été définis dans ce projet : (1) la création d'un numéro d'appel centralisé à destination des professionnels; (2) le développement d'un outil de dépistage de la vulnérabilité psychosociale; (3) l'organisation de trajets de soins uniformes pour les femmes enceintes vulnérables. Une grande attention sera portée à la continuité des soins et à l'élimination des barrières empêchant l'accès aux soins. *Born in Brussels* se focalise sur la continuité des soins pour la femme mais également sur l'information et la prise en charge.

Dans un premier temps, les coordinateurs du projet ont invité les intervenants en périnatalité à se regrouper en différents groupes d'experts selon différentes thématiques telles que le panel psychologie, médical, financier, administratif, etc.

Forts de notre expertise, l'HUDERF et le CHU Brugmann ont été sollicités par les coordinateurs du projet pour participer activement à la création de l'outil de dépistage conçu sur le modèle du CDVP. Nous avons aussi soutenu l'idée que l'utilisation de l'outil soit combinée à un programme de formation sur mesure, adapté aux besoins des professionnels et axé sur la rencontre clinique avec des populations fragilisées psychiquement. Le contenu de la formation comprendra une sensibilisation à la communication, à l'entretien motivationnel, au partage et à la transmission d'informations efficaces entre professionnels ainsi qu'à la description et à l'utilisation de l'outil au travers de jeux de rôles.

CONCLUSION

Depuis de nombreuses années, les professionnels de la périnatalité soutiennent l'importance d'une prise en charge, la plus précoce possible, des situations à risque psychosociaux, afin de prévenir les risques de troubles du développement chez le bébé. Maintes initiatives et outils se sont développés mais la récente prise de conscience de nos élus politiques a permis de créer un nouvel élan dans notre pays. Actuellement, sur Bruxelles, un projet pilote vise à centraliser toutes ces initiatives afin d'offrir un trajet de soins aux femmes enceintes vulnérables, quel que soit leur statut social. Nos craintes de départ étaient de voir les patientes affectées à des catégories selon certains critères de vulnérabilité sans tenir compte de la globalité de la rencontre avec ces femmes. Notre participation au projet *Born in Brussels*, à partir de notre expérience antérieure de création et d'utilisation d'un outil de dépistage en périnatalité sous forme de questionnaire, nous a permis d'alimenter la réflexion sur la pratique d'un tel outil de dépistage et de pointer la nécessité d'une formation des intervenants de première ligne à la pratique de l'outil. Il s'agit d'envisager le dépistage comme une rencontre avec le patient et non comme un simple questionnaire; une rencontre sur laquelle la femme enceinte vulnérable pourra s'appuyer pour soutenir certaines fragilités ou des antécédents qui pourraient la mettre en difficulté dans le processus de la maternité. En cas de nécessité, le soignant, parfois isolé ou moins spécialisé en périnatalité, pourra s'appuyer sur un réseau d'aide périnatal cohérent, mis à sa disposition via un numéro d'appel central. L'équipe de *Born in Brussels* fonctionnera comme un élément facilitateur avec une patiente, partenaire centrale, et le réseau qui l'entoure. Ce projet a pour but, à terme, de s'étendre sur l'ensemble du territoire belge.

Tout ce processus remet la rencontre entre l'intervenant, les parents et le futur bébé au cœur de notre travail en périnatalité mais rappelle l'importance des rencontres entre les intervenants. Un appel a été lancé à nos politiques pour facturer les réunions de concertation multidisciplinaires et valoriser financièrement le travail en réseau.

1. MAULET, BOUVY, BAZIER (2017)

2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2012), MAULET, BOUVY, BAZIER (2017), BENAHMED, LEFÈVRE, *et al.* (2020)

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER S., DEBIÈVE F., DELVOYE P., *et al.* (2009) *Guide de consultation prénatale*, Bruxelles, De Boeck.
- PEREIRA A. T., MARQUES M., SOARES M. J., *et al.* (2014). « Profile of Depressive Symptoms in Women in the Perinatal and Outside the Perinatal Period : Similar or Not? », *J Affect Disord.* vol. 166, p. 71-78.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2005) « Préparation à la naissance et à la parentalité », *Recommandations pour la pratique clinique*, Saint-Denis la Plaine.
- DENIS A., SÉJOURNÉ N., CALLAHAN S. (2013) « Étude de validation française de la version courte du *Maternal Self-report Inventory* », *L'Encéphale*, vol. 39, n°3, p. 183-188.
- DELVENNE V. (2014) « Inscription cérébrale des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique », in M.-R. Moro, H. Asensi, M. Feldman (dir.), *Devenir des traumatismes d'enfance*, Grenoble, La Pensée Sauvage, « Traumas ».
- MOUREAU A., DELVENNE V. (2016) « Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique », *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. 59, n°1, p. 333-355.
- AUSTIN M. P. (2014) « Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women », *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, vol. 28, n°1, p. 179-187.
- BRAZELTON, T. B. ; NUGENT, J. K. (2011) *Neonatal behavioral assessment scale (4th ed.)*, London, Mac Keith Press.
- DE BLOCK M. (2015) *Plan d'approche Réforme du financement des hôpitaux*, Ministère des affaires sociales et de la Santé publique, Bruxelles. https://www.absym-bvas.be/images/dossier/Reforme_Finacement_Hopitaux/Plan_dapproche_Reforme_Hopitaux_FR.pdf
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ (2015) *Appel à candidatures : Projets pilotes « accouchements avec séjours hospitaliers écourtés. »*, Bruxelles.
- CANDILIS-HUISMAN D. (2001) « Aspects thérapeutiques de l'observation par l'échelle de Brazelton dans l'immédiat post-partum » in M. Dugnat (dir.) *Observer un bébé avec attention*, Toulouse, érès.
- DEVRIENDT-GOLDMAN C. (1998) « Passation de l'échelle d'évaluation de T.B. Brazelton et perspectives thérapeutiques », *Devenir*, vol. 10, n°3, p. 81-94.
- Nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et adolescents (2016) *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*. Plan national 2015-2020, Bruxelles.
- GICQUEL L., DELVENNE V., NEZELOF S., DOUNIOL M., PHAM-SCOTTEZ A., SPERANZA M. (2014) « Traumas, trop mal (heureux). » in M. Corcos, A. Pham-Scottez, M. Speranza (dir.), *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, Paris, Dunod.
- _____. (2014) « Dynamique familiale et expériences traumatiques. » in M. Corcos, A. Pham-Scottez, M. Speranza (dir.), *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, Paris, Dunod, p303.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2012) *Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque*.
- MAULET N., BOUVY A.-F., BAZIER G. (2017) « Travail en réseau et offre intégrée des services périnataux », *Direction Recherche et Développement*, Bruxelles : Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE).
- BENAHMED N., LEFÈVRE M., CHRISTIAENS W., DEVOS C., STORDEUR S. (2020) « Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque - Synthèse. », *Health Services Research (HSR)*, Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

DONNER NAISSANCE EN TERRE D'EXIL

Nicolas DU BLED¹, Alexandra D'OULTREMONT²

HISTOIRE DE LÉTO

Léto, dont le nom signifie « celle qui est cachée », est une titanide de la mythologie grecque, fille du Titan Céos et de sa sœur Phébé. Lorsque Héra, épouse de Zeus, apprend que Léto attend un enfant de son mari, elle laisse éclater sa colère. Héra interdit à quiconque d'offrir l'hospitalité à la parturiente, sous peine de voiler pour toujours les rayons du soleil au-dessus de la cité qui l'accueillera. Elle lance également à sa poursuite le serpent Python. Dans son errance, Léto arrive finalement jusqu'à l'île d'Ortygie, une île flottante qui n'encourt pas la malédiction d'Héra. Zeus accroche l'île au fond de la mer, et celle-ci prend le nom de Délos (ce qui signifie en grec *Δῆλος* / *Dēlos*, « visible, manifeste »). Léto y donnera naissance à Artémis et Apollon.

Ce mythe résonne en écho avec notre clinique au service de santé mentale Ulysse par différents aspects. Tout d'abord, il évoque l'arrivée d'un enfant

1. Psychologue, Service de santé mentale (SSM) Ulysse, Aïda, service d'accompagnement périnatal, Ixelles, Belgique.

2. *Id.*

dans un contexte d'exil afin d'échapper à une forme de persécution, résultant notamment de la transgression des normes culturelles et des traditions. Ensuite, Léto se retrouve dans un entre-deux, dans une situation d'errance et, d'une certaine façon, dans une situation d'invisibilité, ainsi que son nom l'évoque. Les femmes que nous rencontrons dans nos consultations vivent, pour certaines, une forme d'invisibilité, due à la précarité de leurs droits. Enfin, Léto part à la recherche d'une terre d'accueil, un lieu d'hospitalité pour mettre au monde ses enfants. Nous accueillons des familles qui, dans leur trajet d'exil, dérivent d'un point à l'autre, dans l'errance. La politique d'accueil en Belgique, aujourd'hui encore plus qu'hier, décourage les personnes en exil à s'installer sur notre territoire.

EXIL

Le mot « exil » vient du latin *exsilium* qui signifie « bannissement ». Exil a d'abord signifié « malheur, tourment » et ensuite, à partir du XVII^e siècle, il a pris le sens moderne d'être expulsé hors de sa patrie sans pouvoir y retourner.

L'institution Ulysse dans laquelle nous travaillons propose un accompagnement psychologique et social à toute personne exilée en précarité du droit au séjour. Nos patients sont parfois inscrits dans une procédure de demande d'asile et bénéficient d'un hébergement dans un centre, mais ils se retrouvent souvent hors inscription minimale dans le champ social et, pour une part, en errance. L'offre de prise en charge est souple, mobile et adaptée aux spécificités de notre public : un accueil convivial, la gratuité des consultations, des heures de permanence, le recours à des interprètes professionnels, un travail en réseau. Le service propose des consultations individuelles psychologiques et psychiatriques, ainsi que des activités communautaires.

Nous offrons un temps et un espace dans lesquels une écoute est possible. Une écoute qui ne juge pas, qui ne part pas d'un savoir pour l'autre. Nous entendons la parole des patients dans leurs langues, nous respectons leur singularité et la temporalité nécessaire à l'énonciation de ce qui n'est pas toujours dicible. Nous souhaitons accueillir la subjectivité

du sujet en exil, en tentant de nous faire partenaire et en soutenant ses inventions.

Dès le départ, le projet du SSM Ulysse s'est inspiré du courant de la thérapie institutionnelle de Jean Oury et d'autres. Dans cette conception, c'est l'institution dans son ensemble qui soigne et prend en charge le patient, davantage qu'un thérapeute en particulier. C'est pourquoi la dimension de l'accueil est très importante et particulièrement déployée. Nous favorisons de toutes les manières possibles l'accès aux soins à Ulysse et dans d'autres lieux. Chaque clinicien est amené à prendre en considération les demandes dans leurs différentes dimensions : sociales, juridiques, psychologiques, avec l'aide d'un solide réseau extérieur. Dans le même ordre d'idée, le service a déployé au cours de ces dernières années des activités communautaires qui permettent à nos patients de rencontrer d'autres personnes autour d'un média et qui soutiennent la parole des exilés qui se vivent souvent comme sans voix. Au fil des ans, se sont mis en place un atelier journal, un atelier de sorties socio-culturelles, un atelier créatif pour les femmes et d'autres encore.

CRÉATION D'UN NOUVEAU DISPOSITIF : LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT PÉRINATAL « AÏDA »

Dès le démarrage du SSM Ulysse, l'équipe a été sollicitée pour accompagner des personnes pour lesquelles la grossesse et le projet de parentalité étaient fragilisés par des contextes de grande vulnérabilité. Ces fragilités sont dues à, voire accentuées par, la précarité du droit au séjour. De nombreuses questions ont émergé à partir de ces prises en charge : comment une femme qui est passée par un parcours empreint de souffrances, de violences extrêmes, d'événements traumatiques va-t-elle vivre ce temps périnatal, temps potentiellement plus fragilisant ? Comment accueillir un enfant quand on n'est soi-même pas le bienvenu dans un pays d'exil ? Comment donner naissance à un enfant lorsque la famille d'origine ou la communauté n'est pas présente ou non souhaitée ? Comment un enfant va-t-il pouvoir grandir dans des contextes de précarité extrême ? De quelle façon un enfant va-t-il pouvoir établir des liens suffisamment structurants avec ses proches, lorsque rien n'est stable ni assuré, lorsque

les familles sont confrontées à des ruptures répétées? Toutes ces questions ont mené à la création d'un dispositif spécifique afin d'accompagner ces familles de manière plus soutenue dans le temps périnatal. La consultation « Aïda », a pu voir le jour grâce à l'ONE (l'équivalent de la PMI en France). Nous sommes trois cliniciens à travailler dans ce projet et nous proposons des consultations périnatales aux familles en contexte d'exil, de la grossesse jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

Nous avons choisi le signifiant « Aïda » en référence à la toile Aïda. Il s'agit d'un tissu qui sert de support à la confection des points de broderie. C'est ainsi que nous souhaitons accompagner les futures mères, les parents et leurs jeunes enfants, autour de la naissance : nos consultations se proposent comme une trame à partir de laquelle ils/elles brodent, avec d'autres partenaires, leur propre chemin.

Le dispositif de départ

Les familles que nous recevons dans le projet Aïda se situent au croisement de deux expériences humaines, celle de l'exil et celle de la naissance d'un enfant. Ces expériences sont, toutes deux, potentiellement transformatrices et conduisent à des remaniements psychiques importants. À cela s'ajoutent d'autres ruptures et discontinuités dues aux spécificités de l'accueil en Belgique : des déménagements fréquents, une promiscuité au sein des centres d'accueil, parfois la survie dans un squat insalubre, de l'instabilité permanente, un sentiment d'insécurité ou encore une absence d'aide sociale en cas de séjour irrégulier. Ces familles sont, pour la plupart, dans le temps de la survie : trouver de quoi nourrir la famille, trouver un logement et, lorsqu'elles en ont un, savoir qu'elles pourraient le perdre d'un jour à l'autre, chercher de l'aide juridique et sociale, trouver un accès aux soins, trouver des lieux d'accueil pour les enfants en bas-âge, etc. Nous rencontrons des enfants qui baignent dans un climat d'insécurité permanente, ce qui se traduit par des manifestations symptomatiques telles que de l'anxiété, une méfiance relationnelle, des formes de repli ou au contraire de l'agitation, des pleurs incessants, etc. Certains enfants restent collés à leurs parents alors que d'autres surprennent par leur trop grande aisance à s'adresser à d'autres adultes qu'ils ne connaissent pas.

Face à tous ces constats, nous avons voulu offrir, à Ulysse, une prise en charge plus soutenante dans ce temps périnatal que ce qu'offrent les prises en charge classiques. Nous avons imaginé recevoir en consultation ces familles en binôme de cliniciens. Notre idée est de pouvoir être attentifs aux différentes dimensions qui émergent dans la consultation avec ces familles et les soutenir ; porter une attention bienveillante à ce qui serait évoqué lors de l'entretien mais aussi à ce qui serait voilé ou absent ; être également attentif aux premiers accordages entre les parents et leurs tout-petits. Nous avons tenu à proposer un accompagnement à « domicile » – le lieu qui fait abri à ce moment-là – en privilégiant toutefois l'accueil dans nos locaux lorsque cela serait possible. Nous avons même loué des locaux à cet effet deux demi-journées par semaine. Nous avons pensé un accompagnement permettant la constitution d'un réseau à partir de la situation singulière de chaque personne. Le réseau se constituerait à partir des demandes exprimées et non en fonction de ce qui nous semblerait bon pour telle ou telle personne.

Le dispositif à l'épreuve de la clinique ...

Les consultations Aïda ont débuté à partir du mois de janvier 2019. Après quelques mois de fonctionnement, nous souhaitons témoigner de notre expérience en présentant quelques situations qui, pour certaines, viennent de débiter. Nous voulons illustrer de quelle façon chaque famille vient se saisir de ce dispositif.

MEI

Mei est une jeune femme chinoise, en Belgique depuis quelques années. Elle nous est adressée par un service mobile de crise de Bruxelles. Elle est à environ huit mois de grossesse et il s'agit d'une troisième grossesse. Mei n'a pas de statut de séjour en Belgique et est très isolée. Elle est déprimée car elle craint de ne pas pouvoir s'occuper d'un troisième enfant. Avec son mari, Mei a deux enfants de moins de six ans : Jian et Tao. Lors des premières rencontres, elle explique clairement qu'elle ne voulait pas de ce troisième enfant. Mais pour son mari, « maintenant que la vie est là, on ne peut pas l'enlever ». De son côté, elle dit ne pas avoir trouvé de lieu

où avorter. Cette situation nous paraît d'emblée très lourde. Mei nous explique qu'à la naissance de son second enfant, Tao, elle jugeait déjà que cela était trop pour elle et l'a envoyé à la garde de ses grands-parents paternels en Chine durant deux ans. Tao est parti alors qu'il était âgé de six mois. Il s'est retrouvé à la campagne et était très souvent livré à lui-même, installé devant des écrans. Il en a résulté pour lui des séquelles sous la forme d'un déficit oculaire qui l'obligera à porter des lunettes toute sa vie. À son retour, Tao a manifesté de réelles difficultés, notamment lors de son entrée à l'école, par un comportement régressif, des colères, de l'agressivité verbale, des cauchemars mettant en scène le rapt d'enfants. Nous sommes d'autant plus inquiets que Mei parle de le renvoyer en Chine, alors que l'expérience précédente s'est avérée désastreuse. Elle envisage une autre solution qui serait de placer Jian en famille d'accueil en Belgique. Ces dires maternels qui n'envisagent que l'éloignement des enfants nous inquiètent. Un service d'aide à la jeunesse accompagne le devenir des deux aînés. Dans les entretiens qui suivent, nous comprenons que Mei se sent coincée en Belgique et coincée dans son rôle de mère. Elle n'est plus que mère, selon elle. Elle explique préférer travailler plutôt que s'occuper de ses enfants. Mais l'absence de statut légal l'empêche d'avoir accès à des formations et au marché du travail. En effet, Mei tente depuis plusieurs années d'avoir une existence légale en Belgique car elle est la seule de la famille à être sans papiers. Les visites à domicile après la naissance de ce troisième nous rassurent, ma collègue et moi, sur la qualité des premiers liens entre Mei et son bébé, Li. Elle est attentive aux manifestations de Li, le porte avec beaucoup de précaution, s'adresse à lui, s'interrompt directement dans son récit lorsque Li appelle, afin d'être là pour lui. Quant à Li, il a des périodes importantes d'éveil, il accroche le regard, se fait entendre lorsqu'il veut prendre le sein ou être rassuré dans les bras de sa mère. Les entretiens qui suivent la naissance sont organisés à leur domicile car Mei nous explique que, selon la coutume chinoise, la mère reste alitée avec son bébé durant un mois. Après cette période, nous lui proposons de poursuivre les entretiens dans nos locaux, ce qu'elle accepte avec enthousiasme car, dit-elle, cela lui permet de sortir de chez elle.

Nous sommes étonnés, lors de cette première rencontre dans nos locaux, que Mei vienne sans son enfant. Dans la suite de nos entretiens, elle va surtout parler des difficultés qu'elle rencontre dans sa relation de

couple, ainsi que de toutes ses frustrations, c'est-à-dire ne pas avoir de travail, ne pas avoir de statut, ne pas avoir de vie sociale. Elle nous explique que l'idéal pour elle aurait été de n'avoir qu'un seul enfant, d'avoir l'aide de ses parents et de travailler. Nous nous questionnons quant à la place qu'occupent ses enfants pour elle. Ses enfants semblent perçus comme des « briseurs de rêve », comme ceux qui empêchent son épanouissement et de s'approcher de son idéal. Comment l'aider à ne pas tomber dans l'abîme de la dépression lorsqu'elle ne parvient pas à atteindre son idéal? Mei tient des propos très catégoriques, elle ne peut envisager son rôle de mère qu'avec un seul enfant à la fois et réfléchit à éloigner ceux « en trop » en pensant à des solutions extrêmes (le retour vers la Chine pour Tao ou la famille d'accueil pour Jian). Actuellement, nous tentons de lui permettre d'envisager des positions plus nuancées.

Nous constatons que Mei utilise le dispositif Aïda pour déplier avec nous des questions sur l'être femme plutôt que l'être mère. Lorsque nous questionnons l'absence de Li, elle nous confie avoir besoin d'un lieu pour souffler, sans ses enfants, et pour parler de ce qui la traverse. Dans cette prise en charge, nous décidons d'accompagner Mei dans les questions qu'elle énonce. Nous faisons le pari que venir parler avec nous de ce qui fait difficulté aura des effets positifs dans sa relation aux trois enfants.

AÏSSATOU & IBRAHIM

Aïssatou et Ibrahim nous sont adressés par une travailleuse médico-sociale inquiète pour la santé mentale et physique du couple, alors qu'Aïssatou est enceinte de sept mois environ. Il s'agit d'un couple très jeune, d'une vingtaine d'années tout au plus. Ils sont arrivés en Belgique après un long périple de la Guinée, leur pays d'origine, à l'Italie en passant par la Libye où le couple a été séparé et vendu comme esclave. Ils perdent contact pendant presque un an et se retrouvent comme par miracle en Italie. Là, ils disent être mal accueillis, logés dans des centres différents. Lorsque la grossesse d'Aïssatou se déclare, rien n'est mis en place pour l'accompagner, c'est pourquoi ils décident de poursuivre leur exil vers le nord.

Lorsque nous les rencontrons, Ibrahim, qui s'exprime très bien en français, nous parle de son souci de stabiliser leur situation, de permettre un accès aux soins à sa femme et de donner un avenir à leur enfant à naître. Il est très volubile et exprime son souhait de parler et de laisser sortir sa colère face aux déficiences de l'accueil qu'ils ont rencontrées en Italie. Il est également assez critique par rapport aux logiques inflexibles du réseau d'accueil bruxellois auxquels ils doivent s'adapter. Aïssatou, elle, ne parle pas le français. Elle connaît le peul et c'est dans cette langue que nous l'entendrons dans la suite de nos rencontres, avec une interprète. Elle nous paraît déprimée, même si elle nous dit à chaque rencontre que « tout va bien ». Les soucis de santé d'Aïssatou l'amènent à être hospitalisée dans un service de grossesses à risque. Nous apprenons, lors d'un entretien organisé à son chevet à l'hôpital, qu'elle est atteinte d'une grave infection, liée aux sévices subis en Lybie, nécessitant de pratiquer une césarienne. Cette idée semble très effrayante pour le couple et il nous faudra du temps pour comprendre que la seule évocation de cet acte signifie pour des Guinéens la mort de la jeune femme. Nous prenons du temps pour expliquer comment les choses se passent et nous les renvoyons à la gynécologue et à l'équipe soignante de la maternité qui est très attentive aux angoisses du couple.

Dans cet accompagnement, tout semble centré sur les démarches administratives et le suivi médical, à un point tel que nous n'avons que peu de moments pour évoquer l'enfant à naître. Nous sommes attentifs à tout ce qui l'évoque dans le discours des parents. Aïssatou nous dit « quand le bébé sera là, les problèmes vont s'arrêter ». Ibrahim nous dit que c'est une fille, qu'ils ont déjà choisi le prénom de l'enfant et qu'elle portera le prénom de sa grand-mère paternelle. Ce dire du père nous révèle l'inscription symbolique de l'enfant à naître dans un nom et dans une lignée.

Nous retrouvons la famille à domicile quelques semaines après la naissance de Kadiatou, hospitalisée plusieurs semaines pour des problèmes cardiaques. Ils expliquent que « tout va très bien ». Kadiatou est enfin sortie de l'hôpital, elle prend le sein, elle se développe bien, sauf que leur petite inverse les jours et les nuits et qu'ils sont obligés de se relayer durant la nuit pour « jouer » avec elle, comme ils le disent. Chacun à son tour la berce ou l'occupe comme il peut. Ils nous expliquent aussi qu'avec l'arrivée du bébé, ils se sont retrouvés autour du berceau. Ils ont été amenés à se dire des

choses qu'ils n'avaient pas eu l'occasion de se dire jusqu'alors, des choses qu'ils ont vécues durant plusieurs mois dans un sous-statut d'esclave. Ils ne voulaient pas que ces « non-dits » puissent brider leur vie, l'entacher d'ombres sinistres. Ils souhaitent tourner la page et entamer une nouvelle vie.

Peu après, ils décident de mettre fin pour le moment aux entretiens Aïda et de revenir si l'envie ou la nécessité se fait sentir. Ils souhaitent également se retrouver en famille, sans trop d'intervenants spécialisés autour d'eux. Ce jeune couple a su tirer parti de l'accompagnement pour mettre des mots sur une part de son histoire, bénéficier de notre appui pour préparer dans les meilleures conditions possibles la naissance de leur fille et réaliser des démarches pour éviter ce qu'ils redoutaient le plus, le retour vers l'Italie. La naissance de Kadiatou leur a permis de se découvrir parents et de commencer à écrire un nouveau chapitre de leur histoire.

MALIKA

Malika est une femme originaire du Maroc qui nous est adressée par une assistante sociale du service de maternité où elle est suivie pour une troisième grossesse. Elle en est au huitième mois. Elle est arrivée il y a trois ans en Belgique pour se marier religieusement avec un homme qu'elle ne connaissait pas et qui s'est révélé maltraitant et violent avec elle. « Il est bien durant une semaine et se montre agressif durant trois semaines », dit-elle. Malika a eu un premier garçon, décédé dix jours après sa naissance d'une malformation cardiaque. Elle a ensuite eu une petite fille, Samira, qui a aujourd'hui dix-huit mois. Elle n'a pas encore surmonté cette perte et se dit déprimée. Dans les premiers entretiens, elle nous explique qu'elle n'a pas le droit de sortir, d'aller à un cours de français ou de s'inscrire à une formation et qu'elle n'a pas d'existence légale en Belgique. Son mari, selon ses humeurs, soutient ses démarches ou, au contraire, les annule ou les empêche. Toute sa famille est restée au pays, elle se sent très seule ici et n'a pas d'amies sur qui compter. Avant la prise en charge par Aïda, un énième épisode de violence conjugale l'a amenée à chercher une protection dans un service d'aide aux victimes proche de son domicile. Là, elle a rencontré une écoute bienveillante qui lui proposera de faire des démarches pour obtenir un statut légal et de s'émanciper un peu de la tutelle de son mari.

Cette troisième grossesse est aussi l'occasion pour elle de trouver l'énergie pour réaliser ces démarches vers d'avantage d'autonomie.

Les disputes dans le couple sont fréquentes et se cristallisent sur le sort des enfants. Ceux-ci assistent à toutes ces disputes violentes. Ils sont pris dans un discours qui cherche à exclure Malika de sa place de mère. « Tu n'as aucun droit », hurle le mari, « je prends mes filles et toi tu t'en vas ». Il menace régulièrement de partir de son côté en emmenant les enfants avec lui. C'est parfois dans l'acte que le mari organise l'exclusion de Malika. Elle nous relate un épisode antérieur où son mari la menace en lui disant qu'il prend leur fille avec lui et qu'elle ne la reverra plus jamais. Après coup, on comprend qu'il a inscrit l'aînée dans une crèche de son choix et qu'il a déclaré au commissariat de police que Malika était repartie au Maroc en abandonnant sa fille. De son côté, elle nous explique son projet qui est de vivre sans son mari et avec ses enfants mais, pour y arriver, elle doit d'abord régulariser sa situation.

Nous rencontrons Malika à deux reprises après la naissance, en compagnie de sa petite qu'elle porte tout contre elle dans une large écharpe. À une autre occasion, nous rencontrons aussi Samira qui nous interpelle car elle ne supporte pas la séparation d'avec sa mère et fait entendre bruyamment sa colère quand, durant l'entretien, nous lui proposons de se placer sur une petite chaise à côté de nous. Samira ne tient pas en place et cherche à retrouver par tous les moyens les bras de sa mère où loge déjà la petite dernière. Ce bébé, qu'elle ne nomme pas, reste extrêmement discret et emmitouffé durant toute la consultation comme s'il était une partie d'elle-même. Cette consultation est aussi l'occasion de parler de la jalousie féroce de Samira vis-à-vis du bébé. Nous réfléchissons ensemble à comment elle pourrait réagir face aux manifestations de jalousie de sa fille, tout en lui réservant de la disponibilité dans un contexte de précarité matérielle et psychique important. Son mari ne laisse pas Malika tranquille, la plus petite dort la journée et vit la nuit (de ce fait, Malika ne dort pas beaucoup). L'appartement est insalubre, des souris et bientôt des rats viennent perturber le sommeil du bébé dans son couffin. Un épisode de violence, plus grave encore que les précédents, amène Malika à partir dans un refuge, emportant avec elle ses deux filles. Ces démarches de demande de protection et ces départs lui demandent beaucoup d'énergie et ne sont

pas simples car elles risquent à chaque fois de se retourner contre elle, comme cela a déjà été le cas dans le passé. Néanmoins, elle nous dit : « Je me donne du courage pour mes enfants, je ne veux pas qu'ils sentent ma dépression ».

Lors de notre dernière rencontre, Malika nous dit que cela lui fait du bien de nous parler car à qui d'autre parlerait-elle? Elle explique qu'elle ressent une certaine méfiance vis-à-vis des autres en général. Au cours de cette séance, ma collègue lui demande explicitement le prénom de son bébé. Dina, nous dit-elle. À l'évocation de son nom, le bébé s'éveille, s'étend et se tourne vers ma collègue, comme pour répondre à cette voix qui l'a nommé.

Ce moment m'est apparu comme précieux car il indique que l'enfant, que nous faisons exister dans l'espace de la rencontre, répond et manifeste à sa manière sa présence en tant que Dina, en tant que sujet, et non plus uniquement comme objet de marchandage et de menace d'exclusion dans le discours haineux entre les parents. En effet, par la nomination, l'enfant est appelé à sortir dans le monde. Un nom, c'est ce qui vient désigner, faire une place; mais aussi ce qui vient faire tiers dans ce qui serait plutôt dans de l'indifférencié au départ.

Ce suivi se poursuit et nous envisageons, avec d'autres services, une mise en lien progressive avec le réseau des intervenants en fonction des souhaits de Malika, tout en gardant à l'esprit la nécessité de préserver les droits de chacun/chacune dans cette famille en crise.

CONCLUSION

Donner naissance en terre d'exil confronte à des situations complexes, où différentes dimensions s'enchevêtrent et s'entrecroisent : la précarité sociale, la fragilité psychique, le déficit de reconnaissance symbolique (être exilé et sans papiers). Dans les consultations que nous offrons, nous tentons d'accueillir les femmes enceintes, les couples et les enfants dans leur singularité et dans la temporalité subjective de chacun. Nous avons bougé par rapport à la conception de départ de notre projet. Nous abandonnons certaines représentations que nous avions d'un travail

de rencontres fréquentes et régulières dans nos locaux à des moments spécialement prévus, au profit de rencontres sur un temps relativement court, très fréquemment en dehors de notre lieu de travail et tous les jours de la semaine. Nous laissons ces familles utiliser ce dispositif à leur façon et nous les accompagnons dans leur choix, pour autant que nous y trouvons un sens. Nous nous mettons à disposition, en tant qu'un appui parmi d'autres, à partir duquel un réseau pourra se broder. Les consultations Aïda souhaitent être un point d'appui suffisamment solide pour que les familles puissent revenir vers nous lorsque le besoin se fera sentir.

PARCOURS MIGRATOIRE ET VÉCU TRAUMATIQUE D'UNE DYADE MÈRE-BÉBÉ QU'EST-CE QUI FAIT LIEN, QU'EST-CE QUI FAIT SOIN ?

Katell FAURE¹, Line COTTENCEAU-GODET²

AU HOME, UNE ORGANISATION DES SOINS CENTRÉE SUR LES BÉBÉS

« Le partage des affects, l'accordage affectif, le partage ou l'ajustement émotionnel (figuration de la fonction alpha, d'un processus d'identification projective), sont des transactions génératrices d'intersubjectivité et représentent, à partir de là, un facteur de croissance pour la pensée, pour le sentiment d'existence, pour l'identité. Lorsque l'expérience affective ou émotionnelle est partagée, la pensée se développe. Par contre, le non-partage des éprouvés affectifs, émotionnels, met la pensée en impasse » (CICCONE ET LHOPITAL 1991).

Les soins auprès des dyades, des triades se déroulent au fil du quotidien partagé avec elles : moments d'alimentation, de sommeil, de soins corporels, de portage, puis de motricité libre et de jeux. Nous veillons à la mise en place progressive de « rythmes », rythmes physiologiques qui s'amarrent aux rythmes relationnels. Nous soutenons, au sein de la dyade, les vécus de contenance, d'accordage affectif (STERN 1989), de communication.

1. Pédiopsychiatre, Unité parents-bébé du Home, Centre hospitalier universitaire de Nantes.

2. Puéricultrice, Unité parents-bébé du Home, Centre hospitalier universitaire de Nantes.

Nous apportons une attention continue aux vécus de chacun par un travail d'observation et amenons les parents à cette façon d'observer et d'être touchés par leur bébé pour mieux le comprendre.

Nos postures de professionnels s'entrecroisent pour soutenir ce qui, entre la mère et le bébé, va se coconstruire. Certains, aux côtés du bébé, vont ainsi à la rencontre de la mère, et aussi du bébé en la mère. D'autres, aux côtés de la mère, vont avec elle et par son intermédiaire à la rencontre du bébé. Ce va-et-vient de l'un à l'autre soutient la création d'un corythme, d'un coajustement fondateurs d'une aire transitionnelle (WINNICOTT) à venir. Nous accompagnons pas à pas la rencontre et le processus de séparation-individuation (MAHLER 1970) propre à chaque dyade, ancré dans son histoire et sa culture.

L'intimité corporelle et psychique autour de la naissance, l'état d'entière dépendance du bébé ainsi que de grande sensibilité à son environnement, tout comme l'état de perméabilité psychique maternelle (*cf.* Donald W. WINNICOTT) avec l'émergence de conflits anciens, exigent d'être tout à la fois sensibles et rigoureux dans les cadres de soins posés. Les allers-retours entre temps d'observation, temps d'écriture, puis temps de partage en équipe nous permettent d'ajuster nos postures professionnelles et nos projets de soins; la méthode d'observation selon Esther Bick est notre arrière-plan de pensée (DELION, 2012), tandis que d'autres approches sont pensées et déployées, au fil de notre travail.

Notre récit met en exergue la fonction particulière de l'observation auprès d'un bébé en lien avec sa mère, en tant qu'arrière-plan essentiel à nos postures et cadres de soins au Home. La situation abordée ici est d'une grande vulnérabilité.

CAS CLINIQUE

Autour de la naissance

« Le traumatisme est un événement externe, soudain et brutal qui vient faire effraction et déborde les capacités du sujet. Celui-ci est mis hors circuit par l'effroi vécu par le sujet. Il s'agit d'un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables

qu'il provoque dans l'organisme psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations (Laplanche et Pontalis). Le sujet se trouve débordé, figé dans le temps du trauma. Le psychisme est comme bloqué par l'effroi ressenti et la menace d'anéantissement du Soi qui en découle (Ferenczi) » (LAROUCHE-JOUBERT 2014).

Une histoire de trauma

Madame est née dans un pays d'Afrique centrale, son père est décédé, elle a vécu, avec sa mère, sa sœur et un homme de la famille, au sein d'une communauté engagée politiquement. Elle a été arrêtée, emprisonnée et violée par ses gardiens pendant plusieurs mois et elle s'est évadée. Elle a, par la suite, connu la prostitution, des violences subies avec d'autres hommes, puis s'est enfuie à nouveau pour arriver en France, elle est alors une toute jeune femme. Ses rencontres et hébergements y sont chaotiques, tandis que les associations lui procurent les premiers soins. Après quelques mois, elle rencontre un psychiatre en centre médico-psychologique pour adulte; elle présente alors un état de stress post-traumatique avec état dépressif secondaire. Elle a des moments de grande angoisse, surtout la nuit, avec des flashes, des reviviscences, voit des images d'hommes en vêtements noirs, tels ses bourreaux de la prison. Elle peut être par moments dissociée, comme absente au monde environnant, elle est triste et inquiète de son avenir, est en attente de nouvelles de sa famille, se rend aux consultations tous les mois; ses troubles s'améliorent en partie avec un traitement psychotrope, ainsi qu'avec des séances d'EMDR.

Tandis qu'elle est à la rue et enceinte depuis peu, le SAMU social l'oriente vers l'ADOMA (association pour les familles migrantes), qui lui procure en urgence une chambre en hôtel social et l'accompagne. Concomitamment, Madame rencontre une sœur de cœur qui l'accueille souvent chez elle : celle-ci est originaire du même pays, elle est mère de plusieurs enfants. Auprès des professionnels, elle ne parle ni de sa grossesse, ni du bébé à venir. Elle est alors orientée vers l'UGOMPS (unité gynéco-obstétricale médico-psychosociale), qui la suit au CHU, puis vers le Home.

Première consultation

Lors de la première consultation au Home, Madame est au septième mois de grossesse. Elle est accompagnée par sa sœur de cœur. Elle parle peu, est assise sur le canapé, son visage est figé, son corps s'affaisse progressivement. Elle répond brièvement aux questions posées, de façon adaptée, parfois confuse. Elle peut s'animer de temps en temps puis, brutalement, elle se fige, elle regarde le mur, elle n'est plus avec nous, elle nous dit voir des images. Elle ne parle pas de la grossesse et du bébé à venir. Elle est posée là. Sa sœur de cœur est là aussi, elle nous dit que tout va bien, que Madame va bien.

Nous proposons à Madame de visiter le Home, elle sera par la suite accueillie en hospitalisation de jour une fois par semaine. D'emblée, nous percevons que le vécu de sécurité corporelle véhiculé par les lieux sera au fondement du prendre soin auprès de cette patiente.

Observation en unité kangourou, au CHU, deuxième semaine de vie de Liam

Liam est né à terme. L'accouchement a été compliqué d'une extraction de Liam par ventouses, puis d'une hémorragie de la délivrance pour Madame. Une hospitalisation prolongée en unité kangourou permet d'observer et de soutenir les premiers liens. En suites de couches, Madame parle peu, elle reste dans le lit avec son bébé enroulé dans les draps, elle suit ses rythmes de tétées, de changes, de sommeil, elle lui fait des massages. Liam prend du poids, il est tonique, il regarde sa maman « en attente à son égard », nous disent les équipes, « les soins maternels sont sécurisés » et « le bébé est bénéfique pour la maman ». Madame a des visites, parle en lingala. Sa sœur de cœur est venue, elle a informé le père, qui a reconnu le bébé et lui a donné son nom, au regret de Madame.

« Dans la migration, l'humanisation du bébé est rendue plus complexe du fait de la multiplicité des cadres culturels auxquels est soumise la mère (...). La mère migrante est une mère particulièrement vulnérable du fait de la contingence des référentiels. Non seulement elle a du mal à s'appuyer sur ses propres représentations, mais elle a du mal à s'approprier les représentations qui circulent dans le pays d'accueil » (MORO 2001).

Lors de la concertation avant leur sortie, nous concluons qu'un accompagnement et des soins sont nécessaires compte tenu des troubles psychiques maternels, du risque de retentissement sur les interactions précoces ainsi que sur le développement du bébé. Un accueil en centre maternel ne sera pas possible en l'absence de titre de séjour, l'hébergement se poursuit donc à l'hôtel social, ainsi que régulièrement chez la sœur de cœur. Le service de protection maternelle infantile réalisera des visites à domicile. Une hospitalisation de semaine du lundi au vendredi en unité parents-bébé est indiquée. Le suivi psychiatrique ambulatoire se poursuit.

S'apprivoiser : les premiers temps au Home

PREMIER MOIS DE VIE DE LIAM

« Le besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non intégré, comme la recherche effrénée d'un objet - une lumière, une voix, une odeur ou tout autre objet sensuel - qui peut tenir l'attention et, de ce fait, être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité. L'objet optimal est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère » (BICK 1968).

Au cours du quotidien dans le service, Madame est distante avec l'équipe, elle reste beaucoup en chambre avec son bébé, tous deux dorment dans le même lit. Elle exécute des savoir-faire auprès de son bébé : allaitement, cododo, massages... Elle nous semble peu expressive et fréquemment traverser des vécus massifs d'angoisses, voire de vide. Lors du change, Liam garde la tête tournée vers la lumière, son regard est flou, ses doigts en griffes, il peut avoir des régurgitations. Lors des tétées, il regarde très fort sa maman, qui le regarde aussi, puis son regard se perd dans le vide, il peut se retirer du sein, plaintif, tandis que la mère peut rester fermée, impassible puis le mobiliser fermement pour qu'il se calme ou pour le remettre au sein, Liam hurle avec des postures en écartement. Lors du bain, Madame le tient seulement par la tête, Liam a des trémulations et des mouvements réflexes, puis s'apaise quand il est enveloppé dans la serviette.

« L'effet du trauma vécu par la mère sur son bébé est également envisagé sous l'angle de divers courants théoriques. Citons, pour exemple, les apports de la théorie de l'attachement. Ceux-ci mettent en avant la présence de désorganisations brèves dans le discours et dans le comportement de la mère (ou *caregiver*), témoins des expériences effrayantes face à la désorganisation et à l'instabilité exprimée par le parent, l'enfant se trouve pris dans un double mouvement d'attachement et de fuite qui le conduit à un attachement désorganisé. La détresse de l'enfant réactive le trauma parental. Enfin, les apports des théories psychanalytiques mettent en avant qu'il existerait au départ une expérience non élaborée, non métabolisable, vécue par un parent, laissant une trace, essentiellement de nature émotionnelle et perceptive. Cette trace pourrait être réactivée dans la relation et se transmettre » (LAROUCHE-JOUBERT 2014).

Nos cadres de soins sont bousculés par l'intensité des troubles, leur nature traumatique et le choc des cultures. Nous nous questionnons sur ce qui, chez la mère, est l'expression de sa culture ou de troubles, sur ce que représente ce bébé pour elle, sur ce qu'a été son histoire à elle. Nous n'y avons pas accès, elle n'y a pas accès elle-même. Il nous semble que, dans l'actuel, il s'agit d'être avec eux dans l'en deçà des mots, dans l'ici et maintenant de ce qui se joue pour eux, en particulier dans leurs corps à corps.

OBSERVATION D'UNE TÉTÉE PAR UNE PUÉRICULTRICE RÉFÉRENTE DEUXIÈME MOIS DE VIE DE LIAM

« Liam a les yeux légèrement ouverts, il est enveloppé par le croisement des mains de Madame, son bras droit sur l'arrière de la nuque et son bras gauche sur son abdomen; les mains de Madame sont rassemblées sur lui. Le portage est contenant et Liam est détendu, comme relâché. Il reste ainsi quelques minutes, Madame porte le regard sur lui, il reste les yeux mi-clos mais cherche le sein en ouvrant légèrement la bouche; elle le regarde et lui donne le sein, mais il referme les yeux. Madame me fait un signe de tête qui veut dire « non, il n'a pas faim », il n'y a pas de mots, pas de son, mais le visage de Madame est très expressif, elle me fait comprendre qu'il n'est pas

prêt par un regard et un signe de tête. Elle jette des coups d'œil discrets à son téléphone et revient regarder Liam, elle le fixe du regard un long moment, celui-ci se réveille et regarde aussi sa mère, il a les yeux ouverts et les pupilles fixées en direction de sa mère, Madame le regarde sans dire un mot, le moment me paraît long et intense. Liam s'agite, ouvre les yeux, ouvre de nouveau la bouche en cherchant le sein, il enfouit sa tête plusieurs fois vers le chemisier de sa maman, qui propose une tétée, tenant son sein droit dans sa main et l'amenant vers la bouche du bébé, celui-ci ouvre la bouche mais s'y reprend à plusieurs fois, l'ouverture n'est pas assez grande, il prend le sein et le lâche deux fois avant d'ouvrir encore plus la bouche, pour finalement commencer à téter très efficacement, il déglutit rapidement et sa respiration est bruyante, le lait semble couler très vite car je remarque du lait qui coule sur son menton. Madame continue la tétée, Liam semble s'essouffler, la respiration est de plus en plus bruyante, mais il continue à téter goulûment, du lait coule sur le bavoir, il marque un arrêt et ferme les yeux d'un coup, je suis surprise, Madame interrompt la tétée et retire le sein de la bouche de Liam. Celui-ci est relâché dans les bras, ses yeux s'ouvrent, mais le regard est lointain, Madame le maintient près d'elle, ses bras sont croisés sur lui, il n'y a pas de mots. Je me retire de la pièce en prévenant Madame, elle me sourit ».

À la lecture de cette observation, on note le portage enveloppant de la maman, la détente corporelle du bébé, son appétence « goulue » au sein, on ressent son élan vital. Que se joue-t-il entre eux? La professionnelle décrit les comportements inattendus du bébé quand « d'un coup », il ferme les yeux ou arrête la tétée. Le bébé nous semble en recherche de quelque chose, il est alors pris dans un double mouvement, à la fois d'ouverture et de fermeture au monde (il ouvre et referme les yeux, tout comme la bouche). La professionnelle perçoit l'intensité pour le bébé de la rencontre avec le regard maternel, elle trouve le temps long, elle parle de regards « fixes » : il y a comme quelque chose qui ne circule pas entre eux. À la fin, elle constate que son regard est « lointain » : Liam recherche-t-il un ailleurs? Tout cela fait écho à d'autres moments au Home.

« En cas de dépression maternelle (et plus largement, d'autres troubles psychiques maternels sévères, comme le trauma), le choc esthétique normal, la fascination, attirante jusqu'au vertige, due à la séduction des qualités esthétiques de surface de l'objet, n'est plus

freinée et amortie par la communication physique, par la découverte progressive de ses qualités psychiques internes, par sa fonction *alpha*, par les mécanismes d'introjction de l'enfant et par le développement de sa pensée' (Houzel). Plus que la perte de l'objet, ce serait sa violente force d'attraction esthétique, non amortie, non freinée, qui serait préjudiciable au développement mental du bébé. L'objet serait d'ailleurs d'autant plus douloureusement et violemment attirant qu'il est absent psychiquement » (CICCONE ET LHOPITAL 1991).

Nous nous appuyons sur nos observations en tant que partage de vécus et compréhension empathique pour aller à leur rencontre sans savoir et les soutenir pas à pas vers ce qui, pour l'un et pour l'autre, sera source de vie, de croissance, d'espoir. Nous définissons les axes des soins :

- guider les soins mère-bébé autour du *holding* et du *handling*, ainsi que des rythmes quotidiens,
- protéger le bébé des angoisses maternelles par des moments de distance corporelle, des relais,
- échanger avec Madame à partir de son quotidien dans le service
- développer des approches corporelles auprès d'elle (balnéothérapie, relaxation, massages...).

Lors de la concertation avec les professionnels du réseau, nous reconstruisons l'histoire de la dyade et partageons nos pratiques, pour convenir ensemble de l'intensification et de la régularité de la présence de chacun auprès de la dyade, afin de les sécuriser de façon continue au sein de chacun de leurs lieux de vie. La demande de renouvellement de l'aide médicale d'état est en cours, la demande de titre de séjour est appuyée par un certificat médical.

DU NÉANT À L'ÊTRE ÉBLOUI, AU FIL DU DEUXIÈME MOIS DE VIE DE LIAM

« La qualité contenante de l'objet est assujettie à son propre sentiment d'être contenu par un autre ou un groupe qui le reconnaisse et donne un appui à sa sécurité interne. Autrement dit, la mère ne peut contenir la vie mentale de l'enfant que si elle est elle-même contenue (...) » (CICCONE ET LHOPITAL 1991).

Au Home, Madame devient plus spontanée, dans l'échange, avec les professionnels qu'elle connaît. Elle a des moments de rires, décrit la culture de son pays, exprime sa peur de se retrouver à la rue. Elle s'anime lors des visites de sa sœur de cœur : elle lui parle beaucoup, ainsi qu'à Liam, elle lui décrit le Home, elle chante pour lui. Elle lui fait beaucoup de bisous, elle est disponible pour lui. Liam recherche le regard de sa maman, il se sécurise quand il le rencontre, ils se sourient, sont rayonnants. Liam peut manifester des pleurs comme une longue plainte, il « chouine », nous dit sa maman, il les adresse à l'infirmière à ses côtés, tout en se tenant au tee-shirt de sa maman. Il peut se figer brutalement, ses yeux sont écarquillés, il semble alors en proie à des angoisses intenses, telles les angoisses maternelles. Les vécus au sein de la dyade sont intenses, ils se font écho, ils peuvent être « éblouissement » (MELTZER 2002) ou « terreur sans nom » (BION 1983).

La présence des professionnels, les rythmes du Home, les récits de l'équipe amènent de la vie, du va-et-vient, et permettent à un espace de se créer entre le bébé et sa maman. Dans l'intimité du Home, une rencontre s'anime entre eux. C'est une ébauche fragile que nous entretenons jour après jour avec espoir.

Au fil du temps, Madame reconnaît avec nous les signes de stress chez son bébé, elle trouve à l'apaiser autrement qu'avec le sein, en le rassemblant dans ses bras ou en l'emballant. Elle accepte maintenant de le poser dans le corpoméd ou de le confier en relais aux professionnels référents. Tous deux dorment toujours l'un à côté de l'autre, dans le même lit, ils s'endorment dans le même temps. Ils sont en confiance au Home. À l'hôtel social, Madame ne dort pas la nuit : elle est angoissée, elle voit des images d'hommes qui rentrent par la porte de sa chambre. Elle ne quitte jamais son bébé de peur qu'on ne le lui prenne.

Nous maintenons nos cadres de soins, tout en les affinant. Les temps de relais par les professionnels auprès de Liam nous semblent fondamentaux, afin, tout d'abord, de lui apporter des vécus de contenance et d'accordage affectif, ensuite, de lui proposer d'autres modes d'interactions qui le différencient et, enfin, d'instaurer du mouvement et de la vitalité psychique entre eux, du moment de la séparation à celui des retrouvailles. Les temps avec la maman se font à partir d'approches corporelles, et en relation duelle, car elle nous semble méfiante à l'égard des autres mamans. Nous gardons à l'esprit la vie en groupe dans son pays natal.

OBSERVATION D'UN TEMPS DE RELAIS PAR UNE INFIRMIÈRE,
DÉBUT D'APRÈS-MIDI,
DEUXIÈME MOIS DE VIE DE LIAM

« Madame est en salle à manger, elle prend un thé, elle a Liam, qui semble dormir, dans ses bras. Elle sait que je viens pour le relais, nous en avons parlé dix minutes auparavant. Elle me dit, après l'avoir regardé de plus près avec un œil de maman qu'on ne dupe pas et un discret sourire, qu'il ne dort pas, elle voit ses yeux bouger, nous sourions toutes les deux. Je l'invite à me confier son bébé. Je dis à Liam le changement de bras, le relais dont je lui ai déjà parlé ce matin. Liam manifeste discrètement le changement, toutefois il est souple, se laisse mouler dans mes bras, il a ses bras devant lui, ses mains ouvertes doigts tendus en défense, je vois ses yeux bouger sous ses paupières, ce que je lui renvoie, « maman a raison, tu ne dors pas », il entrouvre légèrement les yeux pendant le trajet, il est présent à ce qui se passe. Nous allons mettre son berceau dans la nurserie, puis nous nous installons en petite salle d'éveil, je mets le CD des chants africains. Il conserve ses yeux fermés, ses mains ouvertes défensivement. Je parle à Liam de ce temps de relais, lui dis qu'il n'est pas obligé de dormir... mais il reste les yeux fermés. Il a un épisode de tension, son visage devient grimaçant, il se tend, appuyant fort contre mon bras, il émet un gaz accompagné d'un pleur à type de plainte, une moue triste de la bouche. Il s'apaise facilement, de lui-même, il entrouvre fugacement les yeux, trop difficile de les ouvrir? Il les referme vite et refuse toujours de les ouvrir malgré mes encouragements, mes sollicitations; je vais chercher Zazou que j'avais pensé pouvoir lui présenter, qui pourrait être avec nous pendant ces temps de relais. Avec Zazou, je viens caresser le visage de Liam, Zazou vient tendre la main à Liam pour lui dire bonjour. Mais il n'y a rien à faire, Liam ne veut pas. Je décide alors d'attendre qu'il soit prêt, qu'il le décide. Un second épisode, qui fait suite à une remontée acide, me semble-t-il. Il n'ouvre pas les yeux, son visage se plisse, ses paupières se gonflent, il se tend, les bras en l'air bougent doucement, certains doigts pliés, d'autres tendus, ce qui me renvoie la crispation de Liam; sa bouche fait une moue triste, son pleur est faible, mais toujours triste. J'accueille cela, reconnais qu'il vit beaucoup dans la tristesse de sa maman, mais que la vie n'est pas que triste, il y a aussi des choses plus légères qu'on peut lui faire découvrir sur ces temps de relais. Il continue de pleurer, j'accueille

cela, lui dis qu'il faut en passer par là, qu'il nous raconte la tristesse de sa maman qu'il vit au quotidien depuis sa naissance avant d'avoir envie d'aller découvrir des choses plus légères. Il continue de dire la tristesse dans laquelle il vit... J'observe ses yeux inondés de larmes, tout en verbalisant ses larmes je les essuie doucement avec un mouchoir. Il s'apaise à nouveau de lui-même, se relâche, j'observe plusieurs mimiques traverser son visage, un sourire fugace, ses yeux qui s'entrouvrent comme pour vérifier, je lui dis que je suis là. Il a un petit sursaut aux voix plus fortes d'un coup dans le CD, puis, dans son corps, je perçois des micromouvements comme des décharges, des trémulations; je m'aperçois que je resserre de plus en plus mon portage, qui devient très contenant et efficace, la respiration de Liam se fait entendre un peu comme un ronflement, comme s'il était dans un sommeil plus profond. Pendant le relais, Madame passe plusieurs fois dans le couloir, elle a toujours un regard vers nous, nous nous sourions toutes les deux. Je suis touchée aussi, il me semble qu'elle veille sur lui de loin... Je le pose en nursery, en latéral droit, emmaillotté, il ne bouge pas, ne réagit pas et prolongera son sommeil pendant vingt-cinq minutes. »

Nous observons que, dans les bras de la professionnelle, Liam semble se protéger de ce qui vient de l'extérieur, il n'est pas intéressé par des stimulations, par le jeu. Cependant, il prend du « portage » en lui, cet espace du corps et de la psyché de la professionnelle donne émergence, accueil et forme à ses ressentis internes. Il exprime sa douleur, sans la vivre comme attaque ou anéantissement. Il exprime de la tristesse, la sienne tout comme celle que sa maman garde tue. Il fait l'expérience qu'avec une présence à nos côtés on peut se laisser aller à pleurer et être consolé, on peut retrouver de l'espoir. Tout ce vécu partagé est relié par les regards et l'attention portés par la professionnelle à la mère, qui veille depuis le couloir. Mère et bébé sont séparés mais se sentent tous deux profondément compris.

« Le besoin d'un objet contenant est constant. Tant que le nourrisson n'a pas intériorisé l'objet optimal, il ne pourra pas faire appel à cet objet à l'intérieur de lui lors de l'absence de l'objet réel externe. Alors il 's'accrochera' à une sensation, à un objet sensuel momentané. Il renoncera à cette fixation sensuelle grâce à l'expérience suffisamment répétée et suffisamment bonne de la tétée sécurisante, expérience qu'il pourra introjecter » (CICCONE ET LHOPITAL 1991).

Peu à peu, au sein du Home, des vécus de contenance portés par les « murs », par chacun et par notre groupalité transforment leur chaos en une page nouvelle de leur histoire.

S'OUVRIR AU MONDE : DÉ-COLLAGES
AU COURS DU TROISIÈME MOIS DE VIE DE LIAM

« Le bébé qui, après des moments de contact physique avec sa mère, d'interaction chaleureuse, d'échange gratifiant, peut sourire à l'observateur, dont la présence n'est plus persécutrice, montre que quelque chose a été introjecté, assimilé ou incorporé, concrètement, une 'bonne mère' qu'il peut projeter comme un objet bon au travers de la sympathie. Cet état peut gratifier la mère et stimuler en elle le désir d'un nouvel échange confortant son sentiment d'être une 'bonne mère' : à son tour, la mère introjecte le 'bon bébé' sentant que son identité est celle d'une 'bonne-mère-d'un-bon-bébé' » (CICCONE ET LHOPITAL 1991).

Liam grandit et prend du poids, il est tonique physiquement. Il est toujours nourri par allaitement exclusif de sa maman. Il est plus ouvert sur le monde, il prend le temps de reconnaître les professionnels, puis leur sourit. Il fait des vocalises dans les bras maternels. Il pleure, ses yeux sont emplis de larmes, ce ne sont plus des geignements comme auparavant. Il commence à mettre son pouce dans sa bouche, il est rêveur. Madame sort maintenant de sa chambre, elle amène Liam en salle d'éveil parmi les autres mères, pères et leurs bébés, elle le fait dormir dans un lit à lui.

Quelque chose reste arrêté en elle et entre eux. Toujours, elle parle peu, elle lui parle peu. Comment faire circuler du vivant, comment relier cette maman et ce bébé à leur histoire, sans accroître les angoisses? Nous recherchons des médiations en lien avec son « chez elle », suffisamment communes, mais aussi essentielles : rythmes, odeurs, goûts, sonorités, couleurs... Il s'agit de la reconnecter avec ses racines culturelles et familiales, de partager avec eux des évocations de là d'où ils viennent. Nous développons les temps d'éveil autour du chant et de la danse, des rythmes du tambour, des histoires de savane, nous suivons les recettes de Madame à l'atelier cuisine, nous apprenons avec elle.

Nous poursuivons nos cadres soins et constatons une évolution de la dyade au cours de chaque semaine, mais tout se dégrade au cours des week-ends, et il nous faut recommencer à la fois le processus de sécurisation de la dyade et celui de séparation/rencontre entre eux. Tout est insécurisant pour Madame : penser à son pays est insécurisant après ce qu'elle y a vécu et en l'absence de nouvelles de sa famille, être en France est insécurisant en n'ayant aucune certitude de pouvoir y rester tant qu'elle n'a pas de papiers, être hébergée à l'hôtel social est insécurisant.

Dans ce contexte, un accueil en centre maternel nous paraît indispensable. Ce projet est soutenu par l'ensemble des professionnels lors de la concertation, puis véhiculé par tous auprès de Madame. Celle-ci refuse à nouveau : elle se sent insécurisée par les lieux et craint là-bas un placement de Liam. Nous sommes dans une impasse.

DES VIES EN SUSPENS
AU DEUXIÈME SEMESTRE DE VIE DE LIAM

Avec la fermeture d'été du Home, les soins se poursuivent par des consultations pédopsychiatriques et des visites à domicile hebdomadaires. Madame et Liam partent en voyage avec la sœur de cœur et ses enfants, dans la famille de celle-ci. À leur retour, ils sont accueillis en hospitalisation de jour deux fois par semaine, avec une visite à domicile par semaine à l'hôtel social par l'infirmière du Home, ainsi que par la puéricultrice de la PMI. Une demande de TISF est en cours. L'accueil en crèche n'a pas encore pu débiter, faute de place.

EXTRAIT DU BILAN PSYCHOMOTEUR,
AU HUITIÈME MOIS DE VIE DE LIAM

Liam présente un état inquiétant. Il est hypervigilant, il a des moments de grandes tensions, il recherche fortement des appuis postérieurs sur le tapis, il peut se mettre debout et sautiller. Il a des états d'excitation, des éclats de rire solitaires. Il développe des contacts durs avec l'environnement, il a des activités répétitives de taper sa main sur sa bouche, taper des objets durs sur son visage, il peut se faire mal sans manifester de douleur, sans solliciter de réconfort. Il s'agrippe à son tonus, à des sons gutturaux, à des objets en bouche. Il peut prendre appui sur la présence maternelle pour se

rassurer, mais il n'y pas d'autres modalités d'échange entre eux. Son regard est fixe, son visage peu expressif. Tout comme sa maman, qui ne dort plus la nuit.

Le mode de vie de la dyade ainsi que ses modalités de lien entravent toute évolution. Tout reste en suspens, la pensée, les émotions, leur projet de vie ; leur relation le semble aussi : ils se raccrochent l'un à l'autre comme seule certitude d'exister. L'équipe constate la sévérité de la situation, tous les effets de contenance soignante semblent perdus, comme s'ils n'avaient pas été intériorisés. Nous nous sentons décontenancés. Liam et sa maman ne sont plus accessibles à la relation thérapeutique, leur lien ne laisse place à aucun espace, le silence empêche toute mise en sens. Il est urgent de revoir notre projet.

CONSULTATION AUPRÈS DE LA DYADE,
CONJOINTE AVEC LA PÉDOPSYCHIATRE ET LA PUÉRICULTRICE RÉFÉRENTE

Liam est allongé sur le tapis d'éveil. Il amène ses deux mains vers sa bouche, et les met dedans, le poing bien fermé d'un côté, les doigts de l'autre. Il nous regarde l'une et l'autre, observateur, voire inquiet, il regarde aussi sa maman. Il finit par s'agiter et Madame le prend, l'assoit devant elle, sans mots. Puis elle se déplace sur le côté comme pour pouvoir croiser son regard. Il est seul, assis au sol, les jambes écartées, prend un anneau, le regarde, le met à la bouche avec ses deux mains, il regarde vers la bouche de sa maman. Il reste très attentif à chacune de nos présences. Son buste s'affaisse progressivement vers le sol, il ne tient plus assis, Madame l'installe en position allongée au sol. Il a alors des sons gutturaux en direction de sa maman, il y met de l'intensité, mais sans la regarder directement. Il semble réclamer la présence maternelle. Il se sent regardé par la puéricultrice, il la connaît bien, il a du plaisir à être regardé, il a du plaisir à ce que la puéricultrice ait du plaisir à le regarder. Il esquisse un sourire, presque charmeur, il babille, il rassemble ses mains, puis s'enroule pour attraper son pied. Il est à l'écoute de la comptine que chante sa maman tout en attrapant les mains de Liam pour qu'il les frappe ensemble, celui-ci garde les doigts en tension, à demi repliés. Madame l'installe sur ses jambes, Liam cherche à être contre elle tout en s'agitant. Elle le rapproche d'elle, en position verticale, la tête au-dessus de son épaule. Il se tortille de plus en plus. Elle l'assoit sur elle, ça ne va toujours pas, elle le

met debout, il sautille. Il finit par regarder au loin, derrière la maman, au fond du bureau, il s'intéresse à un pot à crayons. Il s'apaise alors un temps, intéressé par autre chose. Puis il appuie fort sur les jambes maternelles avec ses pieds, il sautille, cela semble d'abord un jeu, puis cela devient une excitation croissante. Madame reste passive. Liam sautille de façon répétitive, son regard s'absente. Madame se lève avec lui, elle s'assoit sur le canapé et lui donne le sein, toujours silencieuse. Il a alors une posture de tout-petit contre le sein maternel. Madame nous dit que Liam se développe bien, qu'il est plus posé au Home qu'à l'hôtel. Là-bas, il est agité, il réclame beaucoup ses bras, il se réveille plusieurs fois la nuit « pour têter » nous dit-elle. Elle se demande s'il voit les mêmes images qu'elle ; elle se sent toujours en danger là-bas.

Au cours de cette consultation, nous observons les variations d'états de Liam, de la désorganisation à l'organisation. Il a intériorisé un lien à l'objet sur lequel il peut s'appuyer, il cherche à le faire revivre à l'intérieur de lui par du tout rond à travers ses postures de rassemblement, ses vocalises nuancées et aussi à l'extérieur de lui par ses airs charmants et charmeurs. Ce bon objet interne est fragile, Liam a intériorisé peu de modalités symboliques pour le convoquer en l'absence d'un autre « bien vivant ». Quand il n'y a pas de rebondi relationnel, son élan vital devient activités répétitives dénuées de sens puis finit par s'éteindre : seuls des agrippements retiennent son sentiment d'existence.

Madame a appris des façons de faire des professionnels, elle les met en pratique en notre présence : elle se décale pour partager son regard avec Liam, elle lui chante une comptine... Liam recherche la présence maternelle. Son lien avec elle est teinté d'ambivalence : il est sécurisant, il est excitant, il est aussi anxiogène. Ses postures avec elle oscillent d'une compliance passive à un évitement actif, en passant par de l'agitation. Il va vers des ailleurs par ses regards au loin, comme quand il était plus petit. C'est alors que les moments de rencontre avec d'autres le rendent présent au monde. Madame ne peut accueillir et transformer l'excitation de son garçon, elle reste passive, elle ne sait plus, et finalement, elle le remet au sein. Liam reprend alors une posture de tout-petit pour se fondre avec le corps maternel. Madame a l'air grave, elle a perçu nos inquiétudes. Nous lui transmettons notre compréhension à la fois de ce qui est vivant pour eux, et à la fois de leur mal-être. Nous sommes convaincus que la dyade peut maintenant être séparée et que c'est ce qui peut faire soin pour eux. Nous

pensons à la crèche pour Liam où il pourra être accueilli parmi d'autres enfants, nous pensons au centre ressources de consultation transculturelle pour Madame où elle pourra être accueillie pour elle-même. Nous mobilisons l'ensemble des professionnels du réseau dans la concrétisation au plus vite de ce projet, nous nous remettons en mouvement.

UN ESPACE BIEN VIVANT

Par la suite, l'équipe remarque un changement. Madame a rencontré la psychologue du centre ressources de consultation transculturelle, elle déverse là des émotions, des images, des mots mêlés en flot. Liam a une présence continue au monde, il s'intéresse aux autres bébés, il a des gestes doux, leur caresse le visage. Il s'assure régulièrement que sa mère est là, il la garde en « présence d'arrière-plan » (GROTSTEIN). Des moments de désorganisation sont toujours observés, notamment au décours de l'intégration en crèche de Liam ; les séparations d'avec sa maman sont alors source d'une grande détresse, il faudra faire très progressivement.

Comment permettre que les effets de contenance au Home se déploient dans l'espace et dans le temps et s'intériorisent plus solidement pour la dyade ? Nous accentuons notre travail de liens entre les différents cadres et lieux de vie par des professionnels et par des objets qui transitent d'un lieu à un autre, ainsi que par des façons de faire et d'être qui se partagent, des récits qui se transmettent... Nous organisons des consultations en groupe de professionnels autour de la dyade. Et nous leur racontons l'histoire de nos rencontres singulières avec la dyade.

À la demande timide mais déterminée de Madame, nous fêtons tous ensemble l'anniversaire des un an de Liam au Home avec un gâteau, des bougies... et un cahier de vie. Ils sont radieux dans un espace bien vivant pour eux.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ A. (1992) *Une présence bien vivante*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.
- BICK E. (1987) « Notes sur l'observation des bébés dans la formation psychanalytique (1964) » et « L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces (1968) » in M. H. Williams (dir.) *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.
- BION W. (1979) *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- _____. (2010) *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*, Paris, PUF.
- BULLINGER A. (2015) *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, tome 2, Toulouse, érès.
- CICCONE A. et LHOPITAL M. (1991) *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod.
- DAVID M. (2016) *Prendre soin de l'enfance*, Toulouse, érès.
- DELION P. (dir.) (2012) *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*, Toulouse, érès.
- _____. (2017) *Les bébés à risque autistique*, Toulouse, érès.
- GARRET-GLOANNEC N. et PERNEL A.-S. (2016) « De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, art. 37-200-B-25, Paris, Elsevier-Masson.
- GOLSE B. et MORO M.-R. (2014) *Le développement psychique précoce*, Paris, Elsevier-Masson.
- GOLSE B. et BÉNONY C. (2007) *Psychopathologie du bébé*, Paris, Armand Colin.
- GUEDENEY A. et ALLILAIRE J.-F. (2001) *Interventions psychologiques en périnatalité*, Paris, Masson.
- GUEDENEY A. et GUEDENEY N. (2002) *L'attachement*, Paris, Masson.
- HAAG G. (2018) *Le Moi corporel*, Paris, PUF.
- LAROCHE-JOUBERT M. (2014) « Trauma du bébé, trauma maternel : effets sur la dyade », in B. Golse et M.-R. Moro, *Le développement psychique précoce*, Paris, Elsevier-Masson.
- LEBOVICI S. et GUEDENEY A. (1997) *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*, Paris, Masson.
- MAHLER M. (1970) *Psychose infantile*, Paris, Payot.
- MELTZER D. (2002) *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot.

- MORO M.-R. (2001) « Penser, porter, humaniser, soigner : approche transculturelle de la périnatalité ». in A. Guedeney et J.-F. Allilaire (dir.), *Interventions psychologiques en périnatalité*, Paris, Masson.
- STERN D. N. (1989) *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.
- SZANTO-FEDER A. (2002) *Lóczy : un nouveau paradigme?* Paris, PUF.
- WINNICOTT D. W. (1992) *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot.
- _____. (1971) *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

LA SPÉCIFICITÉ DU TRAVAIL PSYCHO-SOCIO-ÉDUCATIF AUPRÈS DES MÈRES ISOLÉES

Frédérique ROUVEAU¹, Mahalia FADIGA², Doriane LEMARCHAND³

Résumé : Une mère, hospitalisée en prénatal et/ou postnatal, rencontre ses différents référents (médecin, psychologue clinicienne, éducatrice spécialisée, assistante sociale, éducatrice de jeunes enfants). Ensemble, ils construisent un projet de soin individualisé, qui est sans cesse réajusté à partir des observations de l'ensemble de l'équipe soignante. Chaque prise en charge singulière est pensée de manière collective dans des espaces définis (staff pluridisciplinaire, réunion clinique bébé, synthèse entre référents, réunion de sortie).

Comment l'institution peut-elle porter la patiente pour qu'à son tour elle puisse porter son bébé et trouver les ressources nécessaires pour eux? Cette question apparaît d'autant plus déterminante lorsque la mère présente une situation d'isolement social et affectif. Comment chaque référent peut-il se positionner pour faire famille autour de la dyade?

À partir de la présentation de l'accompagnement d'une mère isolée et de son bébé, nous présenterons l'originalité du travail psycho-socio-éducatif articulé au projet de soin global de la dyade à l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien.

1. Psychologue clinicienne, psychothérapeute, docteure en psychopathologie et psychanalyse, Service de soins de suite, l'Hôpital mère-enfant de l'Est parisien.

2. Assistante de service social, *id.*

3. Éducatrice spécialisée, *id.*

L'HÔPITAL MÈRE-ENFANT DE L'EST PARISIEN, UN SERVICE DE SOINS DE SUITE PÉRINATALS

Présentation de l'unité d'hospitalisation temps plein

L'hôpital mère-enfant de l'Est parisien se compose d'une unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé à temps plein et d'une unité d'hospitalisation de jour. Il s'agit d'une structure de soins de suite périnataux au même titre que l'unité du Vésinet. Il sera ici question de l'unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé à temps plein, dans le but d'éclairer la prise en charge singulière des femmes isolées. Nous développerons pour illustrer nos propos la situation clinique de Madame S. et de son fils.

Créée par le Docteur Jean Ebert en 2010, cette unité a vu le jour au sein de l'association Estrelia, spécialisée dans l'accompagnement de la parentalité dans les situations de vulnérabilité. L'unité d'hospitalisation temps plein accueille six femmes enceintes et dix-sept dyades mère-bébé entre la naissance et les 12 mois de l'enfant. Nous pouvons accueillir toute dyade présentant une perturbation des liens précoces parents-bébé et en particulier mère-bébé, et ce dans des contextes de vulnérabilités variées. Ces vulnérabilités peuvent être d'ordre psychologique, psychiatrique, addictologique, somatique, et toucher l'enfant et/ou ses parents (MISSONNIER, BLAZY, *et al.* 2012).

Il n'existe aucune contre-indication *a priori* à l'hospitalisation. L'unité d'hospitalisation temps plein peut notamment recevoir des patientes mineures, des patientes souffrant d'addiction (ROUVEAU, POMMIER 2014) et des patientes sans domicile fixe (ROUVEAU, SFEIR 2013), si une indication médicale le justifie. La seule condition administrative nécessaire préalablement à toute hospitalisation est l'existence d'une couverture médicale à jour.

Pour répondre aux besoins variés de l'ensemble de ces familles, l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital va proposer des projets de soin construits au cas par cas autour des besoins spécifiques de chaque bébé et de sa famille (ROUVEAU, DUCHÉ, *et al.* 2016). Cette équipe est schématiquement composée de trois types de professionnels : des professionnels des soins psychiques, des professionnels des soins somatiques et des professionnels socio-éducatifs. Eu égard à leur formation initiale, certains de ces professionnels sont plutôt orientés du côté du bébé, et d'autres, du côté des

parents et du soutien à la parentalité. De fait, au cours de l'hospitalisation, chaque professionnel participe à l'observation et à l'accompagnement des relations parents-bébé(s). Des réunions pluridisciplinaires régulières permettent de rassembler les observations recueillies par chacun de ces professionnels, de mettre en commun les réflexions et d'orienter le projet de soin de chaque famille.

Un processus d'admission impliquant tous les acteurs

Préalablement à toute hospitalisation, une demande émanant d'un professionnel est adressée à l'équipe médicale de la structure. Chaque demande d'hospitalisation est étudiée en commission d'admission, puis, une fois validée, aboutit à un rendez-vous de préadmission qui accueille, dans l'idéal, la mère, le bébé et le père de l'enfant, s'il est présent. Au moment de l'admission, un ensemble de professionnels dits « référents » se présentent à la famille. Le médecin référent qui peut être psychiatre, pédopsychiatre ou médecin généraliste, a pour fonction de coordonner la prise en charge et de recevoir régulièrement la mère et son bébé hospitalisés afin de faire le point sur le déroulement du séjour, les observations réalisées et d'orienter la suite du projet de soin en accord avec la patiente. Le médecin référent peut être amené, selon les cas, à recevoir également le père et la fratrie de l'enfant hospitalisé. Dans chaque situation, une psychologue clinicienne référente propose à la mère un suivi psychologique régulier, une à deux fois par semaine. Ce suivi est pensé comme un suivi individuel pour la mère seule, le plus souvent. Une assistante sociale référente répond aux besoins d'accompagnement social de la famille au cours de l'hospitalisation, en lien, le cas échéant, avec les partenaires déjà situés. Une éducatrice spécialisée et une éducatrice de jeunes enfants peuvent proposer des accompagnements et des suivis spécifiques pour la mère, les parents et/ou le bébé, en fonction du projet de soins déterminé en équipe. En plus de ces professionnels référents systématiquement situés dès l'admission, d'autres professionnels peuvent être sollicités au cours du séjour pour intervenir de manière ponctuelle ou répétée auprès du bébé et de sa famille (DARCHIS 2016).

Au quotidien dans le service (GLANGEAUD-FREUDENTHAL, POINSO, *et al.* 2009), la mère et son bébé sont accompagnés lors des soins primaires (alimentation, change, bain, endormissement) pendant les quinze premiers

jours par l'équipe soignante (auxiliaires de puériculture, infirmières). Cet accompagnement initial permet de faire connaissance avec le bébé et sa mère et de mieux cerner les besoins d'accompagnement de la dyade. La plupart des enfants dorment avec leur mère dans la chambre de celle-ci mais, si nécessaire, des bébés peuvent être confiés à l'équipe soignante la nuit sur indication médicale. À l'issue de cette première période, les observations sont transmises et discutées en équipe pluriprofessionnelle et un projet de soins personnalisé est proposé à la mère et au bébé. Des médecins généralistes et une pédiatre assurent le suivi somatique de la mère et de son enfant au cours de leur séjour hospitalier. Si besoin, ils pourront adresser la mère et/ou son enfant vers d'autres médecins spécialistes, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Des gynécologues obstétriciennes et des sages-femmes assurent le suivi médical obstétrical et l'accompagnement périnatal des femmes enceintes au cours de leur séjour, en lien avec la maternité de référence. À côté du médecin référent, un psychiatre et un pédopsychiatre, une psychomotricienne peuvent être sollicités pour proposer des suivis spécifiques en fonction des besoins de chaque situation. Par ailleurs, des ateliers éducatifs et des groupes thérapeutiques peuvent être proposés, selon les cas, à toutes les dyades ou à certaines d'entre elles sur indications médicales. Tout au long du séjour, des contacts entre les professionnels référents à l'intérieur de l'hôpital et leurs partenaires extérieurs sont réalisés aussi souvent que nécessaires. Des réunions de synthèse réunissant l'ensemble des professionnels en interne et/ou avec l'extérieur peuvent être organisées. Les partenaires extérieurs à l'hôpital appartiennent aux trois mêmes grands champs disciplinaires des soins somatiques, des soins psychiques, et le travail socio-éducatif.

Du fait de la fragilité particulière d'une partie des situations que nous accueillons, nous sommes régulièrement amenés à travailler avec les services de protection de l'enfance, en particulier avec l'aide sociale à l'enfance et les juges des enfants pour des situations à risque ou d'enfants en danger. Lorsque des inquiétudes autour de l'enfant sont présentes avant l'hospitalisation, la réalisation d'une information préoccupante par les partenaires en amont de l'admission, dans la transparence avec la famille concernée, permet de démarrer les soins hospitaliers dans les conditions les plus favorables, tout en s'assurant d'emblée d'un engagement des services de protection de l'enfance ou d'un mandat d'évaluation émanant de la CRIP.

L'hôpital mère-enfant de l'Est parisien constitue ainsi une structure spécifique et unique au sein de l'ensemble des structures d'accompagnement périnatal. Avec sa particularité d'offrir des soins psychiques, des soins somatiques et un accompagnement socio-éducatif autour du bébé et de sa famille dans un même lieu d'hospitalisation temps plein, il constitue une structure originale qui se démarque, d'un côté des unités mère-bébé psychiatriques et des services d'hospitalisation psychiatriques et, de l'autre côté, de structures d'étayage ambulatoires variées nécessitant une articulation étroite en réseau.

L'hôpital mère-enfant de l'Est parisien, un travail de coconstruction du projet de soins autour de la dyade mère-bébé en équipe pluridisciplinaire

La durée moyenne de séjour est de deux mois. Le service n'étant pas sectorisé, nous pouvons accueillir des demandes de toute la région parisienne mais aussi de province. Le déroulement d'une hospitalisation peut se résumer en trois phases. La première phase dure dix jours, et correspond à une phase d'accueil, de rencontre et d'observation du bébé et de ses parents. Au cours de cette période, le plus souvent un accompagnement de tous les soins primaires est proposé, la mère et le bébé rencontrent et font connaissance avec leurs référents. S'ils le souhaitent, ils peuvent participer à un ensemble d'ateliers thérapeutiques ouverts autour de thématiques.

À l'issue de cette première phase, les observations des différents professionnels sont rassemblées et discutées en équipe et conduisent à l'élaboration d'un projet de soin spécifique à chaque situation. Le projet de soin personnalisé (GLANGEAUD-FREUDENTHAL, POINSO, *et al.* 2009) peut comprendre des propositions de soin individuel pour le bébé ou sa mère, dyadique pour la mère et son bébé ou le père et son bébé, triadiques parents-bébé, et parfois ces propositions de soin peuvent s'adresser également à l'ensemble de la famille. Certains de ces soins sont proposés dans des espaces individuels, et d'autres dans des espaces de groupe. Par exemple, des relais avec soins directs auprès du bébé, menés selon les cas par une auxiliaire de puériculture ou une éducatrice de jeunes enfants, peuvent être proposés sur indication maternelle (par exemple, besoin de repos dans le cadre d'un état dépressif), du côté du bébé (par exemple, besoin d'un espace d'éveil et de motricité libre, dans d'autres cas, signes de souffrance précoces nécessitant des soins spécifiques) ou encore de la

relation (par exemple, besoin de temps de restauration dans des espaces séparés, dans le cas d'interactions mère-bébé très perturbées). Un suivi psychomoteur mère-bébé ou pour la mère seule ou pour le bébé seul, ou bien encore la participation à un atelier « Avec mon bébé », centré sur le contact physique et affectif entre la mère et l'enfant, peuvent être proposés. Parfois, des aménagements de l'environnement physique du bébé en journée ou la nuit peuvent être conseillés pour s'adapter aux particularités de son développement psychomoteur ou favoriser un sommeil de qualité. Dans d'autres cas, un relais auprès du bébé peut être proposé la nuit, notamment dans les situations où la mère souffre d'un épuisement physique ou psychique pour différentes raisons.

Enfin, une dernière phase de l'hospitalisation correspond à celle de préparation du projet de sortie. En réalité, la préparation à la sortie commence dès l'entrée. C'est plus spécifiquement le travail de l'équipe socio-éducative (ROUVEAU, DUCHÉ, et al. 2016). Au cours de la dernière phase d'hospitalisation, outre des contacts téléphoniques avec les différents partenaires amenés à prendre le relais des suivis auprès de la famille, une synthèse pluridisciplinaire peut être organisée. La mère et le bébé sont également invités à organiser des sorties plus fréquentes à domicile (quand il y en a). Ces sorties peuvent être l'occasion de prises de contact avec les partenaires extérieurs par la famille, qui est accompagnée si nécessaire. L'équipe soignante propose en parallèle un accompagnement spécifique à la sortie. La date de sortie définitive est décidée en équipe et en lien avec la patiente. Pour une transition réussie, nous sommes particulièrement attentifs à ce que l'hospitalisation complète prenne fin progressivement, afin que la dyade puisse poursuivre le travail amorcé et reprendre un quotidien suffisamment étayant après souvent plusieurs mois d'hospitalisation.

Spécificités de l'accompagnement des femmes isolées

Parmi les femmes hospitalisées, nous accueillons des familles monoparentales. La plupart de ces familles sont des femmes isolées. Nous parlons ici d'un isolement social mais aussi relationnel, familial et donc affectif. Ces femmes ont pour point commun des parcours de vie chaotiques marqués souvent par des ruptures violentes avec leur famille et leur pays d'origine. La grossesse vient souvent après un parcours migratoire, la plupart du temps jalonné d'événements traumatiques, et leur permet

d'être accueillies et accompagnées dans leur maternité dans un lieu que nous souhaitons sécurisant pour elles. Que la grossesse soit attendue ou non, cet enfant à venir est souvent porteur d'élan de vie. Nous allons vous présenter la situation de Madame S. pour laquelle nous sommes toutes les trois référentes. Madame S., présente depuis 6 mois dans notre service, est toujours hospitalisée. À travers cette situation clinique, nous aimerions montrer comment cette femme a pu se saisir de l'arrivée de cet enfant et de l'accompagnement pluridisciplinaire proposé pour se révéler à elle-même. En effet, après un temps d'approvisionnement relativement long, Madame S., en accordant sa confiance aux différents membres de l'équipe, a pu créer un lien d'attachement manifeste à son fils malgré son isolement affectif et social.

L'HOSPITALISATION CONJOINTE DE MADAME S. ET DE SON FILS SOFIAN EN UNITÉ TEMPS PLEIN

Anamnèse

En milieu d'année, Madame S. est orientée à l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien par une pédopsychiatre et une assistante de service social d'une maternité de région parisienne. Madame S. a été rencontrée par cette équipe en suites de couches. Nous n'avons pas connaissance d'un suivi de la grossesse. La maternité nous informe que Madame S. est âgée de 34 ans. Originnaire de Côte d'Ivoire, elle est arrivée en France depuis deux ans. Madame S. aurait d'abord été hébergée en région parisienne chez deux de ses sœurs, puis mise à la rue par ces dernières, par manque de place au sein de leur logement. Il n'était pas possible pour elles d'accueillir Madame S. et son bébé. La maternité nous transmet également que cette grossesse est non attendue et découverte tardivement. À cette annonce, Madame S. peut dire que le père de Sofian n'est aucunement investi et il ne souhaite pas de relation amoureuse avec Madame S. Elle est très isolée sur le plan affectif et social. La principale inquiétude de nos partenaires adresseurs réside dans le fait que Madame S. présente un état anxio-dépressif avec une symptomatologie dépressive très marquée qui tend à s'aggraver en suites de couches. Madame S. apparaît apathique, renfermée, elle parle très peu, elle n'a pas d'appétit, elle présente beaucoup de pleurs,

de ruminations anxieuses sur son avenir et des réminiscences de souvenirs traumatiques de son enfance. Son état se dégrade de jour en jour devant l'absence de réponse du 115 (samu social). En parallèle, les équipes de la maternité observent des plages de sommeil très importantes chez Sofian qui les inquiètent. Les soins primaires sont réalisés de façon opératoire par Madame S. L'équipe de la maternité craint des répercussions de cette symptomatologie anxio-dépressive sur la qualité du lien mère-enfant, ainsi que des conséquences sur le développement psycho-affectif de Sofian. Elle reste alors hospitalisée 24 jours en suites de couches avant d'intégrer notre unité d'hospitalisation postnatale. Par la suite, nous apprendrons par Madame S. qu'elle a eu un premier fils à l'âge de 15 ans suite à une agression sexuelle. Ce fils a aujourd'hui 18 ans. À l'époque, ses parents refusent d'envisager un avortement, alors même que cette grossesse est mal perçue par sa communauté. Elle va subir diverses maltraitances et négligences. C'est la mère de Madame S. qui va élever cet enfant. Plus tard, Madame S. va fuir un mariage forcé organisé par sa famille avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle. Elle entame alors un parcours migratoire qui est aujourd'hui encore difficile à évoquer.

Madame S. rencontre le futur père biologique de son enfant peu après son arrivée en France. Après la découverte de sa grossesse, Madame S. apprend que le père de Sofian est marié et a des enfants : des filles. Madame S. attend un petit garçon et, pour cette raison, il accepte de reconnaître Sofian légalement. Il est venu le voir à la maternité, leur rencontre n'ayant duré que quelques instants. Madame S. commence à se confier et nous parle ensuite de violences de la part de cet homme, telles que des menaces de dénoncer sa situation irrégulière sur le territoire, des violences physiques, des menaces de mort. Il est important pour nous de pouvoir mettre des mots sur ce qu'a vécu Madame S. de libérer sa parole, de l'aider à trouver une protection et qu'elle apprenne à se considérer comme une personne à part entière. Pour avoir le droit de rester en France et bénéficier d'une protection de la France, elle formule une demande d'asile qui est rejetée. Elle ne souhaite pas faire de recours car elle n'a aucune connaissance de ses droits et aucun soutien en France. À ce jour, Madame S. ne souhaite faire aucune démarche de régularisation car elle a encore peur des conséquences vis-à-vis du père de Sofian. Madame S. n'a aucune protection administrative, elle reste en situation irrégulière : elle n'a aucune

ressource, aucun recours aux aides sociales, pas de perspective de logement, ni de formation ou de travail.

Admission de Madame S. et Sofian

Comme nous l'avons indiqué plus haut, une commission d'admission a lieu chaque semaine. Les médecins, la cadre sage-femme, la secrétaire médicale et une des assistantes sociales se réunissent pour lire les demandes et évaluer l'orientation. S'il y a une indication d'hospitalisation, un entretien de préadmission avec un médecin est proposé. Il s'agit, dans la mesure du possible, du médecin qui sera positionné pour l'accompagnement de la dyade pendant l'hospitalisation. Madame S. est reçue par le pédopsychiatre de notre unité temps plein. Lors de son entretien d'admission, Madame S. ne formule qu'une demande d'hébergement et une crainte d'être mise à la rue. Néanmoins, le pédopsychiatre perçoit une indication d'hospitalisation face à l'état dépressif de la patiente et une nécessité d'accompagner les soins primaires afin de veiller au bon développement Sofian. Comment passer d'une demande d'hébergement à une demande de soin ?

DIFFÉRENTS TEMPS D'HOSPITALISATION

PÉRIODE D'OBSERVATION

À son arrivée, le médecin référent demande à l'assistante sociale de rencontrer rapidement Madame S. pour aborder d'emblée la question de l'hébergement. L'assistante sociale la rencontre dès le lendemain de son entrée. Durant cet entretien, Madame S. parle peu, elle répond succinctement aux questions. Elle semble néanmoins entendre que nous rechercherons ensemble une solution de sortie, qu'elle ne sera pas mise à la rue et que nous travaillerons ensemble le projet de sortie en fonction de l'évolution de leur situation et de son adhésion au projet de soin. Elle accepte de poursuivre l'hospitalisation. Le cadre de soin qui lui est proposé et qu'elle accepte, est le suivant :

- un accompagnement de tous les soins primaires par une auxiliaire de puériculture ou une infirmière ;

- un contrat nurserie en journée où Sofian est confié à l'équipe soignante deux heures par jour. Le médecin insiste sur l'indication de repos maternel et la nécessité pour l'équipe de pouvoir faire connaissance avec Sofian ;
- un contrat nurserie de nuit, une nuit sur deux où Sofian est confié à l'auxiliaire de puériculture ;
- des sorties mère-bébé deux heures par jour en dehors de l'hôpital.

Pendant ces dix jours, les transmissions régulières de l'équipe soignante témoignent d'une patiente discrète, triste, d'une dyade enfermée dans sa chambre. De plus, Madame S. ne confie pas toujours Sofian pour son contrat nurserie en journée. Les soins primaires sont observés et accompagnés. Lors des contrats nurserie, Sofian apparaît comme un bébé qui a besoin de contenance, de portage pour s'endormir et qui pleure dans son sommeil. Madame S. a tendance à répondre aux pleurs de son bébé systématiquement en lui donnant le sein. C'est un bébé qui est souvent nourri par sa mère et qui présente des maux de ventre. Nous accompagnons Madame S. à repérer les besoins de son fils et à pouvoir y répondre de façon adaptée. Elle reconnaît rapidement ne pas savoir comment réagir à ses pleurs et présente l'allaitement comme la seule solution qu'elle détient pour le moment. Pendant ces 10 jours, Madame S. est rencontrée par tous ses référents : médecin, psychologue clinicienne, éducatrice spécialisée, et assistante sociale. Un examen gynécologique d'entrée est réalisé par une sage-femme. Sofian et Madame S. rencontrent la pédiatre. Tous les quinze jours, l'équipe participe à une réunion que nous appelons staff pluridisciplinaire. Cette réunion, qui réunit l'ensemble des professionnels de l'hôpital, permet de faire une présentation de chaque situation et de recueillir l'ensemble des observations et des vécus de chacun. Cela permet de penser les projets de soin, de croiser les différents vécus, ressentis et observations réalisées dans des temps plus ou moins formels. Le projet de soin est réévalué tous les 15 jours et nous proposons à chaque fois de nouvelles pistes de travail si nécessaire.

Malgré le fait que Madame S. reste très fermée et n'exprime aucune demande explicite, elle se montre compliant dans les propositions de soins que nous pouvons lui faire. Elle se présente à chacun de ses rendez-vous, questionne le cadre de certains espaces et semble investir peu à peu les référents. C'est une situation que nous rencontrons régulièrement avec les

patientes isolées qui se trouvent dans une situation de grande vulnérabilité, de précarité et d'insécurité. Nous irons à la rencontre de Madame S. et de Sofian, toujours préoccupés par le développement de ce bébé. Nous soutenons un accompagnement de l'allaitement par une sage-femme.

DEUX TEMPS DE SOIN AU COURS DE L'HOSPITALISATION

Nous distinguons deux temps de soin principaux au cours de l'hospitalisation.

Une première phase durant laquelle l'équipe porte le projet de soin pour la dyade et initie les propositions de soins et d'accompagnement pour Madame S. et son fils. Cette première partie d'hospitalisation dure environ un mois et demi. Madame S. se montre discrète, restant en chambre et ayant peu de demande pour elle et pour Sofian. Elle apparaît mutique et très triste. Néanmoins, elle adhère systématiquement aux propositions d'accompagnement qui lui sont faites. Petit à petit, Madame S. s'ouvre de plus en plus à l'équipe soignante en honorant les invitations qui lui sont adressées de pouvoir s'installer avec son fils en salle d'éveil. Ces temps permettent à l'équipe de faire plus ample connaissance avec Madame S. et Sofian, d'observer les interactions entre eux et de repérer les besoins de la dyade. Elle peut exprimer de plus en plus de demandes de conseils techniques autour des soins primaires. Elle honore durant cette première phase d'hospitalisation les rendez-vous médico-psycho-socio-éducatifs qui lui sont proposés. Ce temps d'approvisionnement plus ou moins long est commun à beaucoup de patientes, et particulièrement aux femmes en situation d'isolement. Son médecin référent, pédopsychiatre, propose à Madame S. l'instauration d'un traitement antidépresseur qu'elle accepte après un long temps d'élaboration. La mise en place de ce traitement, complémentaire aux soins proposés par l'équipe pluri-professionnelle, contribue à rendre petit à petit Madame S. actrice de son projet de soin. Cette « continuité vivante du portage » par l'équipe dont parle Elisabeth About nous permet d'entrer dans une nouvelle phase d'hospitalisation durant laquelle Madame S. s'ouvre de plus en plus jusqu'à être réellement actrice de son projet de soin. En effet, nous remarquons que sur les temps de contrat-nurserie¹ proposés à Sofian, Madame S. en profite d'abord pour

1. Les temps de contrat-nurserie sont des temps quotidiens durant lesquels le bébé est confié à l'équipe soignante.

se reposer, puis prend de plus en plus soin d'elle. Elle s'inscrit de manière systématique aux soins socio-esthétiques proposés une fois par mois au sein de l'hôpital. C'est une expérience nouvelle pour Madame S. que de pouvoir prendre soin de son corps, prendre soin d'elle, mais aussi d'oser faire une demande.

Sur ces temps, elle commence discrètement à participer à des collectifs proposés au sein de l'hôpital tels que les groupes de parole, les temps de conseil de vie sociale entre patientes, l'atelier comptine. C'est l'occasion pour Madame S. de créer des liens avec d'autres patientes, de prendre place au sein d'un groupe. Dans son lien à Sofian, Madame S. prend davantage de plaisir à le retrouver après le contrat-nurserie, se saisit des transmissions qui lui sont faites par les soignantes durant ce temps de retrouvailles, pose des questions et agit par la suite en identification de ces dernières. Elle est invitée, avec Sofian, à participer à un atelier autour du toucher contenant, dans un cadre lui-même très contenant en petit groupe. Elle demande à refaire plusieurs fois cet atelier, elle prend beaucoup de plaisir à être avec son fils. Se sentant de plus en plus en confiance avec l'équipe de professionnels qui l'entoure, Madame S. s'autorise à exprimer ses questionnements, ses craintes, ses émotions. Elle peut notamment verbaliser dans différents espaces toute la culpabilité qu'elle éprouve à ressentir de l'attachement pour Sofian. Cet éprouvé est nouveau pour elle car elle exprime clairement ne pas l'avoir vécu avec son fils aîné. Elle verbalise également qu'elle a l'impression que Sofian s'éveille davantage en présence d'autres adultes qu'en sa présence, ce qu'elle questionne. Elle trouve qu'il ne la regarde pas beaucoup, qu'il lui sourit peu. Ces constats nous amènent à penser un temps de soin durant lequel Madame S. pourrait être accompagnée à observer son fils.

Sofian est un bébé qui a d'importantes plages de sommeil et peu de temps d'éveil en dehors des soins primaires. Une attention particulière lui est portée par une éducatrice de jeunes enfants. Une présence professionnelle continue suffit à ce que Sofian s'éveille davantage, sourisse, gazouille et réclame la relation. Il s'anime davantage. À ce moment, Madame S. s'identifie aux professionnels et s'approprie certaines de leurs réponses. Elle est soulagée quant à l'évolution de son bébé qui va sur le tapis, commence à s'intéresser à son environnement. Il devient curieux du monde qui l'entoure. On observe que plus elle s'ouvre vers l'extérieur,

créée du lien avec d'autres, plus Sofian est avide de relation, et s'ouvre au monde qui l'entoure.

La spécificité du travail psycho-socio-éducatif auprès de cette mère isolée

La psychologue clinicienne propose des rencontres bihebdomadaires au début de l'hospitalisation afin de créer un climat de confiance et une alliance thérapeutique. Madame S. a pris le temps, pendant les premiers rendez-vous, de questionner le cadre de ces rencontres. Ces dernières étaient plutôt courtes mais toujours pertinentes. Puis Madame S. a commencé à se raconter. Elle vient chaque semaine avec un nouvel événement de vie qu'elle souhaite aborder. Elle décide régulièrement d'elle-même de la fin des entretiens, souvent lorsque ses affects deviennent trop forts. Elle évoque un grand soulagement après chaque séance, pourtant éprouvante. Le début de la mise en place du traitement antidépresseur signe, dans l'espace psychologique, la libération de la parole pour Madame S. et un investissement des différents espaces de soin. Madame S. adresse davantage ses demandes dans les espaces dédiés. Elle tient au courant la psychologue clinicienne de ses démarches administratives et de son suivi éducatif, toujours pour les mettre en lien avec son histoire et à sa relation avec Sofian. Au cours de l'hospitalisation, l'assistante sociale reçoit Madame S. une fois par semaine. Au début de l'hospitalisation, les entretiens sont très courts, plutôt menés par l'assistante sociale qui fait un travail de lien en relayant ses demandes à son médecin référent, ses besoins d'accompagnements extérieurs à l'éducatrice spécialisée et des temps de transmission avec la psychologue clinicienne sur l'histoire de Madame S. et à sa demande. En parallèle, un travail autour des droits et des démarches sociales est mis en place avec Madame S. qui se les approprie. L'éducatrice spécialisée rencontre Madame S. au minimum une fois par semaine. Le travail éducatif entrepris se centre autour de deux axes principaux qui sont la possibilité pour Madame S. de pouvoir rompre avec son isolement, et le fait de l'accompagner vers une autonomie à l'extérieur. L'éducatrice spécialisée utilise deux outils principaux qui sont l'extérieur, le « hors les murs », et le collectif. Madame S. est rencontrée par l'éducatrice dans un cadre moins formel, hors les murs de l'hôpital, ce qui lui permet de s'ouvrir à la rencontre. Elle donne à voir autre chose d'elle dans ce cadre qui, avec tous les imprévus qu'il comporte, implique un rapport soignant/soigné

moindre. Comme le souligne François Hebert (2012, p. 98), le « dehors » se veut lieu neutre et non menaçant. Madame S. travaille sa prise de parole avec des interlocuteurs extérieurs (administrations, vie quotidienne), le fait de pouvoir s'orienter dans les transports et dans la ville, le repérage de lieux ressources pour elle. Nous l'accompagnons vers une association dispensant des cours d'alphabétisation, vers la protection maternelle et infantile et tout ce qui est proposé par l'hôpital en sortie collective : lieux d'accueil enfants-parents, bibliothèque mère-bébé, bébé-nageurs, pique-nique... Madame S. fait l'expérience de nouvelles choses, de « premières fois ». Par exemple, elle découvre ce qu'est une cerise sur un marché parisien lors d'un accompagnement ou encore la piscine, ce qui l'amène à parler de son enfance et des rivières dans lesquelles elle se baignait au pays. Ces expériences nourrissent à leur tour les autres espaces, comme le suivi psychologique. Madame S. s'inscrit dans tout ce qu'elle peut prendre et, au fur et à mesure revendique son autonomie sans être accompagnée à l'extérieur par l'éducatrice spécialisée. Madame S. s'inscrit dans différents collectifs aussi à l'intérieur de l'hôpital. C'est une fidèle du groupe de parole, de l'atelier féminité-sexualité, et de l'atelier chant-comptines. Elle profite de la communauté de femmes présente à l'hôpital et crée des liens forts. Au-delà du travail d'articulation socio-éducatif dans les démarches que nous avons abordées, l'assistante sociale et l'éducatrice spécialisée travaillent en binôme tout au long de l'hospitalisation pour préparer la sortie. Toute cette articulation entre professionnels et ce maillage contenant qui sont proposés contribuent à créer, un « hébergement psychique » (BILLARD, CONSTANTINO 2011, p. 35) pour la patiente.

La préparation à la sortie

La sortie est pensée et préparée depuis le début de l'hospitalisation via des démarches sociales et juridiques : domiciliation administrative, entretiens avec la juriste¹ qui permettent à Madame S. de connaître ses droits vis-à-vis de sa situation administrative mais également de parler des violences qu'elle a pu subir ; via le travail d'ouverture sur l'extérieur et d'autonomisation de Madame S. : PMI et participation aux ateliers proposés par ce partenaire, alphabétisation ; et via la recherche d'un lieu

1. La juriste propose une demi-journée de consultations par semaine à l'HMEEP et peut poursuivre cet accompagnement au-delà de l'hospitalisation.

contenant et sécurisant pour la dyade à la sortie (au vue des observations). Le dispositif de sortie qui nous paraît le plus approprié à cette situation pour soutenir le travail amorcé est un centre maternel.

Madame S., au début de son hospitalisation, a pu assister à une réunion de présentation des centres maternels organisée par l'ADEMIE² avec qui nous travaillons en étroite partenariat. Après réflexion, Madame S. nous formule la demande de pouvoir être accueillie en centre maternel tout en disant qu'elle a encore besoin d'être accompagnée par notre structure pour l'instant. Elle commence sa lettre de motivation à destination de l'ADEMIE au bout de deux mois d'hospitalisation, lorsqu'elle se sent prête car, pour justifier cette demande, elle doit pouvoir repérer des points à travailler dans la relation à Sofian. Cette démarche de rédaction aide l'équipe à travailler avec elle au repérage de ses besoins et de ceux de son fils mais aussi à prendre conscience de ses compétences maternelles. En parallèle, plusieurs rencontres entre l'ADEMIE, la PMI et notre équipe sont organisées de façon régulière, occasions pour l'équipe socio-éducatif de pouvoir présenter, entre autres, la situation de cette dyade. Madame S. est demandeuse que nous puissions l'aider à la préparation de ces entretiens pour acquérir confiance en elle : c'est le travail de l'éducatrice spécialisée et de l'assistante sociale qui, en binôme, la reçoivent. La demande de soutien à la parentalité et non d'hébergement est clairement identifiée, c'est là que repose l'indication à ce qu'ils puissent intégrer un centre maternel.

Actualité

Au moment où nous terminons la rédaction de cet article, Madame S. a été reçue avec son fils en entretien par un centre maternel parisien, elle a reçu une réponse favorable et attend qu'un studio se libère pour intégrer ce centre. Nous continuons la préparation à la sortie par l'équipe soignante et médico-psycho-socio-éducatif. Nous sommes attentifs à ce que l'hospitalisation puisse prendre fin progressivement pour ne pas qu'il y ait de ruptures dans le travail amorcé, d'où la nécessité de penser à l'étayage extérieur. Le travail de réseau et de partenariat est précieux pour assurer une continuité des soins.

2. Aide départementale envers les mères isolées et leurs enfants – plateforme spécifique au territoire parisien.

CONCLUSION

L'histoire de Madame S. et de son fils nous semble mettre en lumière la spécificité de l'accompagnement que nous pouvons proposer à nos patients. Nous avons choisi comme exemple de situation celle de Madame S. car elle est représentative d'une grande majorité de la population hospitalisée à l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien. Même si chaque proposition de soins est singulière, la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative montre comment la diversité des espaces de soin permet de travailler différentes problématiques, dans différentes temporalités. Cet accompagnement individualisé permet à la dyade d'être intégrée dans une structure, de rompre son isolement et de prendre le temps de la rencontre avec son enfant dans un cadre que nous pensons soutenant. Les espaces collectifs, qu'ils soient thérapeutiques ou non, participent à cette dynamique d'être ensemble et de faire famille.

Lors d'un groupe de paroles dont le thème principal était la famille, Madame S. a pu exprimer la difficulté pour elle de devenir mère, loin de sa famille, « du village au pays ». Cette grande famille qu'elle raconte, le grand-père ayant huit épouses, ayant elles-mêmes entre cinq à dix enfants, l'a élevée lorsqu'elle était enfant et a élevé son premier fils avec lequel le lien d'attachement n'a pu se construire. Malgré le fait qu'elle ait fui cette famille qui a souhaité la marier de force et lui a fait subir diverses violences, elle peut dire son scepticisme, à son arrivée à France, à penser la possibilité d'y accueillir seule un enfant. Son élaboration se poursuit autour de son histoire, des liens familiaux, de son lien à son fils aîné, de son lien à Sofian, de son rapport à la maternité et de l'éducation et des valeurs qu'elle souhaite transmettre à son fils. Elle semble avoir pu créer elle-même des relations singulières avec les différents professionnels et les autres mères hospitalisées pour que se déploient ses capacités maternelles et qu'elle se découvre et se reconnaisse mère de cet enfant-là. Afin de rompre l'isolement, nous travaillons autour de l'extériorité, du collectif. Le partenariat que nous créons et construisons petit à petit nous permet d'accompagner des femmes comme Madame S. afin de leur permettre d'acquérir une certaine autonomie. Le travail d'autonomisation est intégré d'emblée dans le projet de soins avec les femmes que nous accueillons. Nous tenons à ce que les patientes soient le plus autonomes possibles à la sortie d'hospitalisation, l'idée étant qu'elles acquièrent les ressources internes et externes nécessaires

à la suite de leur histoire. Pour cela, il est indispensable que la mère puisse nous faire confiance afin que l'équipe puisse l'accompagner pendant ses premiers temps si précieux de rencontre avec son bébé.

BIBLIOGRAPHIE

- BILLARD M., CONSTANTINO C. (2011) « Fonction contenante, groupe et institution soignante » *Clinique*, vol. 1, n°1, p. 54-76.
- DARCHIS E. (2016) *Clinique familiale de la périnatalité*. Paris, Dunod.
- HÉBERT F. (2012) *Chemin de l'éducatif*, Paris, Dunod.
- MISSENIER S., BLAZY M., BOIGE N., PRESME N., TAGAWA O. (2012) *Manuel de la psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Masson.
- POINSO F. (dir.), GLANGEAUD-FREUDENTHAL N., (2009) *Orages à l'aube de la vie : Liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébé*, Toulouse, érès.
- ROUVEAU F., SFEIR, M.-L. (2013) Comment s'inscrivent la grossesse et la maternité... dans le développement des adolescentes? », in C. Bauby, P. Suesser (dir.), *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent*, Toulouse, érès.
- ROUVEAU F., POMMIER F. (2014) « Maternité et toxicomanie : le suivi psychothérapeutique lors d'une hospitalisation conjointe mère-enfant. », *Bulletin de psychologie*, n° 533-35, vol. 67, p. 421-426.
- ROUVEAU F., DUCHÉ O., PLESSIS E., EBERT J. (2016) « Penser le projet de soins lors d'une hospitalisation conjointe mère bébé. », *L'Information psychiatrique*, vol. 92, n° 3, p. 187-195.

CENTRE D'HÉBERGEMENT MATERNEL (CONSEIL DÉPARTEMENTAL) ET SOINS CONJOINTS AMBULATOIRES MÈRE-BÉBÉ QUEL PARTENARIAT, QUELLES MISSIONS, QUELS CLIVAGES ?

Gwenaëlle ANDRO¹, Solène SPIERS², Anne RENET-HUREL³, Fabien LESCLOUS⁴

RÉSUMÉ

L'admission en centre maternel est souvent indiquée lors d'une grossesse chez une mineure ou une jeune majeure, dans un parcours de protection de l'enfance pour la future mère ou *via* les services sociaux dans les situations de précarité et d'isolement. À Caen, le partenariat entre le centre d'hébergement maternel et l'unité de soins conjoints ambulatoires est ancien, même si les changements de direction font parfois osciller la congruence de nos interventions respectives.

Nous allons illustrer les modalités de soins proposés à ces jeunes mères au sein de notre unité ambulatoire⁵ mais aussi les difficultés à partager, parfois, entre institutions, le même regard sur la dyade à travers l'exposé du cas de Mme M., 21 ans, adressée en post-partum en raison de régurgitations majeures de son bébé. La désorganisation initiale tant de la mère que du

1. Praticien hospitalier, pédopsychiatre, responsable de l'Unité périnatalité et petite enfance, service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), chef de service : Fabian Guenole (MCU-PH), CHU de Caen.

2. Pédopsychiatre, *id.*

3. Psychomotricienne, *id.*

4. Puériculteur, *id.*

5. L'Unité périnatalité et petite enfance est exclusivement ambulatoire et non sectorisée.

bébé et de leurs interactions a fait penser à une indication d'hospitalisation conjointe, inexistante en région Normandie, qui n'a pu se concrétiser. La solidité du cadre du centre maternel nous permet néanmoins de proposer des soins ambulatoires pluri-hebdomadaires.

Le cas clinique sera évoqué à travers le travail parallèle, auprès de cette dyade, de trois intervenants de l'équipe de périnatalité : le pédopsychiatre dans le cadre de ses consultations conjointes mère-bébé, la psychomotricienne et la balnéothérapie et enfin le puériculteur intervenant au domicile (ici le centre maternel), selon la méthode d'observation du nourrisson (Esther Bick).

L'UNITÉ PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE ET LE CENTRE MATERNEL

Notons d'abord qu'une unité ambulatoire de soins conjoints mère-bébé ne peut fonctionner sans liens privilégiés avec le réseau secondaire.

L'unité périnatalité et petite enfance est une unité fonctionnelle du SUPEA, CHU de Caen. Ce service fait partie du pôle femme-enfant (avec les services de pédiatrie et de gynéco-obstétrique) mais est situé géographiquement à distance du site principal du CHU.

L'équipe est composée de :

- un PH référent à 0,4 ETP depuis douze ans,
- un interne de DES,
- un psychologue à 0,8 ETP,
- un secrétaire,
- trois puériculteurs (application thérapeutique de l'observation à domicile selon Esther Bick) pour 1,5 ETP,
- une psychomotricienne pour 0,2 ETP, – et implication du CCA du SUPEA.

Fonctionnement de l'unité

Outre notre activité de consultation ambulatoire, nous intervenons au sein des services de maternité et de néonatalogie. Ces interventions vont des consultations en urgence à des interventions anticipées par le staff médico-psycho-social hebdomadaire de la maternité ou encore à la demande de la consultation d'obstétrique spécialisée médico-psycho-sociale.

Deux protocoles anciens déclenchent notre intervention systématique à la maternité : le déni de grossesse et la minorité. Parfois, ces deux protocoles se superposent, la majorité des dénis survenant chez des mineures. Le protocole d'appel systématique lors de l'accouchement demeure très insatisfaisant. En effet, notre rencontre inaugurale à la maternité rend plus délicat un véritable temps d'accueil, la jeune mère pouvant craindre que cette évaluation ne porte essentiellement sur ses capacités maternelles. Les rencontres en anténatal permettent d'établir une relation de confiance, qui n'est pas forcément une alliance thérapeutique puisque, *a priori*, ni la grossesse ni l'adolescence ne sont une maladie. Ce message est de plus en plus entendu de nos partenaires qui tentent de nous adresser ces jeunes filles en consultation pendant la grossesse. Pour autant, nous n'avons pas été sollicités pour la jeune femme de l'exposé clinique ci-dessous : elle a vingt et un ans mais a découvert sa grossesse à 5 mois. Contrairement à d'autres situations, le déni de grossesse n'a pas été retenu.

Une unité ambulatoire de soins conjoints mère-bébé ne peut fonctionner sans liens privilégiés avec le réseau secondaire, c'est-à-dire :

- la PMI, avec supervision des sages-femmes par la psychologue de l'unité,
- les TISE, avec une association partenaire (une analyse des pratiques leur est proposée mensuellement dans notre unité),
- les centres d'hébergement maternels (au nombre de deux) et le centre d'hébergement et de réinsertion sociale,
- la psychiatrie de l'adulte couvrant tout le département (CHU et EPSM).

Les liens institués avec le centre maternel

Le centre maternel héberge des mineures et des jeunes majeures enceintes ou jeunes accouchées. La durée du séjour est prévue pour une période de six mois renouvelables, avec un maximum de trois ans. L'admission se fait au titre de l'aide sociale à l'enfance sur décision du président du Conseil départemental. L'accueil mère-enfant a pour objectifs de préparer avec la mère l'arrivée de l'enfant, de définir un projet de vie, de favoriser le lien avec l'enfant et d'aider matériellement la mère dans l'organisation de la vie quotidienne. Une grande partie du travail du centre maternel est orientée

vers l'autonomisation et la reprise des études ou d'une formation, des places étant réservées en crèche municipale pour le bébé.

Le centre maternel est une structure qui peut recevoir simultanément seize mères et seize enfants, avec dix logements en studios et six logements de type F2 ou F3 quand l'autonomie est suffisante. Il s'organise autour d'un chef de service, des éducateurs adultes et des éducateurs jeunes enfants, d'une psychologue, avec une supervision régulière de l'équipe par un psychiatre extérieur. Un espace enfant *in situ* permet l'accueil du bébé. Les jeunes filles y sont admises, en anté- ou en postnatal, le plus souvent à la demande de la PMI, informée de la survenue d'une grossesse chez une mineure dans un contexte socio-familial très inquiétant, ou parce qu'elles sont sous protection judiciaire et que leur maintien en famille d'accueil ou en foyer n'est plus compatible avec leur maternité. Les jeunes mères se trouvent encore sous protection judiciaire, ce qui n'est pas le cas des bébés. Les situations inquiétant le plus les professionnels sont celles comportant un passé de carences affectives précoces, voire de maltraitance, avec, en particulier, le spectre de la répétition. Ainsi, après un temps d'observation et d'accompagnement, des bébés peuvent être confiés à la protection de l'enfance par signalement de l'équipe du centre maternel. Ces séparations mère-bébé font partie de l'histoire de l'institution et sont rapidement connues de chaque jeune qui l'intègre.

Un éducateur référent du centre maternel accompagne la jeune femme pendant la grossesse jusqu'au post-partum et souvent aussi lors de son accouchement, remplissant ainsi un rôle que son environnement familial ne lui avait pas procuré. En anténatal, des confections d'objets (doudou, tour de lit...) sont proposées lors d'ateliers de groupe.

La possibilité d'accompagnement de certaines dyades repérées à risque résulte d'un travail de partenariat entre notre unité et le centre maternel. Une bonne connaissance et un respect mutuel de nos champs de compétence doivent éviter clivages ou rivalité destructrice. Néanmoins, l'ouvrage doit toujours être remis au travail, chaque nouvelle dyade jouant sa partition.

Notre unité propose des consultations offertes par le psychiatre et/ou le psychologue, la passation du test de Brazelton ou un bilan psychomoteur et des soins à domicile sous la forme d'une observation hebdomadaire selon la méthode d'Esther Bick par nos puéricultrices formées. Les soins démarrent, si possible, pendant la grossesse et se poursuivent durablement

en post-partum. Théoriquement, les éducateurs du centre maternel favorisent l'accompagnement et l'observance des soins, mais, parfois, leur exigence d'autonomie (à la jeune femme de se souvenir de ses rendez-vous...) rend notre suivi émaillé d'absences, y compris non prévues, ce qui peut générer une crispation à l'égard de nos partenaires. Nous organisons des synthèses entre nos deux institutions ou des échanges plus fréquents, selon leurs inquiétudes le plus souvent. Si les jeunes femmes mesurent rapidement l'impératif d'accepter le cadre du centre maternel, les faire adhérer à notre proposition de soins est le premier enjeu de notre unité. Pour celles qui ont un long passé de placements, avec leur cortège de pys, la grossesse est souvent une tentative de redéfinition de soi, supposant une rupture avec ce monde d'aide psychosociale.

Notre intervention peut, dans un premier temps, signer pour elles l'échec de cette tentative de nouvelle identité. Cependant, si elles l'acceptent, elles découvrent une nouvelle façon d'être envisagées, sous l'angle de la maternité, avec les capacités qu'on leur suppose, permettant une image d'elles-mêmes plus valorisée.

Lorsque le bébé est là, l'équipe du centre doit souvent être soutenue par notre éclairage pour admettre les conduites infantiles de la jeune femme tout en lui permettant d'exercer les prémices de sa responsabilité maternelle, qui progresse rarement à un rythme harmonieux mais avec les à-coups propres à l'adolescence : égocentrisme, ajustement difficile aux besoins du bébé, attentes irréalistes, manque de compréhension avec mécanisation des soins, réponses systématiques par le biberon. Les tâches maternelles peuvent devenir rapidement un fardeau, car les jeunes mères peuvent s'irriter de voir leur bébé pleurer et, malheureusement, ne sont souvent pas à même de recevoir les gratifications affectives de leur nourrisson qu'elles interprètent mal. Elles ont du mal à discerner les besoins de l'enfant, ignorant d'ailleurs une part de leurs propres besoins. C'est dans ce cadre que l'intervention de nos puéricultrices trouve son intérêt, en leur permettant de s'identifier à cette observation attentive de leur bébé, loin de la disqualification qu'elles redoutaient concernant leur attitude de maternage.

Certaines jeunes filles peuvent s'appuyer sur l'ensemble de ce dispositif pour transformer leur maternité en expérience positive alors que leur trajectoire annonçait une impasse. Parfois, la séparation de la mère et du bébé conduit à perdre de vue ces jeunes femmes.

CAS CLINIQUE

Comment « partager » une dyade en souffrance et en danger ?

Par Solène SPIERS

La maman nous appelle au nom du centre maternel et dit s'inquiéter pour sa fille qui régurgite et a des problèmes de sommeil. Cette demande est tout à fait adaptée à notre unité. Parallèlement, le centre maternel nous envoie un courrier et semble nous demander un regard de psychiatrie de l'adulte avec la question : « cette patiente est-elle psychotique ou déficiente ? » Surtout, ils nous précisent que la relation mère-fille n'est pas inquiétante, ce qui est pourtant en théorie notre axe de travail principal. Notre délai de réponse est anormalement long, puisque je reçois la patiente seulement un mois et demi après sa demande. Habituellement, nous recevons les patientes dans les quinze jours.

De cette jeune fille de 21 ans, nous connaissons deux antécédents : un suivi psychologique pour harcèlement scolaire quand elle avait 12-13 ans et une IVG quand elle était au lycée.

Elle quitte sa région et arrive à Caen, enceinte de cinq mois, disant qu'elle voulait « quitter son ancienne vie ». Elle est hébergée dans un foyer qui ignore qu'elle est enceinte. Nous ne savons pas quand elle a découvert sa grossesse. Le foyer, lui, ne l'apprendra qu'après la naissance de Tallia, lors des transmissions vers le centre maternel. Il est difficile, même par la suite, de savoir si cette négation de grossesse correspond à une dissimulation de grossesse, à une dénégation ou à un déni.

Madame accouche sous X en février 2018 au CHU de Caen. Au bout de trois jours, elle se rétracte et demande à récupérer sa fille. De façon surprenante, la maternité ne sollicite pas notre intervention ni celle d'une psychologue. La patiente gardera une certaine culpabilité de cet accouchement sous X. Elle informe alors ses parents de l'accouchement et provoque une réaction de rejet de leur part, sa mère pouvant lui dire qu'elle est une prostituée.

Le père de l'enfant n'est pas connu. Les diverses tentatives pour l'évoquer sont peu contributives. Pour autant, Madame pourra dire qu'il s'agissait d'une relation suivie, ou que Tallia a les yeux de son père, puis il n'en sera jamais plus question. Madame est accueillie au centre maternel huit jours

après son accouchement. Elle interpelle d'emblée l'équipe éducative par sa présentation : en surpoids, négligée, un discours souvent flou, parfois incohérent. Les éléments qu'elle livre de son histoire familiale à l'équipe du centre maternel conduit celle-ci à faire un recueil d'information préoccupante dans sa région d'origine. L'équipe ne nous a pas transmis le contenu de leur RIP, mais nous comprenons qu'il est peut-être question d'abus sexuel sur sa sœur.

Il n'y a pas de narration à proprement parler, mais des éléments épars évoquent, concernant notre patiente, de la maltraitance dans l'enfance : elle peut dire avoir dû « faire tous les travaux ménagers au domicile » ou « être obligée de faire le ménage chez ses grands-parents quand elle avait 4 ans ». L'investigation concernant son parcours scolaire fait état d'un collège classique puis d'un lycée avec internat pendant deux ans. Elle aurait été exclue de l'internat pour avoir fait une « bêtise », selon ses termes. Elle a redoublé la terminale puis a obtenu un BEP en redoublant et un baccalauréat de service à la personne en redoublant également. À son arrivée à Caen, elle s'est inscrite à l'université.

Au cours des premiers entretiens, Madame exprime de la colère et un sentiment de persécution vis-à-vis du centre maternel et de la PMI. Elle montre beaucoup d'angoisse concernant sa fille. Le discours est digressif, parfois désordonné et ponctué d'incohérences qu'elle ne perçoit pas, malgré notre étonnement. On peut être souvent amené, en l'écoutant, à se demander si elle est légèrement déficiente ou un peu délirante. La patiente est incurique, négligée sur le plan vestimentaire, en surpoids et présente un trouble du comportement alimentaire à type d'hyperphagie. L'équipe du centre maternel rapporte qu'elle se « gave » à table, répandant de la nourriture partout sur elle. Ils décrivent une difficulté pour les autres pensionnaires à manger en face d'elle du fait de l'aspect écœurant qu'elle renvoie. Elle donne l'impression, en entretien, que son corps n'existe pas, qu'elle n'en a pas conscience. Face à cette présentation clinique, je me questionne sur un potentiel abus sexuel, mais la patiente n'en parle pas et me dit que ce n'est pas le cas lorsque je l'aborde avec elle.

Tallia a tout juste 3 mois lors de notre première rencontre. Elle régurgite beaucoup, se tortille sur elle-même, a le visage crispé et semble inconfortable. Elle se montre très tonique, tourne la tête tout le temps, est toujours en mouvement, n'accroche pas le regard. La maman a du mal à s'ajuster aux manifestations d'inconfort de sa fille : soit elle ne les perçoit

pas, soit elle s'en inquiète de façon très importante mais non efficiente. Elle s'inquiète des régurgitations de sa fille et de la qualité de son sommeil. Elle est très demandeuse de soins pour Tallia. On peut noter d'emblée que l'investissement maternel auprès de Tallia est bien présent. On pourrait presque parler de surinvestissement. Madame se montre très projective avec elle et lui fait des bisous qui ressemblent à une envie de la dévorer.

Je propose un suivi hebdomadaire avec présence de Tallia seulement une fois sur deux, car la patiente s'autorise plus à parler d'elle et de son passé en l'absence de sa fille. Mais assez rapidement, alors que là encore c'est assez inhabituel dans notre unité (sauf décompensation grave ou bruyante), on évoque la possibilité d'une hospitalisation soit de la mère seule dans un but diagnostique (décompensation psychotique? déficitaire? angoisses désorganisantes?), soit de la mère et de sa fille au Home, à Nantes, dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique pour Tallia. La patiente refuse une hospitalisation sans sa fille. Elle accepte une hospitalisation mère-fille, mais celle-ci n'est pas réalisable (pas de place à Nantes).

Le centre maternel est paradoxalement surpris par cette proposition d'hospitalisation en psychiatrie de l'adulte et n'en comprend pas le sens. Nous proposons alors une première rencontre de synthèse (il y en aura trois au cours des neuf mois de prise en charge). Au cours de cette synthèse, le Centre maternel nous fait part de ses observations, qui sont inquiétantes :

- pas d'accordage entre l'enfant et la maman,
- la petite fuit le regard quand elle est portée, alors qu'elle peut être en interaction sur la table à langer ou au tapis. Elle est tout le temps en mouvement, ceux-ci semblent désordonnés, et elle a très souvent de nombreuses régurgitations. Elle s'autorise peu de siestes, restant en hypervigilance. Le bas du corps est moins tonique.
- les soignants observent également un état inquiétant de la maman. Celle-ci peut avoir un discours en dehors de la réalité. Elle surstimule sa fille, ne voulant pas que celle-ci s'endorme. Elle a des angoisses de mort concernant la petite, ayant peur que celle-ci ne s'étouffe quand, par exemple, les soignants la portent en écharpe.

Nous apprenons que, sur les conseils de leur supervision extérieure, la psychologue du centre a réalisé un bilan cognitif. Celui-ci revient à 64, il est donc bien déficitaire.

Lors de la réunion clinique de notre unité, nous sommes surpris de ce très inhabituel bilan cognitif qui est, d'une part, difficilement interprétable du fait du contexte de stress et de post-partum et, d'autre part, peu compatible avec le niveau d'étude de la patiente.

Face à toutes ces inquiétudes, nous proposons d'abonder rapidement les soins : soins à domicile hebdomadaires : observation selon la méthode Esther Bick, et intervention d'une psychomotricienne afin de compléter le dispositif d'accompagnement. Cette proposition est bien accueillie par le centre maternel.

Les soins à domicile

Par Fabien LESCLOUS

Dans le cadre des soins à domicile, nous intervenons sur prescription médicale de la pédopsychiatre. Nous nous rencontrons une fois par semaine, avec jour et horaire fixes, au domicile de la famille, ici, le logement de Madame au centre maternel. Notre proposition est de porter attention au bébé : voir comment il grandit et échanger sur ce qu'il se passe, dans un contexte où il y a eu des difficultés relationnelles mère-bébé autour de la naissance. Il s'agit de prendre les choses comme elles viennent, dans la vie quotidienne de la famille.

Je rencontre Tallia et Madame pour la première fois le mi-juillet 2018. Tallia a 5 mois et 6 jours. Je me fais accompagner par une personne du centre maternel jusqu'au logement de Madame. Je dis à cette personne que c'est la première fois que je viens au centre maternel. Je ne saurai pas quelle est sa fonction. Elle parle de Madame en utilisant son prénom.

Après avoir frappé à la porte, la femme du centre maternel entre dans le logement en disant : « Nous entrons ». J'entends la voix de Madame venant d'une pièce que je ne vois pas. D'un rapide tour de la pièce, je me rends compte qu'il n'y a pas non plus de bébé et je me rends compte aussi de l'état du logement. C'est le bazar : il y a des affaires partout. La poussette est juste dans l'entrée. Il y a un balai mais qui ne semble pas avoir servi. La personne qui m'accompagne prend un biberon vide qui est sur le bord de l'évier, l'inspecte comme pour voir s'il est propre ou pas. Il me

semble qu'elle fait une grimace. Le logement me donne l'impression d'être mal entretenu, pas rangé, mais je ne peux pas dire que cela fasse sale.

La personne du centre maternel se dirige vers ce qui me semble être la salle de bains. Je la suis mais reste un peu en retrait. Constatant qu'il y a de l'eau par terre, elle me dit : « Faites attention ». Elle dit à Madame qu'elle accompagne sa visite. Madame nous rejoint avec Tallia dans les bras, l'enfant tournée vers nous. Nous nous retrouvons tout d'un coup très proches. Je suis surpris par l'apparence de Madame et de Tallia. Madame est assez grande, brune, en surpoids. Le premier mot qui me vient à l'esprit est qu'elle est « mal fagotée ». Son ventre ou plutôt ses bourrelets « vergeturés » dépassent du pantalon et surtout sont dévoilés par son haut noir qui remonte. Comme l'appartement, Madame fait mal entretenue sans faire sale. Elle fait son âge, c'est-à-dire 21 ans. Elle a des taches noires sur les deux incisives du haut. Elle paraît carencée mais aussi, à plusieurs moments au cours de la séance, un peu déficiente. Elle porte donc Tallia à la verticale, un bras la soutenant par l'entrejambe. Le visage de Tallia est aussi haut que celui de sa mère. L'enfant me donne d'emblée une impression bizarre : tendue, pâle, un peu « petite misère », avec en particulier des jambes qui me paraissent raides et petites. Je ne la trouve pas belle, voire un peu malade, difforme, avec une légère plagiocéphalie occipitale. Je leur dis bonjour. Madame esquisse un geste avancé de la main, je lui réponds en la lui serrant. Tallia me regarde. Puis, je suis un peu surpris, au regard de mes premières impressions, car Tallia me sourit. Je le relève et lui réponds par un sourire. La femme du centre maternel nous annonce qu'elle nous laisse mais ne donne aucune explication sur les modalités de mon départ. Je ne pense pas à le demander. Je pense que je suis sidéré par cette plongée dans l'univers de Madame et de Tallia.

Il a été clair, dès la première séance, que, dans ce contexte, il s'agira de porter attention au bébé et à Madame, dans le centre maternel.

La balnéothérapie

Par Anne HUREL

Je rencontre Tallia et sa mère dans un contexte de prise en charge de périnatalité. Cette situation est évoquée de nombreuses fois par mes collègues pédopsychiatre et puériculteur dans le staff du jeudi matin. Du côté de Madame ressort la notion de négligence corporelle et d'incurie

tandis que, chez la fillette, des risques d'agrippements toniques et sensoriels seraient à déplorer. Au vu de ces dernières observations, l'équipe me demande d'accueillir la dyade pour une évaluation avec, pour objectif, une prise en charge. À l'écoute de mes collègues, je me fais progressivement une représentation qui m'amène à penser très vite à une prise en charge en balnéothérapie, dispositif que je n'ai jamais utilisé jusqu'à présent. Mais le milieu aquatique m'évoque la possibilité de travailler autant la relation mère-enfant que les notions d'image du corps et de schéma corporel chez Madame.

Lors de notre première rencontre, Tallia est âgée de 5 mois. Madame est accompagnée d'une éducatrice. Arrivée au bureau, la maman installe sa fille sur ses genoux sans appui-dos, comme pour me montrer qu'elle tient bien assise... Elle la retient simplement par le bras. Tallia agite la tête et l'extrémité de ses membres comme pour tenter un rééquilibrage permanent. Je ne dis rien, car je souhaite laisser faire Madame. Puis Madame repose Tallia contre son ventre, je dis : « Ah, un petit dossier, ça fait du bien. » Madame entend et sourit. Tallia peut se laisser aller à quelques moments de répit. Mais ce répit ne dure pas, car l'enfant tente d'étendre les bras vers l'arrière et s'incurve légèrement dans une esquisse de mouvement d'extension.

Tallia regarde la pièce avec curiosité dans un premier temps. Puis, après ce temps de découverte, elle se retourne pour sourire à l'éducatrice et commence à émettre de belles vocalises tout en cherchant à se mettre quelque chose en bouche. Je lui apporte quelques jouets. La maman choisit un anneau dentaire en plastique que Tallia porte aussitôt à sa bouche.

Lors de notre deuxième rencontre, je décide de recevoir la dyade seule, sans éducatrice. C'est ce que j'annonce à Madame, qui me dit que c'est ce dont elle venait de convenir avec l'éducatrice. Tallia est une jolie petite fille très souriante et détendue. Madame présente une allure vestimentaire et corporelle négligée, marquant un laisser-aller. En effet, elle est en surpoids et est vêtue d'un legging et d'un tee-shirt trop court qui laisse apparaître des chairs qui « débordent ». Lorsque je propose d'aller au sol, Madame pose sa fille par terre et, rapidement, s'allonge de façon océanique sur le sol. Au cours de la séance, j'évoque avec Madame la possibilité d'une prise en charge dans l'eau, elle avance dans un premier temps des problèmes de vaccins et sa peur que sa fille ne se noie. Mais finalement trouve l'idée intéressante.

La balnéothérapie se trouve sur le site du CHU alors que le service de pédopsychiatrie se trouve au CHR, ce qui demande à Madame de se déplacer sur un lieu inhabituel et, pour ma part, de changer de lieu. Pour cette première séance dans l'eau, je retrouve Madame dans le hall de l'hôpital comme convenu. Elle me dit avoir été accompagnée par une personne du centre maternel et ajoute : « Quand c'est pour Tallia, ils accompagnent », sous-entendu : quand c'est pour elle, ils ne l'accompagnent pas. Je relèverai ainsi par la suite, comme elle, que le centre maternel accompagne la dyade aux rendez-vous mais ne la raccompagne jamais au retour. Madame se débrouille. La traversée des couloirs lui rappelle son stage à l'hôpital dans le cadre de son bac de service à la personne. Arrive le temps du déshabillage et de la douche, que j'accompagne par ma présence tout en laissant faire Madame. Puis nous gravissons les marches qui mènent au bassin. Une des premières paroles de Madame en arrivant dans l'eau est « c'est léger ». Madame est prudente et douce avec sa fille. Elle fait peu de mouvements et laisse sa fille découvrir. Tallia bat des mains et éclabousse ; voyant Madame peu mobile car très attentive à sa fille, je lui propose les frites pour se détendre. Elle dit qu'elle ne s'en était pas servie depuis la sixième ! Durant cette séance, je sens que Madame prend du plaisir à travers sa fille.

Lors des séances suivantes, Madame passe très vite sur sa pré-douche pour aller dans le bassin ; j'interprète cela surtout comme étant un moment pour sa fille et non pour elle : moins elle passe de temps à s'occuper d'elle, plus elle en passe à s'occuper de sa fille, ce qui est peut-être aussi une fuite. Je l'invite à exister et à s'inscrire dans la séance autant que sa fille. Je note que Madame porte toujours un maillot de bain une pièce, ce qui paraît adapté à la situation. Au-delà de cette considération, ce type de maillot semble avoir pour fonction de rassembler le corps et les chairs, haut et bas ensemble, qui va à l'encontre des tenues quotidiennes de Madame qui scindent ces deux parties du corps et laissent apparaître bien souvent le ventre et le bas du dos.

Madame porte sa fille jusqu'au bassin et l'immerge de façon très progressive tout en la laissant taper et jouer dans l'eau avec ses pieds et ses mains. Tallia est souriante et heureuse de se retrouver dans cet élément. Nous chantons des petites chansons telles que *Les petits poissons dans l'eau*. Puis, généralement, je propose un jeu d'échange de ballon entre la dyade et moi, sachant que Madame porte sa fille dos contre son ventre. Tallia est plus intéressée pour porter le ballon à la bouche que pour l'échange, ce qui

est normal à son âge. Ensuite, je propose un temps de détente à Madame avec les frites, pendant lequel elle s'autorise quelque peu à se laisser aller sans jamais perdre de vue sa fille, qui est dans mes bras et qui, elle-même, regarde sa mère. Je sens que cet éloignement entre la mère et la fille est difficile, si bien que je propose d'installer Tallia sur le ventre de Madame. Tallia mordille beaucoup les frites. Puis je les fais glisser et onduler ensemble sur l'eau toujours à l'aide des frites. Madame s'autorise très peu à jouer, en revanche, elle verbalise beaucoup sur des événements liés à son enfance, comme le week-end annuel à Disneyland avec ses parents. Au-delà du bain, il y a les soins. Madame apporte pour sa douche un shampoing, qui a retenu mon attention car il est aromatisé au bonbon, c'est du Petit Dop « Haribo », un parfum d'enfance.

Arrive la dernière séance en piscine, ce que nous ignorions. Tallia est alors âgée de 9 mois : lorsque j'arrive dans le hall du CHU, Madame est assise sur un banc contre un mur, tandis que sa fillette est face à elle, dans la poussette. Madame est en train de lui chanter des chansons. Elle chante faux : j'ai l'impression qu'elle a chanté de façon mécanique ou pour me montrer qu'elle essaie de bien faire. Toujours est-il que Tallia ne me sourit pas, a le visage fermé et semble avoir des larmes qui ont séché sur les joues. Dans l'eau elle fait des mouvements circulaires du poignet. Je demande à Madame : « Ce mouvement, c'est nouveau ? » Elle répond : « non, ce n'est pas nouveau, mais ici, c'est la première fois. Elle fait ça quand elle s'ennuie. » Durant cette séance Madame produit un « mamananais » désaccordé avec des « Ah » que je trouve plaqués par rapport au contexte et qui, surtout, ne peuvent pas prendre sens pour Tallia.

Prise dans cet enfermement, dans cet aspect figé des choses, je crée de l'événement en proposant de façon réactionnelle des jeux de coucou en tournant autour de Madame : Tallia cherche à me retrouver du côté où je dois réapparaître. En tournant autour de la dyade, serais-je dans la création d'une enveloppe, d'une seconde peau ? En entrant et en sortant de l'eau, Madame fait référence aux lois de la physique : « Oh comme c'est léger » ou « comme c'est lourd ! ». L'apesanteur rend certainement symboliquement la charge de sa fille moins difficile à porter à deux. *A contrario*, à chaque fin de séance, c'est lourd de retrouver une vie de maman qui doit s'occuper d'un bébé.

En sortant du service de rééducation fonctionnelle, Madame se demande s'il ne serait pas judicieux d'interrompre les séances en

balnéothérapie, sachant que nous rentrons dans la période d'hiver et qu'il fait froid. Dans un premier temps, j'entends cette proposition comme un désir d'interrompre ce travail, puis, dans un second, avec l'avis de l'équipe, plutôt comme une préoccupation pour le bien-être de sa fille.

À la dernière séance de balnéothérapie, Tallia a 11 mois. Madame s'allonge au sol de tout son long, je l'invite à se redresser, puis elle s'épanche sur ses difficultés relationnelles avec le centre maternel (un loyer trop cher, on lui dit de ne pas trop faire dormir Tallia, on ne la prend pas au sérieux alors que Tallia a besoin de kin respiratoire). Tallia, pendant ce temps, s'adonne à des déplacements fructueux de ramper et de quatre pattes dans la salle, elle s'intéresse aux placards et à mes affaires, la notion d'intériorité se met en place. Je lui sors alors le baril avec les bouchons de lait à introduire dans la fente, elle est intéressée et très souriante.

En conclusion, Tallia grandit bien et se développe de façon très satisfaisante. En revanche, je n'ai absolument pas l'impression d'avoir fait avancer Madame par rapport à son image du corps. Le mal est-il trop ancré ou Madame n'aurait-elle tout simplement pas, à l'heure actuelle, les ressources pour modifier ses défenses? Lors d'une des dernières séances, Madame est arrivée avec une amie du centre maternel car elles envisageaient d'aller au Mc Donald's après la séance. À ma grande surprise, Madame est très maquillée, elle a investi son visage de manière surprenante en en prenant soin, contrairement au reste du corps, mais c'est un début!

Quelles difficultés? Quels écueils?
par Fabien LESCLOUS

Pour illustrer cette partie sur les difficultés et les écueils rencontrés, je vais exposer l'une des particularités de ce suivi : le fait que j'intervenais auprès d'une dyade mère-enfant au sein d'une institution. Je tiens à préciser qu'au début de ce suivi, j'ai rejoint l'équipe de soins à domicile depuis six mois. C'est la première fois que j'interviens au centre maternel. La première question qui s'est posée à moi était : « Comment naviguer dans cette institution? » Les personnes qui m'accueillent et m'accompagnent ne se présentent pas. Seules deux personnes de l'équipe ou des personnes de passage (remplaçantes, stagiaires) se présentent à moi d'emblée par leurs noms et fonctions. Le début de la prise en charge a consisté, en plus de poser le cadre de mes interventions auprès de Madame, à appréhender

les règles du centre maternel. Il a fallu que je veille à demander l'identité et la fonction des personnes que je rencontrais et à me présenter à toute personne nouvelle.

À chacune de mes venues, je demande à la personne m'accompagnant comment faire pour mon arrivée et surtout pour mon départ. La règle n'est même pas claire pour certaines personnes que je rencontre. La règle est clairement expliquée et ne fera plus question quand, à la sixième visite à domicile, Madame réalise une sorte de passage à l'acte. Fumant sa cigarette à l'extérieur quand j'arrive, elle décide de m'accompagner elle-même jusqu'au logement, sans prévenir de ma présence.

Dès la première séance sont apparus en moi des fantasmes de communication entre les institutions. En effet, à chaque fois, on me demandait : « Ça a été? La petite va mieux? » Parfois, il y avait des commentaires sur Madame ou sur le développement de Tallia. Parfois aussi j'ai bien perçu, derrière ces questions, une lassitude par rapport à leurs relations avec Madame. Je me suis rendu compte que je devenais vigilant dans mes réponses : en dire suffisamment pour travailler le partenariat, mais pas trop pour différencier les espaces. Par rapport à mon intervention en soins à domicile, je me demande encore quelles étaient leurs attentes. Ont-ils compris le travail que je venais faire?

J'ai le sentiment de comportements paradoxaux. Je perçois bien en effet que ma venue est prévue et plus ou moins préparée, anticipée. J'ai l'impression qu'ils me donnent les moyens de travailler. Je n'ai jamais senti d'hostilité ni d'empêchement de travailler, par exemple par des interruptions. Et, en même temps, je me demande s'ils n'attendaient pas de moi une expertise, entre autres, par rapport au fonctionnement psychique de Madame, ou un retour d'observations. Qu'est-ce qu'ils veulent me montrer? Lors de la deuxième synthèse, le mi-octobre 2018, l'équipe du centre exprime ses inquiétudes par rapport à la sécurité de Tallia quand elle est seule avec sa mère. L'équipe se plaint de l'entretien du logement. Elle intervient quatre fois par semaine pour ranger et nettoyer et a remarqué que Madame remet « tout en chaos dans l'heure ». Madame semble en difficulté pour ranger ses affaires. Je suis interpellé par la psychologue : « Qu'en pensez-vous, vous qui allez dans le logement? » Je fais part de mon impression que Madame prépare ma venue en rangeant le logement, que je suis attendu, et que la situation ne me paraît pas aussi inquiétante que ce

que peut craindre le centre. Je rappelle tout de même que mes observations ne se font qu'en des moments ponctuels.

J'apprends, à la troisième synthèse, fin janvier 2019, que, depuis quelque temps, le personnel n'accompagne plus Madame dans l'entretien du logement avant ma venue. La psychologue me le signale : « Avez-vous remarqué la différence ? » Je me rends compte que cela correspond à la dernière dégradation de Madame et à la période où, en effet, le logement, me paraît sale et où j'hésite à m'asseoir au sol. Ma question par rapport aux attentes du centre concernant les soins à domicile fait écho à la manière dont Madame a investi le suivi en soins à domicile et notre relation thérapeutique.

Toutes les visites commencent de la même façon. À peine suis-je arrivé, Madame commence à me parler de ce qu'elle a dans la tête. C'est un peu comme si, après une semaine d'absence, nous nous étions quittés il y a à peine quelques minutes. Je suis peu gêné par le bazar, voire parfois par la saleté et les odeurs. Au bout de quelques visites, je me suis moi-même étonné d'avoir été très rapidement à l'aise dans le contact avec Madame. La première impression, au début du suivi, d'une totale alliance de Madame, renvoyait en fait à une pseudo-alliance, ou alliance adhésive, sans altérité. C'est un peu comme si Madame m'incorporait dans son intérieur et que, tant que je faisais partie de son grand tout, j'étais toléré. Ainsi assimilé, étais-je perçu comme un bon objet en clivage par rapport au mauvais objet parental que représentait le centre dont Madame se plaignait beaucoup au cours des séances ? Elle-même restera inquiétante par sa discontinuité, alternant entre une bonne présence dans l'échange et des moments de décrochage avec regard dans le vide.

En même temps, je me demande si Madame n'aurait pas investi le suivi (consultation, psychomotricité mère-enfant et soins à domicile) de façon différenciée du centre maternel. Ainsi, lors de la dernière visite à domicile n° 24, le 5 février 2019, Tallia a 1 an et 1 jour : d'emblée, Madame me demande : « Qu'est-ce qui s'est dit à la réunion de synthèse du 31 ? » Elle me précise : « Vous y étiez, vous savez ce qui s'est dit. » Elle continue : « Ici, on ne me dit rien. » Je l'interroge : « Qu'est-ce qui vous questionne ? » Elle veut savoir s'il y a eu « une décision de prise ». J'interroge cela. Elle m'évoque « les trois possibilités », mais je ne suis pas sûr qu'elle me les donne, je me rappelle juste qu'elle évoque le « placement de Tallia ». À ma grande surprise, Madame s'assoit au sol et me dit, sans transition : « Tallia a

1 an ! » Je lui demande de me raconter l'anniversaire. « Il y a eu une bougie sur le gâteau. » Je la questionne pour qu'elle me donne des éléments afin de visualiser avec qui, où, comment. Elle me dit juste : « Ils ne m'ont pas laissée toute seule car ils avaient peur que je la brûle. » Puis : « 1 an, 1 gâteau, 1 bougie... l'année prochaine ce sera tout en 2. » Je reprends cela : « 2 ans, 2 gâteaux, 2 bougies... eh ben », et Madame complète : « A 18 ans, cela va faire beaucoup, 18 gâteaux, 18 bougies. »

Madame essaie de faire en sorte que Tallia se tienne debout, en me la montrant : « Vous voyez comment elle se tient ! » Je constate qu'en effet Tallia pousse bien sur ses jambes, mais elle ne semble pas prête à se mettre debout. Madame me dit « Quand elle marchera, cela sera plus dur. » Je l'interroge là-dessus, elle me dit : « Elle ne voudra plus les bras. » Elle m'explique : « Tallia préférera être debout » et elle refusera d'être portée. Je dis : « Tallia qui marche, l'anniversaire des 2 ans et même des 18 ans ... maman, elle se projette dans l'avenir. » Madame me dit qu'en effet elle préfère envisager l'avenir « pour ne pas penser au présent ». Je lui demande : « Pourquoi, qu'est-ce qui est difficile actuellement ? » Elle évoque la question du placement. Je pointe qu'en effet cela semble être quelque chose qui l'inquiète, puisque c'est la première chose dont elle m'a parlé. Je lui dis que je comprends mieux pourquoi c'est important pour elle de savoir ce qu'on a pu se dire, voire décider en réunion. Elle évoque de nouveau le fait qu'on ne lui dise rien : « Déjà ils ne me font pas confiance, alors moi, si on ne me fait pas confiance, je ne fais pas confiance. » Elle évoque avoir été « baladée » par le centre maternel sur les vacances d'été, l'histoire du placement. Quand j'évoque un éventuel placement de Tallia, Madame dit : « Ce serait un deuxième abandon. » Je verbalise le lien avec le premier abandon à la naissance. Madame me le confirme.

Au moment de mon départ, je lui rappelle que je suis en vacances la semaine suivante. Elle me dit qu'Anne Hurel sera aussi en vacances et me demande : « Pas les deux semaines, j'espère ? » Je lui précise qu'il ne s'agit que de la séance de la semaine prochaine. Madame a repris Tallia dans les bras, se lève et va prévenir par téléphone de mon départ. Quand elle a rattaché, elle dit, à l'adresse de sa fille, en lui tendant le combiné : « Tu racontes les malheurs de maman ? ! »

Les visites à domicile et le suivi s'arrêtent brutalement suite au départ de Madame du centre maternel et du département : elle retourne vivre chez ses parents. Néanmoins, nous constatons qu'elle a prévenu l'unité

de périnatalité de son départ et qu'elle ne pourra venir aux rendez-vous ni poursuivre le suivi.

Point de vue de la pédopsychiatre

par Solène SPIERS

Trois synthèses sont réalisées avec l'équipe du centre maternel au cours de la prise en charge qui a duré neuf mois. Celles-ci sont l'occasion d'ajustements dans nos interventions respectives mais aussi du constat de la difficulté d'ajustement entre nos institutions.

Lors de la première synthèse, le centre maternel nous fait partager ses inquiétudes. On sent une certaine angoisse et un besoin de la partager. Si les difficultés d'ajustement mère-bébé sont des situations fréquentes pour cette équipe, l'inquiétude se situe du côté maternel. Il est à noter que le centre vit des mouvements institutionnels à ce même moment : la directrice part sans remplacement prévu et la psychologue est nouvelle. Au-delà de notre proposition de trois soins hebdomadaires, c'est également à ce moment que je décide de mettre la patiente sous traitement par Risperdal.

Lors de la deuxième synthèse, le centre maternel demeure inquiet concernant Madame, notant une attention discontinuée de la maman : des absences, une persistance du trouble alimentaire, la tendance à beaucoup fumer... Le centre maternel n'est pas inquiet sur les compétences maternelles de Madame. Ses participants observent une réelle relation entre la mère et la fille, mais ils sont inquiets d'un potentiel danger pour Tallia du fait de l'étrangeté de la patiente, de ses troubles, qui leur échappent. Lors de cette synthèse, ils nous posent la question : « À partir de quand doit-on placer Tallia? » Cette question nous surprend, car ils semblent valider les compétences maternelles et, par ailleurs, ont l'habitude de prendre des décisions de placement par le vécu du quotidien. De notre côté (celui des soins), rien ne nous incite à demander une OPP. La patiente vient bien à tous ses rendez-vous, est ponctuelle et les investit bien. Le lien maternel est présent, la préoccupation pour sa fille également. Je n'observe pas, au cours de mes entretiens, de réelle modification du discours depuis l'introduction du Risperdal, que j'ai par ailleurs débuté à très petite dose et que j'augmente régulièrement avec l'accord de la patiente. Le centre maternel me dira, lui, observer une nette amélioration du discours de la patiente sous traitement, sans doute un apaisement de leurs inquiétudes

quant à une pathologie psychiatrique évolutive et l'idée que nous les avons entendus. Quels que soient nos espaces, les consultations avec la pédopsychiatre, la psychomotricienne, le puériculteur, nous sentons une tension qui monte entre Madame et le centre maternel. Dans cette période de juillet à octobre, les propos de Madame sont de plus en plus persécutés par le centre maternel, et celui-ci se pose en continu la question du placement ou non de Tallia.

Cette deuxième synthèse présente l'intérêt de nous faire prendre conscience de nos divergences de points de vue. Face à la question du centre maternel : « À partir de quand placer Tallia? », nous proposons la question : « Comment aider la mère à aller vers des soins pour elle-même? » Malheureusement cette deuxième synthèse n'est probablement pas assez contenante, car le centre maternel me rappelle un mois plus tard avec les mêmes questions et préoccupations.

Afin d'avoir un tiers entre nos deux institutions, nous faisons appel au collègue de psychiatrie de l'adulte de secteur : le centre maternel a peur des conséquences pour Madame si Tallia était placée. Ses membres ont peur qu'elle ne se désorganise complètement. Je fais donc le lien avec la psychiatrie de l'adulte, en demandant un avis sur le traitement. Madame se rend bien aux rendez-vous de psychiatrie de l'adulte où elle explique au psychiatre qui la reçoit qu'elle n'a pas de demande particulière, qu'elle vient à la demande du centre maternel, parce qu'on la menace de placer sa fille. Le psychiatre évoque le diagnostic de dysharmonie de l'enfance, valide la prescription de Risperdal et ne la change pas mais ne voit aucune pertinence à un suivi psychiatrique pour Madame : il n'y a aucune pathologie évolutive.

Peu de temps après, une nouvelle directrice arrive au centre maternel. La patiente est reçue par elle, et il lui aurait été demandé d'accepter une hospitalisation en psychiatrie de l'adulte qu'elle refuse évidemment.

Une troisième synthèse est organisée six semaines plus tard. Le centre maternel annonce d'emblée avoir suffisamment d'éléments pour une demande de placement, Madame n'arrivant pas à assurer la sécurité de sa fille : des cacahuètes sont récupérées sous le lit, un biberon bouillant est donné à Tallia qui la brûle. Persiste un problème d'insalubrité de logement incompatible avec une petite fille qui commence à se déplacer à quatre pattes. Madame banalise les problèmes, ne les entend pas. L'équipe nous décrit une patiente persécutée qui n'arrive pas à s'adapter, faisant passer

alors l'intérêt de sa fille après les conflits avec l'institution. De notre côté, nous avons observé un discours de la patiente de plus en plus cohérent et ancré dans la réalité. Si le développement de Tallia était inquiétant au début (autostimulations, *flapping*), j'avais pu observer une amélioration progressive. Tallia passait l'heure à jouer et à aller aux quatre coins du bureau, regardant bien de temps en temps où était sa mère. Elle grandissait et faisait moins de régurgitations – elle avait alors 10 mois. Dynamique mais sans hypertonie, elle avait une bonne interaction avec sa mère, à qui elle essayait de donner ses jouets et qui les lui rendait.

L'annonce à Madame d'un courrier au procureur provoquera son départ précipité du centre maternel, emportant sa fille. La patiente nous a tout de même appelés la semaine suivante pour nous informer de son départ à Paris, et de ce fait de l'arrêt de la prise en charge dans le service de pédopsychiatrie.

Quel est notre regard rétrospectif sur cette prise en charge ?

La patiente s'est saisie de l'espace thérapeutique proposé en pédopsychiatrie pour apaiser ses angoisses. Elle tente d'y élaborer son ambivalence de mère adolescente, notamment en verbalisant ses affects négatifs concernant le centre maternel. Bien qu'il ait été parfois périlleux et avec des regards différents, le cadre de travail entre nos institutions tenait entre ma volonté d'entourer cette jeune femme pour la faire évoluer au mieux dans sa qualité de mère et la volonté du centre maternel de protéger Tallia d'une mère qu'ils trouvaient effrayante, incompatible avec la sécurité requise pour un nourrisson.

De ma position professionnelle, je n'ai fait ni RIP ni demande d'OPP. En revanche, un étayage intensif, comme celui fait au centre maternel, me paraissait indispensable au maintien d'un développement harmonieux de Tallia. Le cadre du centre maternel a conduit à une rupture. De chaque côté le contrat se rompt : le centre maternel écrit au procureur pour placer l'enfant et Madame fugue du foyer. Mais le centre maternel a aussi, par son aspect sécurisant, permis à la patiente d'exprimer son ambivalence vis-à-vis de sa famille et d'évacuer la colère de sa situation. En bataillant avec le centre maternel pour être reconnue comme apte à être mère, la patiente s'adresse aussi à ses parents. La prise en charge dans notre unité était le lieu de la bonne mère, digne de confiance.

Le clivage fonctionnel qui a été engendré par la patiente entre nos institutions (sans détruire nos rapports) a probablement permis à cette patiente d'évaluer sa capacité à être mère. Rappelons que notre prise en charge aura duré environ neuf mois...

La psychologue du centre maternel nous a donné des nouvelles récemment : la patiente a sauvé sa mère d'un AVC et a trouvé une place au sein de sa famille. On observe une bonne évolution de la dyade. La mère s'est améliorée physiquement. Les services sociaux sont très présents et très attentifs à la situation, et Tallia n'a finalement pas été placée.

**LA CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE
POUR BÉBÉS GRANDS PRÉMATURÉS
DÉBUT PRÉCOCE DES SOINS PARENTS-BÉBÉS LORSQUE LE BÉBÉ
PRÉSENTE UN ÉVITEMENT RELATIONNEL AVANT 8 MOIS**

Élisabeth CHAILLOU¹

LA CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE POUR BÉBÉS GRANDS PRÉMATURÉS

Les enfants nés avec une grande prématurité (avant 33 semaines) peuvent présenter des risques de troubles psychiques. Ces bébés ont vécu une séparation immédiate d'avec leur mère, une sorte de double césure de la naissance, et ils ont subi des soins médicaux parfois invasifs. Ils sont privés de la proximité corporelle des premiers jours avec leur mère, même si les équipes hospitalières encouragent le peau à peau dès qu'il est possible. De plus, une vulnérabilité psychique des parents, réactionnelle, surtout chez les mères, est souvent observée dès l'hospitalisation. Les psychologues des services intra-hospitaliers de réanimation et de néonatalogie prennent en charge les bébés et les parents.

La fin de l'hospitalisation du bébé est parfois vécue comme un moment anxiogène par les parents en raison de la perte de contenance que cela suppose. Le sentiment de contenance psychique, pour certains parents, peut s'appuyer sur la continuité et la complémentarité des soins qu'offre l'équipe hospitalière. La vulnérabilité psychique des parents peut perdurer

1. Pédiopsychiatre, Unité de périnatalité et de petite enfance (UPPE) de l'Institut Edouard-Claparède, Neuilly-sur-Seine.

lors des premiers mois qui suivent la sortie de l'hôpital de l'enfant né très prématurément. Les parents décrivent souvent un sentiment d'épuisement psychique et physique et ils présentent parfois une grande anxiété et un état dépressif transitoire.

De plus, des troubles des interactions précoces peuvent être observés plus durablement.

Nous soulignons deux risques majeurs de troubles des interactions : ceux liés à la dépression maternelle du post-partum et parfois à la codépression parentale et ceux évoquant des risques de carence de soins parentaux précoces. On note aussi la fréquence des troubles plus classiquement décrits : ceux de l'alimentation et du sommeil chez le bébé né grand prématuré.

Un travail conjoint peut se mettre en place entre néonatalogistes et pédopsychiatres pour permettre des soins psychiques précoces. Les centres médico-psycho-pédagogiques ou les centres médico-psychologiques peuvent favoriser cette articulation.

Une consultation multidisciplinaire incluant un pédopsychiatre du CMPP de l'institut Edouard-Claparède a pu être créée au centre hospitalier Rives-de-Seine, à Neuilly-sur-Seine, en 2012, grâce à la décision du Dr Hélène Péjoan, chef du service de pédiatrie.

La CMD est centrée sur l'examen clinique de l'enfant et sur la mise en évidence de ses capacités, mais aussi de ses symptômes éventuels. Elle prend également en compte l'état psychique des parents après le traumatisme de la naissance prématurée. Elle permet aussi de favoriser l'accès à des soins précoces en psychopathologie. Les parents peuvent mieux se représenter l'approche d'un pédopsychiatre auprès de leur bébé. Ils peuvent percevoir en consultation multidisciplinaire l'apport des regards croisés des praticiens et la continuité des soins. Une enveloppe psychique tissée à plusieurs praticiens de spécialités différentes permet parfois l'instauration d'une meilleure alliance thérapeutique pour les soins psychiques ultérieurs.

Un des effets thérapeutiques sur le plan pédopsychiatrique de la consultation multidisciplinaire est de pouvoir instaurer un traitement précoce pour les bébés qui présentent un évitement relationnel. La symptomatologie d'évitement relationnel du nourrisson (PICCO et CAREL 2002) présente en effet des risques d'aggravation vers une spirale interactive rapidement dommageable pour le bébé et ses parents. Le bébé devient décevant pour ses parents car il est peu répondant. Le sentiment

de déception risque de s'aggraver chez les parents, qui peuvent se sentir disqualifiés ou rejetés par ce bébé qui ne les regarde pas (CICCONI 2015).

En amont, pendant l'hospitalisation de leur bébé (né avant 33 semaines), le néonatalogiste précise à tous les parents que la première consultation ambulatoire sera multidisciplinaire. Ainsi, moins de quatre mois après la sortie de l'hôpital, le bébé et ses parents sont reçus par les trois praticiens : le néonatalogiste, le psychomotricien et le pédopsychiatre. Il y a peu de ruptures de soins.

L'observance pour cette consultation multidisciplinaire qui a lieu lorsque l'enfant a six mois est favorisée par plusieurs facteurs : le premier est l'annonce aux parents faite par le néonatalogiste, dès l'hospitalisation, de la nécessité d'un suivi pédiatrique spécialisé, en raison de la grande prématurité. Le deuxième facteur est que l'alliance thérapeutique s'est solidement engagée pour les parents avec le néonatalogiste et le psychomotricien référents de l'enfant pendant l'hospitalisation, alliance appuyée sur le sentiment de contenance qui s'est construit grâce à l'équipe hospitalière.

CAS CLINIQUE

Antoine a trois mois, il est né à 28 semaines, il va sortir de l'hôpital. La néonatalogiste propose que nous le recevions avec ses parents, M. et Mme B., car sa mère pleure, anxieuse de la sortie du bébé.

La consultation multidisciplinaire a lieu en présence de M. et de Mme B., d'Antoine, de la néonatalogiste et de la pédopsychiatre. Les parents se rassurent au fur et à mesure de cette coconsultation. Le lien de confiance qu'ils ont tissé avec la néonatalogiste constitue un appui qui permet à cette mère d'exprimer sa souffrance anxieuse. Ce jour-là, elle accepte le contact avec la pédopsychiatre. Elle exprime son sentiment de culpabilité de ne pas allaiter son fils, sait que son fils va être suivi par une pédiatre libérale, elle-même en lien avec la néonatalogiste. Nous insistons auprès des parents quant à la disponibilité de chacun de ces trois médecins pour recevoir la triade en ambulatoire dès qu'ils feront appel à l'une de nous.

Une autre consultation multidisciplinaire a lieu lorsqu'Antoine a quatre mois. Il présente un évitement du regard avec la néonatalogiste et avec moi ; il présente par ailleurs un bon développement et n'a aucun signe

neurologique. Le contact œil à œil d'Antoine avec chacun des parents est furtif. Les parents semblent très anxieux. L'agrippement visuel aux lumières est notable en consultation, l'observation partagée de cet agrippement permet aux parents de faire le lien avec leurs propres expériences à la maison. Madame dit qu'elle n'a pas de plaisir à s'occuper de son fils, qu'elle se sent débordée et extrêmement fatiguée.

Je propose aux parents de venir consulter au CMPP pour Antoine, ce qu'ils ne font pas. La pédiatre de ville m'appelle plusieurs semaines après cette consultation multidisciplinaire pour me dire qu'elle va encourager les parents à prendre rendez-vous au CMPP, car elle trouve que l'évitement du regard chez Antoine est gravement préoccupant. Je dis à la pédiatre que je recevrai Antoine très rapidement après l'appel des parents. Dans ce contexte de traumatisme périnatal, il m'apparaît indispensable de pouvoir, au moment de l'annonce d'une difficulté chez le bébé, donner une proposition de soins rapide. Je sais que la pédiatre va surtout insister sur la nécessité d'un avis pédopsychiatrique et sur les potentialités de changement, considérables à cet âge.

Lors de la première consultation au CMPP, Antoine présente un évitement du regard que ses parents semblent banaliser. Il présente aussi des coliques et pleure beaucoup. Madame dit qu'Antoine passe ainsi une grande partie de la journée dans ses bras. Antoine, gardé à la maison par sa mère, ne peut pas être admis en collectivité actuellement en raison de sa grande prématurité. Les risques de contamination virale l'exposeraient trop sur le plan pulmonaire. Madame dit qu'elle préfère le garder elle-même plutôt que le confier à une assistante maternelle. Elle me dit qu'elle ne se sent pas une bonne mère. Elle est triste, fatiguée, elle pleure. Elle minimise l'intensité de sa tristesse, refuse catégoriquement toute prescription de psychotropes.

Lors du rendez-vous suivant avec Antoine et ses parents, Madame raconte une soirée en présence de la tante maternelle où Antoine pleurait sans qu'elle n'arrive à le consoler. Chez elle, le sentiment de honte est perceptible, mais il ne peut être reconnu comme tel (CICCONE 2015). A-t-elle, par avance, honte, aussi, d'éventuelles séquelles cérébrales qu'elle redoute chez Antoine en raison de sa naissance prématurée? Question que je ne peux formuler à haute voix ce jour-là, me semble-t-il.

Dépression déniée, honte déniée, ces composantes psychiques sont à l'œuvre en silence.

Après plusieurs consultations, Monsieur se remémore la période de menace d'accouchement prématuré qu'ils ont traversée pendant la grossesse de 23 à 24 semaines : il parle de la « zone grise » décrite sur internet. Il dit qu'il tentait de trouver des informations sur internet. Je me demande à haute voix s'il cherchait peut-être aussi des réponses pour ce qui lui apparaissait comme une décision impossible à prendre, si la naissance arrivait à ce terme-là, à 24 semaines : allaient-ils, eux, les parents, demander qu'il y ait une réanimation dans l'hypothèse d'une naissance à ce terme ou non? Monsieur répond qu'il s'est posé beaucoup de questions. Madame reste silencieuse et pleure.

Progressivement, au fil des consultations, Antoine évite moins le regard. Il devient un bébé plutôt grave mais attentif et observateur et présente des troubles du sommeil.

Monsieur demandera à son épouse, lors d'une consultation ultérieure, de ne plus permettre à Antoine de dormir dans le lit conjugal.

Ils seront absents à la consultation suivante au CMPP. Il semble que, pour Madame, les propos du père, à savoir : énoncer la possibilité d'un petit temps d'attente possible chez Antoine, s'appuyant sur une progression de la capacité d'auto-consolation de ce bébé, étaient insupportables. Peut-être l'était-ce pour Madame, tant ses angoisses de mort concernant Antoine étaient présentes? En tentant de comprendre cette rupture de soins au CMPP, j'ai pu penser qu'elle m'attribuait la responsabilité de ce changement chez le père. Fantasmatiquement, je suis peut-être devenue, au moment de cette demande du père, celle qui l'abandonnait, elle, la mère. Le sentiment d'abandon se serait nourri de ce qu'elle ressentait comme un arrêt de mon soutien pour elle. Ma mission fantasmatique, pour elle, eût été de la soutenir elle, la mère, « quel que soit l'âge d'Antoine », dans son besoin impératif de le consoler en le prenant dans ses bras dès l'ébauche d'un pleur. Le risque pour elle fut probablement de se sentir abandonnée, laissée seule avec son angoisse de mort pour Antoine. Est-ce, ainsi, le sentiment d'abandon et de trahison qui a fait interrompre les soins au CMPP? De plus, une question demeurera sans réponse quant au personnage imagoïque qui apparaîtrait ainsi dans l'ombre du père et de moi-même.

La question de la « zone grise » décrite par Monsieur évoque la persistance d'un sentiment de culpabilité intense chez ces parents. J'é mets l'hypothèse que le fait d'avoir pu penser qu'ils pourraient demander au médecin de ne pas réanimer leur enfant s'il naissait à 24 semaines a laissé

un sentiment de culpabilité très vif, alors qu'ils n'ont jamais formulé cette demande de non-réanimation dans la réalité.

L'expérience montre que, pour certains parents, « avoir pu penser » qu'ils pourraient être actifs dans une décision de non-réanimation, c'est-à-dire de mort pour leur enfant à naître, laisse à vif le sentiment de culpabilité. Précisons que le cadre actuel permet aux obstétriciens et aux néonatalogistes, après une réflexion collégiale, un dialogue avec les parents pour ce qui concerne la mise en œuvre d'une réanimation périnatale à des termes extrêmement précoces. Comme si le fait d'avoir pensé qu'ils pourraient, eux, les parents, « demander » à l'obstétricien qu'il n'y ait pas de réanimation à la naissance les amenaient à se sentir fantasmatiquement « coupables de pensées meurtrières » avant la naissance et que « donc », ils risquaient d'être « châtiés » par la mort de leur enfant après sa naissance. Comme si le « destin » allait punir les pensées meurtrières d'avant la naissance et que « la punition » était la mort, dans la réalité, de leur enfant, après la naissance (FREUD 1909). Comme si, dans ces moments extrêmes, les pensées et les actes ne pouvaient plus se différencier. Ainsi la « pensée coupable » risquerait-elle d'avoir un effet de punition dans la réalité, pensée magique, toute-puissance de la pensée.

Je rappelle ici que chaque histoire clinique d'évitement du regard chez un bébé de quelques mois est singulière dans son apparition, dans sa durée et difficilement prévisible quant à son évolution (PICCO et CAREL 2002). L'incidence des codépressions est une question (CAREL 2012).

Précisons que l'évitement relationnel du bébé ne se présente pas seulement dans les contextes périnataux traumatiques. Cette symptomatologie peut être observée en dehors de tout contexte d'hospitalisation périnatale et nécessite des soins. Les travaux d'André Carel (2000) sur l'évitement relationnel du bébé et son hypothèse d'une dysharmonie interactive ouvrent des perspectives thérapeutiques fécondes.

Notons que, pour Antoine, les praticiens ont mis en œuvre leur capacité à accepter la frustration de ne pas comprendre. Les attitudes cliniques des praticiens, qui découlent de cette capacité à différer le diagnostic, ont permis qu'il n'y ait pas eu d'annonce diagnostique stigmatisante pour Antoine. Elles ont permis aussi que le soin psychique soit porté sur la triade. L'évolution clinique de cet enfant a sollicité instamment la capacité d'attendre des praticiens. Ainsi cette capacité intrapsychique permet-elle un renoncement temporaire à agir. Agir eût été peut-être : annoncer aux

parents un risque autistique pour leur bébé. Je ne pense pas que cela eût été thérapeutique, dans ce cas, avec un bébé de quatre mois. Le risque de stigmatisation de cet enfant me paraissait beaucoup trop important, eu égard aux multiples potentialités évolutives que nous connaissons lors d'un évitement du regard chez un bébé si jeune. Cette capacité de différer un diagnostic a été partagée par les pédiatres, la psychomotricienne et les psychopathologues. Pouvoir penser les possibilités de transformation des interactions de cette triade a été fructueux (BION 1970). La capacité à tolérer l'incertitude évolutive a été nourrie par la fiabilité des liens de travail qui ont été construits entre les praticiens. Elle était également permise parce que nous avons expérimenté l'observance précise de ces parents dans les consultations pédiatriques. Mais l'alliance thérapeutique dans ces consultations n'a pas pu s'installer durablement. Je fais l'hypothèse que la blessure narcissique que représentaient, pour Madame, ces consultations pédopsychiatriques au CMPP, était trop intense, passée l'urgence de soigner l'évitement relationnel d'Antoine.

L'histoire clinique singulière d'Antoine permet de souligner la pertinence des consultations conjointes associant pédiatres, psychomotriciens et praticiens en psychopathologie. Un tissage solide d'observations partagées entre praticiens de formations différentes favorise la mise en place de soins psychiques précoces.

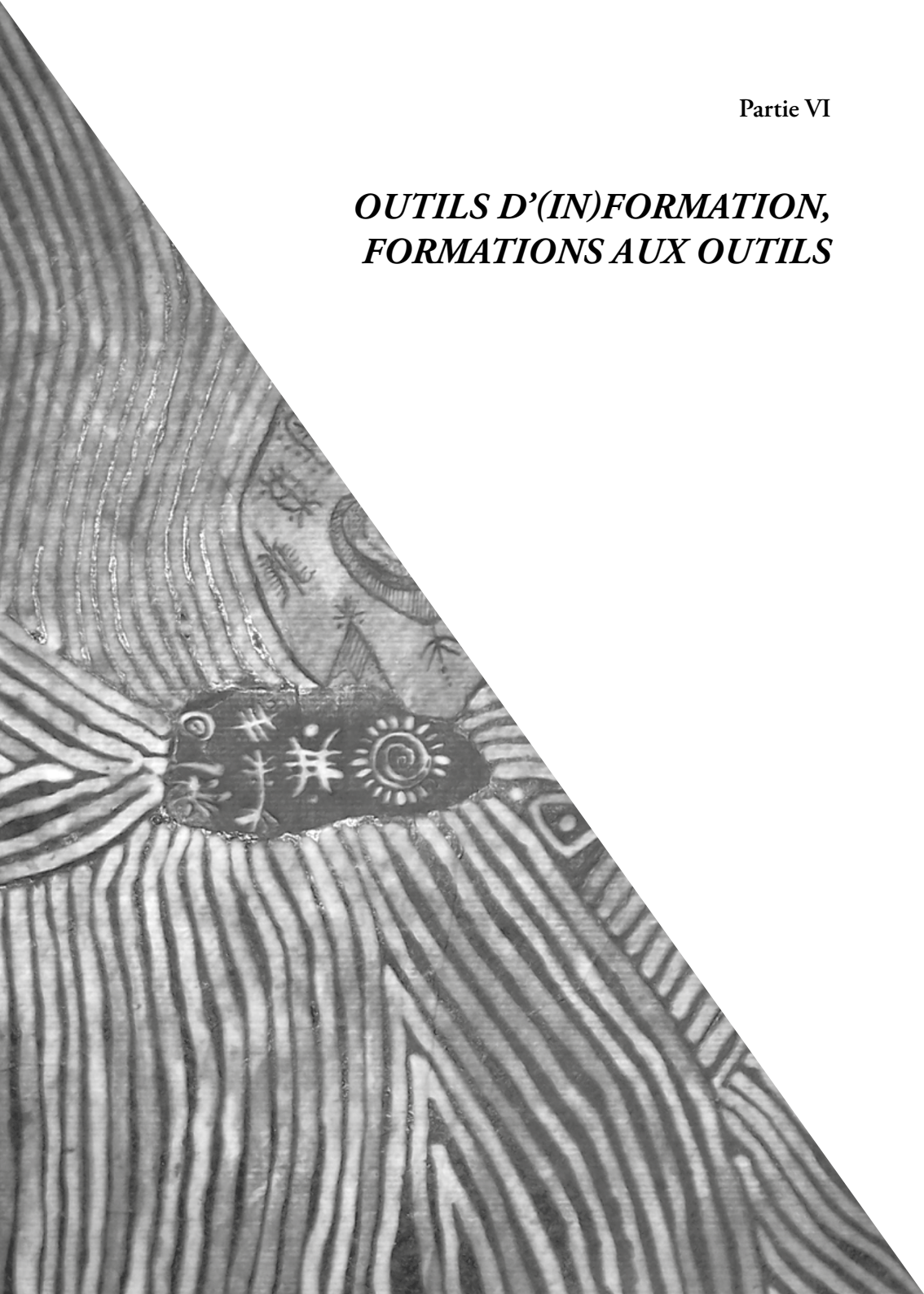
BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ L. et GOLSE B. (2008) *La Psychiatrie du bébé*, Paris, PUF.
- BION W. R. (1970) *L'Attention et l'interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*, Paris, Payot.
- BICK E. (1986) « Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces » in M. H. Williams (dir.) *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.
- CAREL A. (2000) « L'évitement relationnel du nourrisson et les dysharmonies interactives », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol.48, n° 6, p. 375-387.
- _____. (2012) « Co-dépressions mère-bébé, au regard de l'approche psychanalytique du familial », Collège de psychanalyse groupale et familiale communication, non publié.
- CICCONE A. (1999) *La Transmission psychique inconsciente*, Paris, Dunod.
- _____. (2014) « Transmission psychique et parentalité », *Cliopsy*, n°11, p. 17-38.
- CICCONE A. et FERRANT A. (2015) *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris, Dunod.
- COUVERT M. (2014) « La place de l'objet vocal dans la construction du lien » in M. Dugnat (dir.) *L'art d'accueillir embryons, fœtus et bébés*, Toulouse, érès.
- FREUD S. (1908) « Remarques sur un cas de névrose de contrainte », *Œuvres complètes*, vol. IX, Paris, PUF.
- GOLSE B. (2006) *L'être bébé (Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie)*, Paris, PUF, « Le fil rouge ».
- _____. (2005) *Le bébé et ses possibles*, Toulouse, érès.
- HARRIS M. (1980) « L'attitude psychanalytique dans la conception de Bion », in M. H. Williams (dir.) *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.
- LEBOVICI S. et STOLÉRU S. (2003 [1983]), *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*, Paris, Bayard.
- MAUREL-OLLIVIER A. (2009) « Suivre les nouveau-nés à risque : pourquoi? Comment? Pour une action médico-psycho-sociale dès l'hospitalisation néonatale », *Spirale*, vol. 3, n° 51, p. 107-123.
- MISSONNIER S. (2003) *La consultation thérapeutique périnatale*, Toulouse, érès.
- MISSONNIER S. et al. (2012) *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Elsevier-Masson.

- PICCO M. et CAREL A. (2002) « Évitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce », *la Psychiatrie de l'enfant*, vol. 45, n°1, 171-205.
- ROUSSILLON R. (2013) « Quelques préalables épistémologiques du dialogue psychanalyse/psychologie du développement », in M. Boubli et L. Danon-Boileau (dir.), *Le bébé en psychanalyse*, Paris, PUF, « Monographies et débats de psychanalyse ».
- STERN D. N. 2003 *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*, Paris, PUF, « Le fil rouge ».
- WILLIAMS G. (1998) *Paysages intérieurs et corps étranger. Les troubles d'alimentation et autres pathologies chez l'enfant et l'adolescent*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.
- WINNICOTT D. W. (1958) « La première année de la vie », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- _____. (1962) « Le bébé en tant que personne », *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot.
- _____. (1963) « La valeur de la dépression », *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard.
- _____. (1965) « La relation d'une mère à son bébé, au tout début », *La famille suffisamment bonne*, Paris, Payot.

Partie VI

***OUTILS D'(IN)FORMATION,
FORMATIONS AUX OUTILS***



LA THÉRAPIE DE GUIDANCE INTERACTIVE : LA FORCE DU MOMENT PRÉSENT

Sandra RUSCONI SERPA¹, Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA²,
Christine DESVIGNES³, Benoît QUIROT⁴, Lisa OUSS⁵

INTRODUCTION

La guidance interactive est une forme d'intervention brève dirigée sur la relation parents-enfant et se basant sur l'observation et l'analyse des interactions parents-enfant prenant place durant les séances. Elle vise en premier lieu à permettre aux parents de prendre conscience de leurs compétences et de leurs ressources ainsi que des capacités et besoins de leur enfant. Ce traitement cherche également à développer la sensibilité parentale, à renforcer les comportements interactifs appropriés aux besoins développementaux de l'enfant et, dans un deuxième temps, à modifier les *patterns* interactifs dysfonctionnels qui pourraient être reliés aux problèmes ayant motivé la consultation. L'utilisation thérapeutique de la vidéo permet une attention conjointe du thérapeute et des

1. Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, Université de Genève.

2. Pédiopsychiatre, praticien hospitalier, service de pédiopsychiatrie, responsable de l'unité de liaison en périnatalité, Hôpital Necker, Enfants malades, AP-HP, Paris.

3. Psychologue clinicienne, Unité de pédiopsychiatrie périnatale de Montreuil / Noisy-le-Sec, Pôle I03 de l'E.P.S. de Ville-Evrard, Noisy-Le-Sec.

4. Pédiopsychiatre, praticien hospitalier, *id.*

5. Pédiopsychiatre, Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades, AP-HP.

parents sur les comportements caractérisant les échanges ainsi que les représentations et émotions qui leur sont associées.

La guidance interactive a été élaborée il y a une trentaine d'années aux États-Unis par Susan McDonough (2004; 2000; 1995) pour répondre aux besoins de familles cumulant les facteurs de risques. Elle a été importée et développée à Genève dans le contexte des études menées sur les effets et processus thérapeutiques à l'œuvre dans les thérapies brèves parents-jeune enfant. Son efficacité a ainsi pu être empiriquement validée pour le traitement des troubles psychofonctionnels et du comportement (ROBERT-TISSOT *et al.* 1996; CRAMER *et al.* 1998; ROBERT-TISSOT *et al.* 1998). D'autres applications de ce traitement ont ensuite été développées par le groupe de Genève, en particulier dans le contexte de la parentalité à haut risque et cette intervention a commencé à être diffusée en France (RUSCONI SERPA *et al.* 2019; RUSCONI SERPA, 2016; RUSCONI SERPA *et al.* 2009).

Sur le plan conceptuel, la guidance interactive s'appuie sur ce que la recherche en psychothérapie a mis en évidence comme stratégies les plus efficaces : rôle actif donné aux familles dans le traitement, établissement rapide d'une alliance positive de travail, mise en évidence des forces de chaque famille tout en reconnaissant leurs vulnérabilités et leurs limites.

Le cadre thérapeutique structuré de la guidance interactive est conçu pour constituer une véritable base de sécurité pour le parent afin de lui permettre d'explorer avec le thérapeute les processus relationnels à l'œuvre entre lui son enfant. Parmi les ingrédients particulièrement puissants de cette intervention, mentionnons d'abord les moments d'échanges parent-enfant qui prennent place dans l'*ici et maintenant* de chaque séance et qui se révèlent des moments souvent surprenants. Un autre ingrédient central est ce qui se passe dans le second temps, durant le travail de vidéo-*feedback*. Le fait que le thérapeute cherche à rencontrer les parents en premier lieu sur les moments mutuellement satisfaisants constitue la plupart du temps pour ceux-ci une expérience inédite et particulièrement mobilisatrice. Par ailleurs, le contexte aménagé par le thérapeute et les stratégies thérapeutiques permettent une observation réflexive du « ce-faisant interactif ». Le thérapeute n'est pas dans un

positionnement où il détient à l'avance le savoir et les clés de lecture mais plutôt dans celui d'un « maïeuticien », garant du cadre tout en s'exposant lui-même, accompagnant et soutenant au mieux le parent dans la description des potentialités aussi bien que des troubles de son enfant et souvent des difficultés que ces troubles suscitent en lui.

Nous allons illustrer ces applications à travers deux circonstances cliniques, le traumatisme périnatal et les troubles du spectre autistique chez les enfants de moins de trois ans.

Ces travaux s'intègrent dans la phase préparatoire de deux PHRC qui permettront de valider scientifiquement les effets cliniques observés ici.

GUIDANCE INTERACTIVE EN SITUATION DE TRAUMATISME PÉRINATAL

La grossesse et le *peripartum* peuvent comporter des annonces et des événements générant un stress maternel aigu. Les traumatismes périnataux concernant le bébé, générant une crainte que le bébé ne meure, ou les traumatismes concernant la mère et sa propre survie, sont susceptibles de générer un état de stress posttraumatique. Ce stress posttraumatique peut entraîner des difficultés dans la création du lien parent-enfants.

Des études ont déjà souligné le risque que cet état de stress n'altère les compétences parentales, en particulier en diminuant la sensibilité parentale. Cette capacité interactive est fondamentale au bon développement du bébé. La sensibilité parentale est en effet la fonction par laquelle le parent décrypte, interprète, répond et renvoie au bébé la compréhension des signaux communicationnels qu'il émet.

La guidance interactive travaille en premier lieu à soutenir et à développer la sensibilité parentale. Par ailleurs, appliquée auprès de mères souffrant d'un ESPT suite à des violences interpersonnelles, elle a montré qu'elle pouvait aussi permettre d'aborder d'autres axes de l'interaction contaminée par ce vécu traumatique (RUSCONI SERPA *et al.* 2015; SCHECHTER et RUSCONI SERPA 2014). Nous illustrerons ce travail avec deux situations cliniques.

Nylan : recherche désespérément un partenaire pour pouvoir comprendre et réguler ses émotions

Sur indication de professionnels de la petite enfance, nous recevons une jeune femme d'une trentaine d'années qui vient d'avoir son premier bébé. Elle vit en couple avec le père de l'enfant et leur relation est décrite comme étant stable. La grossesse était désirée, elle s'est déroulée sans difficulté particulière.

L'accouchement, en revanche, a été traumatique. La mère a fait une hémorragie de la délivrance avec perte de connaissance. Elle a dû être opérée en urgence, tandis que le bébé était gardé par son père. Elle n'a pas pu voir son bébé après la naissance.

Suite à cet accouchement périlleux, la mère s'enlise progressivement dans une dépression postnatale. Rongée par des regrets et des affects de culpabilité qu'elle s'efforce de tenir à distance, essayant de faire bonne figure malgré un profond doute interne quant à ses capacités maternelles, elle apparaît comme anesthésiée sur le plan émotionnel.

Leur bébé Nylan est décrit comme pleurant beaucoup, irritable, impatient et inconsolable.

Notre première rencontre a lieu quand Nylan a 4 mois, peu avant que sa mère reprenne son travail. Dans ce contexte de reprise du travail, nos rendez-vous sont assez espacés : nous nous voyons toutes les trois à quatre semaines.

Nylan est un bébé plutôt grand pour son âge, un peu bouffi, sans doute un peu suralimenté. Il a un bon appétit et avale rapidement ses biberons. Il fait ses nuits et présente un développement psychomoteur adapté à son âge. Attentif à ce qui se passe autour de lui par le regard, il paraît souvent sérieux. Il regarde et sourit volontiers aux personnes mais évite activement le regard de sa mère. Il a du mal à se lover dans les bras et exprime des demandes contradictoires, ce qui laisse penser qu'il est toujours dans une forme d'insatisfaction. Sa mère le porte souvent « en présentation », tourné vers l'extérieur.

Il est accueilli en crèche depuis ses 3 mois et demi. L'adaptation s'est plutôt bien déroulée, sans difficulté particulière.

Nos premiers entretiens sont centrés sur le vécu maternel de l'accouchement. La mère exprime à mots couverts un sentiment d'échec douloureux, une blessure narcissique profonde de n'avoir pas pu être la première à découvrir et à protéger son bébé, ainsi que des sentiments de

culpabilité nourris d'un rejet indicible envers ce bébé vécu de façon si décevante, qu'elle se sent incompétente à satisfaire.

Leur séparation précoce a alimenté en elle la conviction persistante d'être une personne « interchangeable » pour lui, elle peut exprimer ne pas se sentir vraiment sa mère.

Au fil de ces consultations, nous remarquons les difficultés de la maman à pouvoir repérer et identifier finement les besoins fonctionnels (sommeil, alimentation, portage, ...) et émotionnels (peur, surprise, angoisse de séparation, besoin de consolation, ...) de son fils. Concomitamment, Nylan les exprime peu, d'après ce que nous pouvons observer, et sans doute de façon trop tardive et trop massive pour que ses parents puissent l'aider à les réguler. Notre hypothèse est que, dans ce contexte, les besoins de Nylan se manifestent une fois qu'il est à bout et qu'il se sent submergé, donc sous forme de crise. Ces crises alimentant, en retour, un sentiment d'incompétence et d'épuisement chez ses parents et, plus particulièrement, chez sa mère, celle-ci allant jusqu'à penser que son fils « n'est pas normal ».

Nous proposons donc à la mère, qui l'accepte, une thérapie de guidance interactive, « pour voir ensemble ce qui se passe », lui disons-nous. Notre but est de l'aider à mieux repérer et comprendre les manifestations de son bébé. Nous avons également l'espoir secret de pouvoir favoriser une rencontre émotionnelle plus positive entre elle-même et Nylan, celle-ci n'ayant pu avoir lieu au moment de la naissance.

Nylan a 8 mois lors de la première séance de thérapie de guidance interactive. Sa mère lui propose un jeu de manipulation que j'ai mis à leur disposition sur le tapis et lui montre comment faire. Il la regarde furtivement et se saisit immédiatement du jeu. Ensuite, l'échange est plus difficile : il ne sait pas comment le manipuler et sa mère n'arrive pas à le soutenir dans son exploration. Il se détourne donc du jeu et part dans des explorations d'objets solitaires, un peu vides et répétitives, dans lesquelles sa mère a du mal à trouver une place.

À l'issue de ce premier jeu, nous comprenons que Nylan est en grande difficulté pour réguler ses comportements et ses émotions parce que sa mère est elle-même envahie par un dialogue interne dépréciateur quant à sa place et ses compétences maternelles, et que ce dialogue vient entraver sa disponibilité psychique envers son fils et inhiber ses capacités d'intervention.

Nous décidons donc de diriger notre travail sur le soutien de l'engagement de la mère dans les interactions avec son fils, qu'il s'agisse d'initier un jeu ou de soutenir une exploration de Nylan, en travaillant sur les différents vecteurs de communication (postures, gestes, paroles, etc.) et en lui montrant les effets positifs de ses interventions auprès de son fils.

Lors du visionnement, nous montrons à la maman le moment où elle lui a proposé le jeu, en début de séance. Nous la questionnons sur les raisons qui l'ont amenée à proposer ce jeu, autrement dit son dialogue interne. Puis nous lui montrons la réaction de son fils : elle se rend alors compte de la vitesse avec laquelle il a réagi à sa proposition et en est profondément émue.

Au cours des trois séances suivantes, nous valorisons sa finesse d'observation des intérêts de son fils, qu'elle développe rapidement. Nous lui montrons les effets de ses propositions et interventions : Nylan les accueille souvent avec joie, une joie d'autant plus facilement repérable qu'il commence à rire aux éclats. Nous soutenons ses capacités de mentalisation, notamment sur les pensées et les éprouvés de son fils. Enfin, nous l'aidons à prendre conscience de l'importance des postures pour favoriser leurs échanges, au besoin en intervenant pendant le jeu si cela s'avère pertinent.

À l'issue de cet accompagnement thérapeutique, la mère arrive à mieux percevoir les signes d'attachement de son fils. Elle se rend désormais compte qu'elle est sa figure d'attachement principal, Nylan le lui exprimant très clairement, et s'en sent renarcissée.

La thérapie de guidance interactive devra cependant être interrompue en raison des congés scolaires.

À la rentrée, la maman préférera reprendre des séances plus classiques, au cours desquelles mère et fils pourront partager des échanges de qualité : des moments de jeu avec de la complicité et du plaisir partagé, des rires, des sourires adressés et une recherche de soutien par le regard de la part de Nylan, qui auparavant n'exprimait pas cela.

Nylan restera toutefois très sensible aux séparations, ce qui nous conduira à proposer une nouvelle session de thérapie de guidance interactive.

Jonas, né sur un divan

Jonas est né chez lui, sur le divan familial. Ce n'est pas le premier enfant de Madame et elle a été saisie par l'accouchement. Retardant son départ de

la maison car son époux était encore au travail, elle accouche finalement seule. Les pompiers arriveront juste au moment de la naissance, un peu démunis pour l'aider. Durant le travail, elle est terrassée par la douleur, retient ses cris, les aînés dorment et elle ne veut pas les inquiéter.

Suite à son vécu en suite de couche et à cause du stress aigu qui est encore présent, nous la revoyons en consultation externe et lui proposons la guidance interactive dès que le bébé a 5 semaines. Elle se plaint en effet beaucoup de ses pleurs et semble en difficulté pour l'aider à se réguler.

Lors de la première séance, cette grande femme est à genoux devant lui, elle le regarde, l'observe et lui parle, mais à chaque moment où il tente de l'appeler à plus de proximité par son regard insistant, ses vocalises ou ses mouvements de bras, elle « résiste » et continue à lui parler sans le prendre dans ses bras.

Lors des questions après le jeu, elle nous dit qu'elle voudrait qu'il puisse se débrouiller sans elle car elle est débordée par le stress et par les tâches ménagères et ne peut se laisser aller au contact avec lui.

Le premier visionnement va être une vraie surprise pour elle. Je l'amène à regarder plusieurs séquences interactives très fonctionnelles où, malgré sa demande de proximité, Jonas reste très attentif, la regarde, a des mouvements des mains lorsqu'elle agite un hochet. À plusieurs reprises elle dira, « ça y est je me dis qu'il va hurler » lorsqu'il a une légère hausse de ses vocalises. Mais elle peut ainsi observer qu'il ne pleure pas car, à chaque fois, elle sait le stimuler. À travers plusieurs arrêts sur image, nous pourrions observer ensemble combien il est réceptif et attentif à elle.

Sa sensibilité maternelle se déploie très rapidement. Ayant compris le processus, elle décrit avec plaisir ce qu'elle fait, ce que le bébé fait, et comment elle lui répond. En quelques séances elle peut aussi mentionner ce qui se passe en elle lors de ces interactions. Lors d'une séance, le bébé s'endort à peine arrivé. Nous décidons de le laisser dormir et elle se saisit de ce moment pour me raconter à nouveau son accouchement et associe sur les autres moments traumatiques de sa vie. Le cadre rassurant instauré précédemment lui offre la confiance nécessaire pour se livrer assez rapidement, alors qu'elle n'a jamais évoqué ses traumatismes passés. Lors des séances de jeu suivantes, elle est ravie d'observer que son fils arrive à attraper un hochet. Nous avons fait le constat, lors d'une séance précédente, qu'elle le stimulait dans ce sens, alors qu'il n'avait pas encore la motricité pour cela.

Je l'interroge alors sur ce que cela représente pour elle qu'il soit capable d'attraper ce hochet. Elle peut alors, avec une certaine retenue émotionnelle,

confier sa crainte jusqu'alors tue que Jonas ait été « endommagé » par les circonstances de la naissance. Les jeux qu'elle lui propose sont autant de vérifications de sa bonne santé développementale. Nous observerons au fil des séances suivantes un plaisir relationnel croissant et une spontanéité des échanges plus riche.

GUIDANCE INTERACTIVE APPLIQUÉE AUX TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE CHEZ DES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS

Nous présentons ici les premières données et questions suscitées par la mise en œuvre récente, au sein d'une unité de pédopsychiatrie périnatale, de séances de guidance interactive auprès de dyades parent-enfant de moins de trois ans présentant un trouble du spectre autistique, avec des tableaux cliniques instables et à l'évolutivité variable.

Cette consultation, destinée à des enfants âgés de 18 mois à 3 ans, est ouverte depuis deux ans au sein d'une unité clinique qui, jusqu'alors, intervenait exclusivement dans le champ périnatal et arrêta ses prises en charge aux dix-huit mois de l'enfant. Un consensus aujourd'hui largement partagé sur l'intérêt du dépistage et de la prise en charge précoces des TSA ou autres troubles graves des interactions et de la communication, ainsi que des délais d'attente de six mois à plus d'un an pour les prises en charge dans les CMPE de notre inter-secteur ont motivé l'ouverture de cette consultation. Notre travail d'accueil et d'évaluation clinique nous a rapidement confrontés à plusieurs « profils » de troubles, à l'évolutivité bien différente : 1. tableaux de retrait relationnel avec des symptômes de type autistique associés à des facteurs environnementaux (dépression maternelle, surexposition massive aux écrans) ; 2. processus autistiques entre des bébés particulièrement fragiles (prématurité, troubles sensoriels) et les conséquences de ces processus sur l'interaction parent-enfant, avec aspects de dysstimulation, comme réponse à l'énigme posée par ces enfants (illustration clinique ci-dessous) ; 3. autisme « classique », où le socle neuro-développemental apparaît en premier lieu touché, plus difficilement mobilisable.

La guidance interactive nous est parue particulièrement utile dans ce cadre d'accueil et d'évaluation. Sur une durée assez brève, cette approche

offre en effet l'avantage de pouvoir proposer aux parents *deux objectifs* : travailler *avec eux* à observer et mieux connaître les troubles et les ressources de leur enfant ; prendre en compte leurs propres ressources, comme les difficultés que ces troubles de l'interaction peuvent chez eux-mêmes susciter. La guidance interactive offre également aux consultants un moyen inédit de se mettre (et de se voir) au travail avec un enfant.

Illustration clinique

Lors de notre première rencontre, V. vient d'avoir deux ans (1 an 9 mois en âge corrigé). Grande prématurée née à 26 semaines, elle a traversé une longue hospitalisation sans complications majeures hormis une rétinopathie, avec un suivi de consultations pédiatriques espacées et de séances de kinésithérapie. V. vit avec sa jeune mère, seule après une séparation très conflictuelle avec le père survenue lors de son hospitalisation. Lors de son orientation sur le CAMSP, où se mettent en place des séances de psychomotricité, le médecin est vite alerté par son évolution clinique : V., toujours en mouvement, ne semble pas dans la relation ; sa mère, très inquiète, ne cesse de la suivre dans la crainte perpétuelle d'une chute ou d'un accident, et semble en difficulté pour se poser avec sa fille. Deux premiers rendez-vous sur notre unité restent sans suite mais laissent l'interne et la puéricultrice très inquiets devant les troubles de V. Nous proposons alors un suivi avec la même collègue puéricultrice.

Lors du premier rendez-vous, V. nous frappe par sa manière de passer de façon incessante d'un objet dur à un autre ; attirée par les lumières et les surfaces, elle ne nous regarde pas, ou de façon très fugitive, ne répond pas à l'appel de son prénom, ne paraît pas capable d'attention conjointe, ne prononce aucun mot, crie dès qu'elle se trouve face à une impossibilité ou un interdit, ne pointe pas ni ne joue.

Au fil de ces premières consultations vont apparaître davantage de regards, quelques vocalises, et la possibilité pour V. de se poser autour de petites activités, tant avec notre collègue puéricultrice qu'avec sa mère, heureuse de cette évolution. Informée de la méthode de la guidance interactive et de ses objectifs, la mère de V. accepte cette proposition, après une période de rupture de plus d'un mois et demi.

Nous illustrerons la méthode de travail en guidance interactive au moyen de quelques moments importants des trois premières séances puis nous résumerons l'évolution du traitement qui s'est déroulé sur sept séances.

Jeu 1 : Nous découvrons avec surprise une petite fille qui, alors qu'elle s'est saisie de maracas sans regarder personne, prête aussitôt attention à l'activité proposée par sa mère - ériger une tour de cubes - puis y participe, dans un tour de rôle inattendu. Sa maman détruit aussitôt cette tour, ce qui semble susciter chez V. une rupture, puis un moment d'errance. Mais, appelée, V. rejoint sa mère pour un autre moment d'attention conjointe, avec un regard réellement partagé autour d'une petite maison. V s'allonge, tente d'y faire entrer sa tête après que sa mère ait proposé d'y faire dormir quelques personnages.

Le temps des questions suivant ce jeu s'avère précieux : « Oui, cela s'est passé exactement comme actuellement à la maison : elle a construit la tour puis, « bam », l'a faite tomber pour passer à autre chose ! ». Nous choisirons de ne pas montrer la séquence qui aurait confronté la mère de V. à cette vision d'elle-même détruisant rapidement la tour, ou passant rapidement d'une activité à l'autre – gardant néanmoins ces dimensions en tête - mais de nous arrêter sur les moments positifs où V. prêtait attention et répondait à ses propositions. Madame se révèle fine observatrice dans ses commentaires, et se déclare heureusement surprise à l'issue de cette première séance.

Jeu 2 : La mère de V. apporte des ballons à gonfler en me demandant si elle peut les utiliser, cette « activité » récente lui ayant permis de capter l'attention de sa fille. S'en suit un temps d'interactions fait de séquences identiques : Madame gonfle le ballon, V. la regarde très attentivement, lui tend un doigt pour que sa mère y accroche le ballon, V. enlève le ballon, qui s'envole, Madame en regonfle un autre... Alors qu'il est indéniable que les temps d'attention conjointe sont plus longs avec plus de regards adressés, je perçois avant tout son caractère répétitif et la mère de V. me paraît « mener la danse ».

Le visionnement de cette séance avec la mère aura été indéniablement vivifié par le temps de supervision, où ma position physique est apparue comme le signe d'un « désengagement » face à une activité où Madame

parvenait pourtant à capter et à maintenir l'attention de sa fille. Lors de la reprise, j'insiste sur ce point en valorisant ces progrès : Madame, enthousiaste, me donne alors une leçon d'observation en relevant des éléments très pertinents dans le comportement de sa fille, que je n'avais, pour la plupart, pas remarqués.

Jeu 3 : Madame semble assez déprimée et absente. V. se met à jouer à nourrir deux poupons. Sa mère, à distance et dans son dos, s'approche en face d'elle sur mon invitation. Elle me semble alors commenter d'une façon monocorde et répétitive le jeu de sa petite fille ; puis, notant que V. observe les yeux de l'un des poupons, elle explique à sa fille d'une façon très rapide qu'ils sont fermés en position allongée et ouverts en position verticale. V. décroche alors. Ce jeu est très différent et difficile à vivre pour la mère de V. Il est suivi de commentaires nettement dépréciatifs sur le matériel utilisé : « avec les ballons, ça marchait, mais là, y avait rien pour l'intéresser ; il n'y avait rien pour elle, rien qui lui donnait envie de... rester ».

Au moment de la reprise, un premier temps permet à la mère de V. d'aborder, dans un cadre coconstruit, ses propres difficultés face aux difficultés de sa fille : la lecture répétée d'extraits lui montre V. plus « intéressée » qu'elle ne l'avait jugé. Puis la suite du visionnage permet de faire émerger successivement deux thématiques, celle de la rapidité : « Je crois que je lui parle un peu vite, non ? Vous, peut-être, mais elle, elle ne peut pas comprendre, ça va trop vite en fait ». Puis celle de la perte. Dans une tonalité déprimée, authentique, la mère de V. exprime son sentiment de perdre sans cesse sa fille. Mais le visionnage répété de certaines séquences, soutenu par ma question : « qui décroche ? » l'amène à formuler : « C'est la maman qui décroche et la fille qui est perdue... Et la maman déco... roche quand la fille déconnecte ». Ce moment, terminé dans une tonalité beaucoup plus joyeuse, est suivi, parallèlement aux progrès de V., d'une nette et durable évolution du comportement maternel, jouant avec infiniment plus de patience avec sa fille. La mère de V. nous dit quelques semaines plus tard : « On m'avait bien dit que j'allais trop vite ; c'est quand je me suis vue que je l'ai compris ».

Cette situation clinique illustre, à notre sens, comment le processus de coconstruction entre parent et thérapeute, soutenu par le concept de

« réciprocité psychopathologique », semble à même d'ouvrir, aujourd'hui, quelques fenêtres et perspectives dans l'approche et la prise en charge précoce des « troubles du spectre autistique ».

CONCLUSION

La thérapie de guidance interactive se caractérise par un cadre thérapeutique spécifiquement structuré et contenant. C'est ce cadre qui permet de dessiner le contour spatial et temporel de ce qui va constituer une succession de *moments présents* tout au long des séances. Les illustrations cliniques qui ont été présentées, que ce soit dans le champ du traumatisme périnatal ou dans celui des troubles du spectre autistique, mettent en évidence la puissance thérapeutique de l'attention portée à ce moment à la fois très banal et très spécial où les partenaires sont mis en présence l'un de l'autre. L'expérience immédiate des interactions avec l'enfant et ce qu'elle amène comme éprouvés et comme représentations, puis le recul réflexif au moment du travail en attention conjointe sur l'image avec le thérapeute, fournissent un puissant étayage au travail sur la parentalité.

Soulignons également la dynamique interactive du processus de covivance des séquences d'échanges où thérapeute et parent avancent, parfois s'amuse, découvrent, construisent ensemble dans une approche formalisée mais non pas formatée. Le mélange de rigueur (le cadre, l'esprit de la méthode) et d'improvisation, les effets spécifiques de l'« autoscopie » sur le parent, « guidé » par le thérapeute, mais aussi sur le thérapeute lui-même, grâce au groupe de supervision, sont autant d'ingrédients qui permettent de proposer une intervention susceptible de relancer la dynamique relationnelle et de générer un matériel clinique redynamisant les prises en charges.

L'évaluation des effets spécifiques de la guidance interactive dans les situations de traumatisme périnatal et des troubles du spectre autistique est aujourd'hui centrale pour notre groupe. Elles devraient trouver des éléments de réponses dans deux PHRC prochains¹.

1. Post-natal post-traumatic stress. Impact of an early dyadic intervention through Interaction Guidance Therapy on maternal sensitivity and reduction of maternal stress/ Guidance interactive par video feedback de dyades parents-enfant avec Troubles du Spectre autistique.

BIBLIOGRAPHIE

- CRAMER B. (1998) « Mother-infant psychotherapies : a widening scope in the technique. » *Infant Mental Health Journal*, vol. 19, n°2, p. 151-167.
- McDONOUGH S. C. (1995) « L'aide à l'interaction : une technique pour le traitement des troubles relationnels précoces. », in G. Fava Viziello et D. N. Stern (dir.), *Modèles psychothérapeutiques au premier âge : de la théorie à l'intervention*, Paris, Masson.
- _____. (2000) « Interactions Guidance : An approach for difficult-to-engage families. », in C. H. Zeanah (dir.), *Handbook of Infant Mental Health*, 2nd ed., New York, Guilford Press.
- _____. (2004) « Interaction Guidance. Promoting and nurturing the caregiving relationship. », in A. J. Sameroff, S. McDonough et K. L. Rosenblum (dir.), *Treating parent-infant relationship problems*, New-York, Guilford Press.
- ROBERT-TISSOT C., CRAMER B., STERN D. N., RUSCONI SERPA S. *et al.* (1996) « Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies : Report on 75 cases. », *Infant Mental Health Journal*, vol. 17, n°2, 97-114.
- ROBERT-TISSOT C. et CRAMER B. (1998) « When patients contribute to the choice of treatment... », *Infant Mental Health Journal*, vol. 19, n°2, p. 245-259.
- RUSCONI SERPA S., SANCHO ROSSIGNOL A. et McDONOUGH S. C. (2009) « Video-feedback in parent-infant treatments. » *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 18, n° 3, p. 735-751.
- RUSCONI SERPA S. (2016) « La thérapie de Guidance interactive. », in N. Favez et J. Darwiche (dir.) *Les thérapies de couple et de famille. Modèles empiriquement validés et applications thérapeutiques*, Bruxelles, Mardaga.
- RUSCONI SERPA S., SUARDI F., MOSER D. A., SCHECHTER D. S. (2015) « Impact du stress post-traumatique lié à la violence domestique sur la parentalité : Données empiriques et applications cliniques », *Enfance*, vol. 3, no. 3, p. 409-427.
- RUSCONI SERPA S., BEAUQUIER-MACCOTTA B., HERVÉ M. J., DESVIGNES C., VELASQUEZ P., OUSS L. (2019) « La thérapie de Guidance interactive : une base de sécurité pour permettre aux parents d'observer leur enfant et étayer leur réflexivité. », in D. Mellier, M. Dugnat, R.-A. Belot et S. Nezelof (dir.), *Quelles psychothérapies pour bébé?* Paris, érès, « 1001BB ».

SCHECHTER D. S., RUSCONI SERPA S. (2014). « Understanding how traumatized mothers process their toddlers' affective communication under stress : Towards preventive intervention for families at high risk for intergenerational violence. », in R. Emde, M. Leuzinger-Bohleber (dir.), *Early Parenting Research and Prevention of Disorder : Psychoanalytic Research at Interdisciplinary Frontiers*, London, Karnac Books.

PIKLER À LA FRIMOUSSE

Sarah SANANÈS¹, Caroline ROESCH², Ambre WINTER³, Elsa TERZIC-CALIN⁴
Et l'ensemble de l'équipe de la Frimousse

Les bébés ont cet immense pouvoir d'être capables de nous rendre bons ou mauvais selon les cas. Il nous faut donc impérativement respecter les bébés, ne serait-ce que pour se respecter soi-même et le bébé qui demeure enfoui au fond de chacun d'entre nous. Telle est, me semble-t-il, la grande leçon éthique que Lóczy nous offre aujourd'hui.

Bernard GOLSE

À l'EPSAN, nos unités de psypérinatalité comportent un CMP, une unité d'hôpital de jour et une unité d'hospitalisation complète. L'hôpital de jour la Frimousse a été créé, en 1986, par les docteurs Annick Chauvin et Yves Carraz, au sein de l'intersecteur 67I02 de pédopsychiatrie. Nous y accueillons six dyades par jour pour des soins de périnatalité, à un rythme d'une à plusieurs journées par semaine.

1. Pédopsychiatre, la Frimousse, Hôpital de jour de périnatalité, Secteur 67I02, Établissement public de santé Alsace nord (EPSAN).

2. Puéricultrice, *id.*

3. Puéricultrice, *id.*

4. Interne, *id.*

GENÈSE DE LA FORMATION AU SOIN PIKLÉRIEN

Cette unité de soins est donc ancienne, certains membres de l'équipe en font partie depuis son origine, d'autres depuis peu de temps. Les remaniements de l'équipe ont réactivé le désir, ancien (puisqu'il flottait dans les unités depuis leur création) de se former à l'éthique de soins Pikler Lóczy.

Nous avons, fin 2018, à la Frimousse, conçu le désir de bâtir un socle commun à l'ensemble de l'équipe (les anciennes et les nouvelles, les infirmières, la pédopsychiatre, l'interne, les puéricultrices, l'aide médico-psychologique [AMP], la psychologue, la psychomotricienne, la cadre) pour approcher les bébés que nous avons en soin.

Rapidement le projet s'est diffusé à toutes les équipes de psychiatrie périnatale. Notre choix de formation s'est porté sur le soin piklérien, rencontré à travers le film de Bernard Martino *Lóczy, une maison pour grandir*, film ensuite visionné en équipe, ce qui avait posé la première pierre à ce socle commun en construction.

Nous avons donc pris contact avec l'association Pikler-Lóczy de France pour élaborer cette formation « sur-mesure », ajustée à notre institution, à nos besoins, à nos questionnements et à notre accueil des bébés.

Les thèmes qui seront abordés sont les suivants : remettre le bébé au centre des préoccupations à travers les fondamentaux de l'approche piklérienne du soin, de la motricité libre, et de leur mise en application dans le contexte du travail en périnatalité. Notre formatrice nous a abordés en disant d'entrée de jeu que cette formation serait une co-construction, qu'avec Pikler, ce qui est demandé aux nurses, c'est d'être vraiment dans ce qu'elles font. Elle nous a demandé d'être donc vraiment présents à la formation.

LA VISION D'EMMI PIKLER

Emmi Pikler, à l'origine de la création de cette éthique du soin, est une pédiatre hongroise formée à Vienne qui, dès ses études, dans les années 1920, est très sensible à la conception de la physiologie et de la prévention. Elle est dès lors sensibilisée aux rythmes de l'enfant, à son nécessaire accès au jeu, ainsi qu'à l'idée qu'il exprime ses besoins. Elle est sensible, par

exemple, à l'idée qu'il ne faut pas donner plus à manger à un enfant que ce qu'il accepte volontiers. Elle décrit alors une collaboration avec le jeune enfant, et une « possibilité de pratiquer sur lui l'examen ou les soins les plus douloureux sans qu'il pleure, si la personne manie l'enfant avec des gestes délicats, avec sensibilité, prêtant attention à cet enfant vivant, fragile et réceptif ». A cette époque déjà, Emmi Pikler est persuadée que l'enfant qui se déplace librement est plus prudent que l'enfant exagérément protégé. Très tôt, elle pressent que le nourrisson n'a aucunement besoin de l'adulte pour se déplacer ou changer de posture. Elle applique ses idées dans sa pratique de pédiatre de famille, conseillant aux parents d'avoir confiance en la capacité de développement de leur enfant, en tenant compte de ses besoins, en respectant ses rythmes de sommeil et d'éveil, en proposant une alimentation simple et basée sur son appétit, en n'intervenant pas sur ses mouvements ni dans ses jeux. Elle considère donc l'enfant comme un sujet à part entière. En 1947, Emmi Pikler est chargée de diriger la pouponnière de la rue Lóczy, à Budapest, et elle entreprend de démontrer, avec enthousiasme, que des enfants peuvent se développer normalement en institution. Elle forme des nurses, le but poursuivi étant que l'enfant se développe avec joie et sécurité, afin de soutenir son désir d'activité et donc son développement harmonieux.

CE QUE FAIT AUX INSTITUTIONS L'INTRODUCTION DE NOUVEAUX OUTILS

L'équipe de la Frimousse a réfléchi et travaillé, dans le même mouvement que d'autres équipes, aux effets, dans notre institution, de l'introduction de nouveaux outils. Si elles suscitent de l'intérêt, ces approches différentes questionnent aussi toujours, voire bousculent, les pratiques déjà en place. Elles peuvent donc être accueillies avec distance ou méfiance, vécues comme mettant en cause le travail déjà en cours. *A contrario*, ces nouvelles pratiques peuvent susciter un enthousiasme excessif et risquent alors de devenir un mode de lecture exclusif. On peut craindre ainsi que ces nouvelles théories et concepts en supplantent d'autres et que l'équipe et l'institution soient prises dans des conflits difficiles à élaborer. Nous chercherons ici à illustrer nos processus d'appropriation¹.

1. Nous tenons à préciser que certains des mouvements évoqués ci-dessus ont surgi récemment. Cette contribution ne pourra rendre compte que de leurs prémisses.

La première journée de formation s'est déroulée en mars 2019. Une deuxième journée de formation est prévue en 2020. La formation ayant été pensée comme un processus, nous nous sommes mis au travail avant même qu'elle ne débute.

Réflexion en amont du démarrage de la formation

Nous avons, au préalable à cette formation, travaillé en équipe. Au cours de réunions, nous nous étions interrogés sur le sens du soin dans notre unité ainsi que sur nos attentes concernant la formation. Nous avons alors tenté de définir le soin « frimousois ». Le soin, pour nous, c'était alors : accueillir, écouter, respecter, accompagner, observer, ne pas juger, contenir, s'ajuster, porter, humaniser, réassurer, étayer, offrir des appuis, consoler, réparer, donner et recevoir, mater, envelopper, protéger, tenir et supporter, nourrir, transmettre, guider, parler, toucher, découvrir, aménager les espaces.

Notre conception du soin nous faisait aussi associer sur l'empathie, la bienveillance, la relation, le lien et les interactions, la confiance, l'authenticité, la qualité de présence, l'engagement, le partage, la douceur, l'autonomie, la liberté, l'improvisation, la créativité et la destructivité, la diplomatie, la surprise, la sensibilité, le corps, les apprentissages, la sécurité, les rythmes, la temporalité, les enveloppes, la profondeur, l'attention, la souffrance, l'espoir, le rejet, l'ambivalence, la remise en question, la transmission, la collaboration.

Nous avons également réfléchi à nos attentes : nous souhaitons pouvoir nous mettre encore plus à hauteur du bébé, dans une distance juste, ce qui implique une bonne connaissance du développement du bébé ; respecter ses temps, se mettre à sa portée ; penser la qualité de l'environnement par rapport aux besoins du bébé, à sa sensorialité ; s'accorder à la dyade ; ne pas *faire* les soins mais *être dans* les soins, dans une qualité de présence ; pouvoir analyser nos mouvements contre-transférentiels ; pouvoir se nourrir de connaissances et non de certitudes, d'expériences propres ou d'intuitions dans les soins aux bébés et à leurs mères. Nous souhaitons mettre au travail l'ambiance des soins, les risques d'intrusions, la distractibilité, la continuité des soins, l'aménagement de l'espace, les rythmes.

Voilà ce qu'était le soin pour nous avant la formation et les questions que nous nous posions. Avec, toujours, et de manière centrale, l'idée force

de remettre le bébé au centre de nos pratiques, puisqu'il est au centre de nos préoccupations et que nous sommes inscrits dans un service de pédopsychiatrie.

Mise au travail entre les journées de formation

Dans l'intervalle entre les deux journées de formation, nous avons poursuivi le travail à travers des réunions « recherche » hebdomadaires, que nous dédions à Pikler deux fois par mois.

Nous avons travaillé des textes, repris des éléments de la formation, ajusté pour partie nos pratiques, tentant de commencer un travail écrit retraçant ces processus. Si les mouvements d'enthousiasme ont pu venir d'emblée, les mouvements de distance, de méfiance ou de crainte d'une mise en cause du travail déjà en cours ont émergé plus récemment, peut-être au fur et à mesure que l'on s'appropriait l'outil et que l'on modifiait nos pratiques. Cet écrit constitue donc un modeste point d'étape.

Pour organiser la réflexion, nous avons constitué deux groupes qui « mélangent » des membres des équipes de l'hôpital de jour et de l'hospitalisation complète. Des référents de formation servent de fil rouge pour chaque groupe.

LA PREMIÈRE JOURNÉE DE FORMATION

La première journée de formation, qui a eu lieu en mars 2019, a été financée par le budget de formation annuel de l'ensemble des deux équipes, après un consensus. Pour la prochaine journée 2020, un dossier de candidature à un budget spécial dédié aux formations innovantes vient d'être envoyé, avec l'espoir qu'il en permette le financement. Il s'agit d'un dossier assez complet, justifiant l'intérêt de cette formation, ainsi que sa dimension innovante, tant par le fait qu'il s'agit d'une forme de soin non encore proposé au sein de notre établissement, que par le fait que l'éthique de soin Pikler-Lóczy, bien qu'ancienne en âge, nous apparaît absolument actuelle, reconnue de manière internationale, et congruente avec le regard actuel posé sur le développement du bébé, avec les apports des neurosciences, notamment de l'épigénétique.

Lors de la première journée, nous avons abordé les fondamentaux du soin piklérien, à savoir le respect de l'activité autonome de l'enfant et le rôle de l'adulte auprès de l'enfant.

L'activité autonome du bébé

Très tôt, Emmi Pikler avait pressenti que « le nourrisson, pour prendre, garder ou abandonner les différentes positions du corps, pour changer de posture ou se déplacer ou encore pour apprendre à se mettre debout et à marcher, n'avait aucun besoin de l'intervention de l'adulte » :

- selon elle, « le processus de développement du bébé est programmé et se déroule spontanément, dans un ordre donné, ce qui invite à faire confiance aux capacités des enfants! » ;
- elle invite à respecter toutes les manifestations spontanées du bébé, l'ordre et le rythme de leur apparition, la continuité du processus dont le bébé est auteur et acteur. Il importe de ne pas le contrarier ;
- l'activité spontanée initiée par l'enfant émerge lorsque sa sécurité affective est assurée et joue un rôle essentiel dans son développement ;
- pour les bébés, ces expériences participent à la « construction d'une sécurité intérieure et d'une conscience de leur propre valeur ; ainsi ils développent un esprit d'initiative, une curiosité et un intérêt pour la découverte du monde » ;
- la maîtrise de leur motricité se répercute sur le développement de toute leur personnalité ; ils acquièrent l'assurance dans leur corps ainsi que la prudence.

Développer le goût pour l'activité autonome est donc essentiel pour que les enfants deviennent des adultes « créatifs et responsables ».

Le rôle de l'adulte auprès de l'enfant

Emmi Pikler considère qu'auprès de l'enfant, l'adulte est garant des conditions qui vont permettre son évolution dans un environnement matériel et affectif propice à sa spontanéité et à son autonomie :

- l'un des principes est que le professionnel n'intervient pas directement pendant l'activité de l'enfant. Il reste dans une attitude permanente d'observation. C'est une observation « empathique », qui alimente la

relation avec l'enfant, vise à accueillir la diversité de ses manifestations et de ses émotions. Elle permet d'y répondre sur un mode qui favorise son bien-être, son épanouissement, qui l'ouvre vers l'extérieur et le sécurise. L'adulte accompagne l'enfant dans son activité par un contact visuel, voire verbal. L'observation de l'enfant, de ses capacités et de ses intérêts propres, de l'utilisation des objets, permet à l'adulte d'ajuster l'environnement. La qualité de l'environnement, des temps de jeu suffisants et continus, un espace sécurisé et adapté, permettent à l'enfant de développer ses compétences avec plaisir.

– la relation est vraiment privilégiée et individualisée lors des soins.

L'adulte consacre du temps aux soins à l'enfant sans jamais se presser. L'adulte laisse place aux initiatives de l'enfant et favorise la coopération. Ce faisant, il privilégie le langage et avertit l'enfant de tout ce qu'il fait et de tout ce qui va lui arriver. L'enfant est considéré comme « comprenant » et sujet de ce qui se passe pour et avec lui. Pour Emmi Pikler, c'est lors des temps de soin, l'habillage, la toilette et le repas, que la relation se noue autour d'échanges chaleureux et contribue à construire la sécurité affective. Selon elle, cette qualité de relation lors du soin a un impact important sur le déroulement des temps d'activité.

PREMIERS MOUVEMENTS SUIVANT LA JOURNÉE DE FORMATION

Les premiers mouvements par rapport aux apports de cette formation ont été de regarder ce bébé que nous avons en soins, de nous centrer davantage sur lui, tout en se tenant auprès de lui d'une manière nouvelle : à ses côtés au sol, en respectant sa motricité libre et ses élans propres.

Aménager l'espace et les temporalités

L'aménagement de l'espace s'en est trouvé impacté : que faire des transats et des portiques que nous avons dans l'unité, les enlever ? Mais on travaillait quand même avec avant... Vite, on commande des tapis. Les pièces entières s'en trouvent quasiment recouvertes. On s'allonge auprès des bébés, on retire les chaises. Et les chaises hautes ? Et les temps de repas ? Mange-t-on à l'heure des mamans ou à l'heure des enfants ?

Comment s'ajuste-t-on au bébé et jusqu'où? Il faut bien malgré tout garder un cadre, des repères de journée : on prend soin de six dyades tout de même... Il faut se rencontrer tous ensemble, ou bien le faut-il vraiment? L'ensemble de l'hôpital dans lequel se trouve notre unité a un rythme, un horaire de repas : comment les respecter?

Comment accorder le rythme propre de l'hôpital, celui de l'hôpital de jour et ceux du bébé et de sa mère? Et si on lâche tout, qu'est-ce qu'on garde? Jusqu'où peut-on aller, portés par cet enthousiasme initial? Et les mères que l'on accueille, elles ont des troubles le plus souvent, et elles viennent d'un héritage, concernant leur parentalité, qui est souvent à mille lieues des approches Pikler-Lóczy, comment concilier tout cela? Si on se centre sur leur bébé, est-ce que cela veut dire qu'on délaisse ses parents?

Nous avons la chance de travailler dans de vastes locaux, des espaces lumineux et ouverts. Mettre le bébé au centre, c'est lui faire de la place. La motricité libre implique que le bébé ait de la place pour bouger. S'adapter au rythme du bébé, c'est modifier le rythme de l'institution, pour s'ajuster au sien. Nous prenons donc le risque, en nous engageant dans cette formation, peut-être sans en prendre la mesure au départ, à la fois d'une modification de l'espace et d'une modification du rythme institutionnel de notre hôpital de jour.

Auparavant, ces grands locaux très lumineux et ouverts dont nous parlions un peu plus haut étaient très remplis : il y avait beaucoup plus de meubles, de chaises et par conséquent moins d'espace pour les bébés. Il y avait de petites tables, pour la plupart inutilisées, d'ailleurs. Ensemble, suite à la formation, nous avons eu le souhait d'aménager notre lieu de soins pour l'adapter à cette nouvelle éthique du soin. Des tapis ont été mis dans la salle à manger où, auparavant, il n'y avait pas d'espace au sol pour les bébés. Cela nous a amenés à remarquer qu'avant, l'hôpital de jour accueillait plutôt des enfants plus grands, et que la tendance est de prendre en charge plus précocement et, de ce fait, d'aménager les espaces pour de plus petits bébés. Auparavant, l'enfant était bien souvent posé sur une serviette sur le matériel au sol, dans une perspective d'hygiène, au cas où il régurgitait. Nous nous disons maintenant que cela limitait quand même l'espace de circulation du bébé. Même s'il pouvait rouler et se déplacer, il prenait le risque que l'adulte souhaite le remettre au centre de son espace délimité et protégé. Bien sûr, cela dépendait des soignantes... et des mamans. Actuellement, les bébés sur les tapis disposent de plus

de place pour bouger, regarder, rouler, découvrir, avancer, explorer leur environnement. Au décours de notre formation, en posant un regard neuf sur ces espaces de soin, nous nous sommes trouvés face à un nombre trop important de chaises hautes et de transats dans la salle à manger. Les transats ont été enlevés définitivement et nous avons trouvé un lieu de stockage pour les chaises hautes en trop. Certains meubles ont été enlevés, d'autres ont été mis dans la salle d'atelier, ils y ont trouvé une nouvelle utilité pour stocker du matériel.

Du fait du nouvel aménagement, les adultes se mettent au sol plus qu'auparavant, ils enlèvent leurs chaussures. Avant, beaucoup de soignantes étaient déjà au sol, pas déchaussées pour la plupart, mais les mères, elles, étaient plus souvent sur des chaises, assises à côté, dans une position plus extérieure. Dans ce mouvement de souci pour autrui dans les soins, nous avons davantage mis le bébé au centre pour la mère, et la dyade et leurs interactions au centre de nos préoccupations. L'aménagement de l'espace nous amène également à être attentifs aux vêtements que nous portons, ainsi qu'à ceux que portent les bébés, plus confortables et plus amples. Nous nous apercevons que nous proposons, plus facilement qu'avant, de laisser les bébés en chaussettes, en bodys et en couche, de troquer les jeans rigides contre des collants plus souples que nous prêtons volontiers... Dans la salle de vie des bébés, ce qui a changé, c'est la suppression des portiques, des tapis d'éveil, ainsi que le fait de privilégier l'installation de mobiles fabriqués par nos soignantes : des fleurs en feutrine qui pendent du plafond. Ils délimitent un espace intermédiaire, car nos plafonds sont très hauts. Ils offrent aux bébés la possibilité de fixer leur regard sur quelque chose, ou de s'en détourner, avec plus de liberté que ne le permet un portique. De plus, ils permettent de séparer l'espace visuel de celui de la préhension. Ces fleurs nous invitent à nous baisser, à respecter cet espace. Il nous semble que cela limite les risques d'intrusion dans l'espace visuel des bébés, et donc dans leur espace psychique. En travaillant la formation, nous avons réfléchi à ces risques d'intrusion, nous avons évoqué cela comme un problème ressenti dans notre unité, comme un élément à améliorer.

Les échanges sur cette question de l'aménagement de l'espace nous amènent au constat que l'ambiance de l'unité s'en est trouvée changée : les portes claquent moins, on a fait installer des grooms sur celles qui claquaient ; les voix se font moins fortes qu'avant, on parle plus bas ; on fait plus attention en entrant et en sortant des différentes pièces. C'est donc

l'espace dans toutes ses dimensions qui est modifié par ces changements. L'ambiance générale de l'hôpital de jour s'en trouve à son tour transformée, elle est plus feutrée.

Notre psychomotricienne, qui est depuis longtemps formée à l'éthique de soin Pikler-Lóczy, nous livre qu'à son arrivée dans l'unité, il y a deux ans, elle ressentait une impression de transparence, de porosité des espaces. Elle nous fait partager qu'actuellement, et suite aux modifications que nous venons de décrire, cette impression a disparu. Nous sommes plus au sol avec les bébés, dans ces espaces que nous souhaitons plus à leur échelle, à leur hauteur, et il nous semble que cela produit un effet de contenance, que cela enveloppe les enfants que nous avons en soins, que cela les borde, en quelque sorte. Quand on se met au sol, on voit à hauteur de bébé, cela modifie nos perspectives et nous rapproche de ses besoins et de sa vision des choses. Il nous semble que notre nouvelle façon d'habiter nos espaces nous permet d'être plus qu'avant à hauteur de bébé, et ainsi d'avoir plus d'empathie pour lui.

Libre motricité

Pour permettre la libre motricité des bébés, il faut leur donner de la place pour bouger. Avoir moins de meubles, des espaces moins encombrés, simplifiés, tout cela nous paraît favoriser la mise au sol des uns et des autres. Nous avons aménagé la qualité du sol. Investir le sol, c'est s'atteler au concret de l'espace pour favoriser la libre motricité et c'est prendre soin de ce qui nous soutient. Avant, à la Frimousse, on mettait souvent les tout-petits sur des fleurs, ils y étaient mal installés. Maintenant, les plus petits, on préfère les installer dans des petits lits-coques en plexi, ce qui leur permet d'avoir des appuis plus fermes et de voir leur environnement; pour un moment qui dure, cela nous paraît plus adéquat et cela permet également un plus grand respect de leur rythme. Si un bébé s'endort, on peut l'accompagner dans sa chambre, dans ce petit lit en plexi. La libre motricité, c'est aussi respecter le bébé dans son corps. Nous pouvons évoquer à ce sujet la notion de non-intervention du soin piklérien : comment se présente-t-on à l'enfant, intervient-on ou pas ?

La relation ne se définit plus d'entrée de jeu par le portage, ce qui se faisait plus avant. Nous tentons des entrées en relation plus ajustées aux besoins de l'enfant. Il s'agit d'observer avant de réagir et de répondre.

Nous prenons soin de ne pas écraser ce temps précieux de l'observation qui permet d'accéder à ce que le bébé nous montre et nous fait savoir de lui, de là où il en est, et donc de là où on peut le rencontrer. On laisse plus au bébé le temps de développer, de déployer son rythme, on intervient moins rapidement. Certaines choses ont évolué progressivement mais certains principes piklériens ont été mis en place d'emblée, comme un choix, comme une expérience. En effet, certaines soignantes ont véritablement fait le choix de changer leur façon d'être et de faire, d'être moins interventionnistes. Ayant fait l'expérience que cela produit des effets intéressants pour les soins, elles en ont fait retour aux mères, ainsi qu'à l'équipe. Le choix a pu être fait, par exemple, de ne plus asseoir certains bébés, et ce choix s'est fait en acte, comme on enlève une armoire. Tout n'a pas été radical, mais certaines choses se sont faites dans ce mouvement plus marqué.

Dans ce processus de formation, nous constatons que certaines soignantes sont convaincues, alors que d'autres continuent de cheminer. Les apports de cette formation sont reçus à un rythme propre à chaque soignante, et le travail de nos réunions d'équipe est d'homogénéiser nos pratiques tout en respectant le rythme propre à chacun, ainsi que ses résistances éventuelles.

S'adapter au rythme du bébé

Tous les temps auparavant institués (café du matin, repas de midi) sont devenus plus courts. Les enfants sont au tapis, ou couchés, pendant ces temps de groupe, alors qu'auparavant, ils étaient dans une chaise haute avec leur doudou, un morceau de pain, ou un petit jouet apporté de la salle de jeu. On quitte plus tôt le temps de café ou de repas pour se rendre en salle de jeu si l'enfant manifeste de l'impatience. On priorise le rythme du bébé sur celui des mères ou du groupe. Le groupe se dissocie pour le bien du bébé.

Avant, cela existait déjà avec certaines soignantes mais il s'agissait plutôt d'initiatives individuelles. Certaines s'autorisaient à le faire. Nous constatons que désormais cela est plutôt porté par le projet, et, dans ce mouvement, par l'institution. Les bébés passent moins de temps dans les chaises hautes. Si une mère doit finir son repas ou son café, les soignantes peuvent proposer de porter le bébé en disant « là,

il en a peut-être assez ». Après la formation, on a parlé des repas pris sur les genoux à Lóczy. Nous portons cette idée dans nos pensées. Même si ce n'est pas toujours possible, cela a déjà pu être proposé ponctuellement.

Au sujet du matériel, on se dit qu'on n'a pas accès à tout ce qu'on souhaiterait : les chaises hautes sont pour l'instant celles que l'hôpital peut nous fournir, mais elles ne sont pas idéales au vu de notre pensée piklérienne naissante. On part de l'enfant et de ses besoins pour proposer les objets et un regard neuf est posé sur les objets du quotidien. On utilise désormais un matériel simplifié, des objets simples comme des bassines. En utilisant un matériel simple, on transmet aux mères quelque chose qui parle par l'expérience, cette expérience que l'on fait ensemble, comme celle consistant à se mettre au sol ensemble ou à reconnaître ensemble le plaisir du bébé à jouer. Accueillir dans une ambiance Lóczy des bébés qui ont une profusion de jouets à la maison, c'est se demander comment on se situe dans une proposition d'un rapport différent à l'objet et au jeu. Dans notre unité, certaines proposent des jouets, d'autres laissent les mères les choisir pour leurs bébés. Nous n'avons pas encore élaboré la manière dont nous présentons l'objet aux enfants. *Object presenting* pourrait être traduit par « le fait de présenter l'objet ». Il s'agit de la troisième fonction maternelle théorisée par Winnicott, après le *holding* ou façon de maintenir, de porter et le *handling* ou façon de soigner. Cette fonction d'*object presenting* désigne la façon dont la mère présente le monde à l'enfant. En effet, la mère va introduire l'enfant à l'existence d'un monde extérieur à la dyade mère-enfant. D'où l'importance de penser cette question en équipe.

HISTOIRES CLINIQUES

Henry et sa mère

La situation clinique initiale était très sérieuse. Après la naissance d'Henry, sa mère a traversé un épisode dépressif très sévère, avec des troubles du sommeil et ses éléments psychotiques. Elle a été hospitalisée sous contrainte après une tentative de fugue avec Henry, alors qu'il avait un mois, dans un contexte d'idées délirantes de persécution. Cette hospitalisation s'est faite en secteur fermé de psychiatrie adulte, en Moselle. Elle voyait alors Henry lors de temps de visites.

Il s'agit d'un souvenir traumatique pour Mme M., qu'elle évoquera peu au cours de sa prise en charge. Nous la rencontrons plusieurs semaines après la sortie de cette hospitalisation, dans un état clinique nettement amélioré mais encore très préoccupant, avec en particulier des idées délirantes de faire du mal à Henry accompagnées d'angoisses massives. Si elle montre un accordage à Henry de grande qualité par moments, ceci est très instable, et elle s'extrait très fréquemment de la relation, se mettant un peu à distance ou changeant de pièce, du fait d'images intrusives de maltraitance d'enfant. Elle voit, par exemple, « un bébé secoué », s'interroge sur le risque, et fuit la relation et le regard, dans un mouvement de protection de son fils. Ces idées délirantes et obsédantes surviennent alors des dizaines de fois par jour. Elle se montre d'emblée réticente aux soins de périnatalité, elle banalise ses difficultés malgré ces symptômes envahissants. Elle ne semble pas saisir l'enjeu pour sa relation à son fils des soins de psychiatrie périnatale. Elle accepte tout de même, avec ambivalence, un accompagnement en hôpital de jour. Henry a alors 5 mois, c'est un beau bébé plutôt dodu, très souriant, ses yeux sont clairs, son regard est intense, hypervigilant. Il nous apparaît plutôt agité, tendu. Notre première rencontre nous fait retenir de lui cette hypervigilance souriante. La question du regard est alors centrale : Mme M. porte Henry présenté au monde, dos à elle, et les échanges de regards au sein de la relation mère-bébé n'existent que lorsqu'ils sont initiés par elle. Henry, en début de prise en charge, ne pouvait nous regarder sans crier. Il s'apaisait lorsqu'on l'extrayait de notre regard. Il présentait également une agitation motrice importante. Actuellement, il n'a plus d'inquiétude à regarder ou à être regardé et ses échanges de regards s'accompagnent d'un beau sourire lumineux. Au niveau moteur, Henry se pose davantage. Le regard de sa mère a également changé. Avant, il nous paraissait traversant et vide. Nous avons travaillé avec insistance l'adhésion aux soins de Madame du fait de son ambivalence et de sa pathologie. Le père d'Henry a été une personne ressource pour créer cette alliance thérapeutique. La relation entre Henry et sa mère a évolué en même temps que notre équipe a progressé dans son fonctionnement suite à la formation Pikler. Ce mouvement s'est fait dans le même temps pour nous et pour eux. Après des réajustements, évalués et discutés de part et d'autre, ce travail prend sens et permet de ce fait une meilleure adhésion aux soins et une nette amélioration de la relation mère-enfant. La maman s'est rapidement appropriée ce qui lui a été transmis par les soignantes. Cette dyade nous montre un cheminement commun, une expérience partagée.

Mme M. explique maintenant le plaisir qu'elle a à s'installer au sol avec Henry, à l'observer, à le regarder jouer. Elle le regarde avoir ce plaisir-là, en maintenant un espace de sécurité autour de lui. Le couple a également aménagé son intérieur au fil de l'accompagnement de soin, dans un véritable mouvement d'appropriation. Auparavant, à la maison, Henry était mis dans le parc très souvent.

Henry nous semble actuellement transformé, dans une belle évolution psychomotrice. Quelque chose pour eux s'est mis en mouvement. Nous notons ici que l'aspect groupal de ce temps est aussi bénéfique. Dans le groupe, les mères voient cette façon de faire le soin alors qu'il est expérimenté par d'autres, et non en réponse à leur difficulté propre uniquement. Ce pas de côté, y assister pour l'autre, peut se révéler moins menaçant. Les mères assistent ainsi au fait qu'il y a quelque chose de commun, de transversal, dans l'institution, qu'il y a des principes portés pour tout le monde. C'est une des valeurs du groupe, de tout groupe, que de permettre des effets de miroir et d'identification. Cet aspect-là nous semble vraiment important concernant les principes piklériens. Si, pour Henry et sa mère, cette éthique de soins s'est révélée porteuse, pour d'autres dyades, elle peut au contraire être vécue comme menaçante, angoissante, culpabilisante.

Juliette et sa maman

Évoquons maintenant Juliette, 5 mois, et sa maman Mme A. que nous avons rencontrées d'abord à l'unité temps plein dans un contexte de difficultés alimentaires chez Juliette et d'effondrement dépressif chez sa mère. Mme A. souhaitait vivement allaiter mais c'était très compliqué. Juliette ne tétait pas et sa maman était très désemparée. Madame A. pleurait beaucoup. Juliette est alors une enfant calme qui dort énormément. Nous pouvons parfois nous en inquiéter, notamment en début de prise en charge. Sa maman peine à se séparer d'elle et elle a Juliette dans ses bras pendant de longs moments, dans un portage au début peu ajusté, peu contenant.

Madame est très angoissée, dissociée parfois. Elle s'appuie sur l'équipe soignante et la question de l'allaitement se règle rapidement. Nous allons proposer des temps d'éveils à Juliette en motricité libre. Dans la salle de jeu des petits de l'UMB, des tapis recouvrent le sol. Madame est alors invitée à prendre place confortablement auprès de sa fille et Juliette explore. Elle est contemplative. Sa maman nous exprime ses difficultés à laisser Juliette

explorer seule. « J'ai l'impression de ne pas m'en occuper assez, de ne rien faire pour elle », nous répète-t-elle fréquemment. Et pourtant, Juliette est apaisée, souriante, elle prend les jouets, les passe de main en main. Une prise en charge à la Frimousse débute alors. Sa maman repère que Juliette peut babiller pour l'appeler, lorsqu'elle est posée au sol à distance d'elle. Il a fallu beaucoup de temps pour que la maman de Juliette puisse ensuite transposer chez elle les premières expériences faites dans notre unité. Soutenue par nos équipes, elle a aménagé son intérieur, acheté un tapis d'éveil. Elle peut évoquer ses choix de jouets, connaît les préférences de sa fille : « Elle préfère un ou deux jouets à la fois et des simples ».

Cette maman invite désormais sa fille à des temps de libre motricité quotidiennement... Mais laisser Juliette évoluer librement la renvoie à son contenu psychique. Elle nous explique qu'à la maison, elle sait laisser Juliette sur le tapis sans souci, tant qu'elle cuisine et qu'elle fait du ménage ou le linge. Elle a compris que c'est important pour Juliette, mais quand elle n'est pas occupée, elle doit se mettre auprès d'elle. Elle exprime qu'alors laisser Juliette évoluer seule librement la culpabilise : elle a peur que celle-ci s'ennuie, comme elle-même, au fond. Son ennui ou son inactivité à elle correspondent sans doute à la confrontation à son contenu psychique, et cela lui est douloureux et menaçant, empreint des questions traumatiques de son histoire. Être dans l'agir, pour Mme A., la relie aux sensations, et c'est sa manière d'habiter son corps.

Cette question de Juliette laissée à sa libre motricité, à ses découvertes, en étant dans l'observation et l'accompagnement tranquille, la renvoie à sa représentation de la maternité. Pour elle, mater, c'est être dans l'agir. Ce n'est pas être dans une simple présence maternelle rassurante. Nous peinons à lui transmettre la notion de présence piklérienne, se situant du côté de l'être. Cette dyade nous montre aussi les difficultés rencontrées à partager les valeurs piklériennes. Comment laisser place à l'initiative de l'enfant et mettre l'adulte du côté de celui qui va aménager l'espace et avoir une fonction contenant ? Cette question se pose en particulier pour des mères en souffrance ou présentant des troubles psychiatriques. Cette maman reste ambivalente, elle entend les conseils et a le désir de laisser sa fille initier, mais cela reste difficile. Comment travailler le passage de l'« être là » à l'« être avec » ?

« La capacité d'être seul est un signe des plus importants de la maturité du développement affectif », selon Winnicott. L'immaturité du

moi est compensée initialement de manière naturelle par le support du moi offert par la mère. Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère, support du moi, et devient capable d'être seul sans recourir à tout moment à elle. La maturité et la capacité d'être seul impliquent que l'individu a eu la chance, grâce à des soins maternels suffisamment bons, d'édifier sa confiance en un environnement favorable. Que faire avec des mères pour qui être seules est une difficulté? Chez qui peut-être, au fond, la capacité d'être seul ne s'est pas établie? Comment alors porter cela pour leur enfant sans engendrer trop de douleur pour la mère? Nous tentons d'accompagner en douceur Mme A. et Juliette dans leur cheminement, en respectant les possibilités de la maman avec ses troubles propres.

Dans une institution, quand un nouvel outil s'invite, que garde-t-on et que modifie-t-on de nos pratiques? Comment peut-on supporter une éthique de soin qui, dans un même mouvement, nous enthousiasme et nous fait mettre en question nos habitudes et nos pratiques? Des pratiques dont il se trouve qu'elles fondent le soin de notre unité depuis des années. Comment, en somme, être fidèle à nos pratiques et en même temps les modifier, les transformer? Ces temps de modification profonde de l'institution amènent à des difficultés institutionnelles. On remet en question certaines pratiques qui avaient cours à la Frimousse, par exemple les promenades qui étaient proposées pour certains bébés, lors d'endormissements difficiles entre autres. Ces principes ont été questionnés par l'apport de ce nouvel outil. Quel sens prend une promenade dans ces nouvelles perspectives? Nous avons actuellement suspendu la dimension « à la demande », avec l'idée de discuter au cas par cas de la pertinence de sortir. Et ce mouvement institutionnel a pu être vécu, par certains membres de l'équipe, comme une restriction de leur liberté et de leur autonomie dans les soins. Lorsqu'on vient remettre à plat nos pratiques et les questionner toutes, cela peut être vécu comme une mise en cause des compétences. Lorsqu'on vient tout questionner, cela peut entraîner un vertige institutionnel.

Voici quelques-unes des questions auxquelles nous n'avons pas encore répondu ou qui nous interrogent sur la manière d'adapter nos pratiques à l'éthique de soin piklérienne :

- Comment accompagner les pleurs des bébés ainsi que le sommeil, qui est très souvent perturbé?
- Lorsque nous ne nous focalisons que sur l'enfant, est-ce que nous oublions les mères et leurs troubles?
- Est-ce que les *troubles maternels* viennent parfois limiter ou freiner la portée de nos actions de soin piklérien?

Dans certaines situations, les troubles nous paraissent trop envahissants pour permettre d'« importer » Pikler. Lorsque l'environnement n'est pas adaptable ou que la sécurité affective n'est pas assurée, il est plus compliqué de laisser l'enfant jouer en autonomie. Lorsque la mère présente une déficience intellectuelle ou une carence affective, nous devons intervenir malgré tout ce que nous avons dit ci-dessus, pour permettre par la suite la libre motricité et l'autonomie du bébé.

On peut également penser que l'idéal du soin piklérien est inapplicable avec certains *enfants qui présentent des difficultés marquées* : comment proposer, par exemple, un temps de change piklérien à un bébé présentant une hypertonie prononcée, un grand élan moteur qui semble entraver cette façon de faire le change?

- Est-ce que le fait que les soins se fassent sous le regard d'une soignante biaise la façon de faire de la mère et sa spontanéité?
- Comment plus inclure les pères dans le mouvement piklérien que nous proposons à leurs bébés? De quelle façon les informer, s'ils ne peuvent, comme leurs compagnes, en être imprégnés par les propositions de l'hôpital de jour? La question de la place des pères dans les soins se pose là aussi.

Ce sont ces interrogations que nous mettrons au travail pour notre deuxième journée de formation. Elles sont encore en pleine réflexion au sein de notre équipe puisque, comme nous l'avons écrit, nous ne sommes qu'au début de notre processus de « piklérification » !

Nous pouvons conclure en reprenant les propos porteurs de Bernard Golse pour lequel « Finalement, Lóczy ne changera pas le monde, mais il peut aider à changer certains bébés et ce sont eux qui changeront le monde ».

Ce texte témoigne que Lóczy a changé et changera la Frimousse.

LES GROUPES PIKLER¹ BÉBÉ-PARENTS : UN DISPOSITIF D'ACCUEIL INSOLITE POUR PRENDRE SOIN DU LIEN

Maryse CHABAUD², Jocelyne ROUX-LEVRAT³, Véronique SZTARK⁴

L'HISTOIRE DE TOM ET MARIE

Tom arrive aujourd'hui avec sa maman, c'est la première fois que nous les rencontrons. C'est un bébé chevelu, brun, avec un visage allongé et un regard intense. Habillé « comme un grand » il n'a rien d'un « poupon ». Son air sérieux et grave peut laisser place à un joli sourire quand nous nous adressons à lui. Malgré l'inscription de sa maman par mail à l'atelier la veille précisant l'âge de Tom, je reste incapable de le situer quand je le vois, ne sachant plus du tout s'il a 7, 8 mois... ou 3. Tom s'avèrera avoir 3 mois. Marie, sa maman, est une grande femme très brune elle aussi, au teint pâle, souriante mais toute vêtue de noir. Le noir de sa tenue n'est pas « looké » et m'évoque plutôt une tenue de deuil.

À leur arrivée, les premiers ce jour-là, je ressens dans la rencontre avec l'un et l'autre quelque chose d'un décalage : l'âge de Tom, tout d'abord, me

1. En référence à la pédiatre hongroise Emmi Pikler

2. Infirmière puéricultrice, ayant exercé en PMI à l'Unité Serge Lebovici de l'hôpital du Vinatier, formatrice à l'association Pikler-Lóczy de France (APLF).

3. Psychologue clinicienne, formatrice à l'association Pikler-Lóczy de France (APLF).

4. Psychologue clinicienne en libéral et en crèche, ayant exercé en HAD pédiatrique, formatrice à l'association Pickler-Locsy de France (APLF).

trouble. Mais je suis aussi perturbée d'avoir tout oublié de cette inscription de dernière minute. Inscription qui m'avait pourtant saisie par le caractère d'« urgence » qu'elle semblait revêtir et par son ambivalence. Marie, à 21h la veille de l'atelier, disait vouloir s'inscrire tout en précisant que son bébé, qu'elle ne prénomait pas, avait son BCG ce jour-là aussi, et qu'elle n'était pas sûre de venir.

Marie s'est, en effet, inscrite aux Ateliers Pikler via le site de « la Cause des Parents »¹, association de parents très active sur la région lyonnaise, qui gère un lieu : la Maison de la parentalité et de la naissance, dans lequel de nombreuses activités payantes ont lieu : yoga pré- et postnatal, chant et danse, massage-bébé, portage, accompagnement à l'allaitement... ainsi que des rencontres gratuites entre parents, des groupes de paroles... différentes associations y interviennent dont l'Association Pikler-Lóczy de France², Maman Blues, Galactée,...

Aux ateliers Pikler, la proposition que nous faisons aux parents est de venir pour un temps de pause partager avec des accueillantes et d'autres parents leurs questionnements concernant leur bébé, en regardant ce dernier jouer, bouger, être dans les bras, téter... Nous proposons de partager les connaissances d'Emmi Pikler et de ses successeurs sur le développement du bébé et sur l'intérêt de la liberté de mouvement et de l'activité autonome dans la construction psychique du tout-petit. Ce partage est une expérience vécue au rythme de chacun : bébé comme parent.

Avant chaque atelier nous mettons en place la pièce : des coussins sont installés le long des murs à l'intention des parents, un fauteuil pour les femmes enceintes qui le souhaiteraient ou pour les mamans qui allaitent ou pour quiconque préférerai être assis en hauteur, des coussins différents sont positionnés pour les accueillantes. Des objets sont installés au centre de la pièce en fonction de l'âge des bébés, invitant ces derniers à venir les découvrir. Aujourd'hui, nous avons installé des tapis en laine dans le coin identifié pour les plus jeunes (2-3 mois) avec devant chaque coussin d'adulte un linge en coton pour chacun des bébés. De petits objets sont installés autour des langes : petits hochets en bois, balles à trous, tissus colorés mis en volume, petites peluches... objets légers et facilement préhensibles afin

1. <https://www.lacausedesparents.org/>

2. <http://pikler.fr/>

que le bébé, en bougeant par hasard au départ, puis intentionnellement ensuite, puisse attraper de lui-même ce qui l'attire.

Un autre coin est mis en place aujourd'hui à l'intention des enfants plus grands (8-9 mois) qui se déplacent : des objets plus volumineux comme des corbeilles de différents matériaux, des balles différentes, des récipients... mais aussi du matériel pour grimper, glisser, pousser...

Je retrouve Tom et Marie dans la salle dans laquelle se déroule l'atelier, après avoir accueilli dans l'entrée les cinq autres familles présentes aujourd'hui. Je m'installe à la place qui est plutôt la mienne en début de séance, du côté « des plus grands ». Jocelyne est dans une place centrale, elle assure la continuité du groupe. Maryse est, quant à elle, tout ouïe et tout regard pour Tom et Marie.

Tom, dans les bras de sa maman, entre dans la salle ; Marie me dit que Tom n'est pas très en forme, il a eu son BCG ce matin. Tom se tient déjà très droit dans les bras de sa mère ; il tient parfaitement sa tête et sa nuque, seulement soutenu dans le bas de son dos par le bras et par la main de sa maman, et légèrement tourné vers l'extérieur, ce qui lui donne l'aspect d'un grand garçon qui se tient tout seul. Je le salue, ainsi que sa maman. Il est très intéressé par ma présence ainsi que par celle de Jocelyne. Il nous sourit spontanément, presque prêt à des vocalises, sa bouche s'ouvre, tout son corps est tendu en avant, son regard est assez traversant. Il est grand, cheveux foncés avec des grands yeux marron foncé. Je leur propose de s'installer près du coin des bébés. Une autre maman avec son petit bébé de deux mois porté en écharpe va s'asseoir non loin d'eux, puis, tout près, s'installe une jeune maman qui attend son premier enfant, elle est enceinte de huit mois.

Après nous être présentées, nous définissons le cadre de cet accueil, son contenu.

Nous précisons que notre proposition de plat dos pour les tout-petits, que jouer à petite distance de son parent, cela peut prendre du temps ; le temps dont l'enfant et sa maman ont besoin. Nous précisons aussi que regarder l'environnement en étant dans les bras de sa maman est déjà une façon de découvrir le monde et, pour les tout-petits en particulier, un temps nécessaire avant de pouvoir jouer au sol. Puis les mamans vont se présenter avec leur bébé.

Marie dit d'emblée qu'elle vient à la Maison de la parentalité et de la naissance une fois par mois à un groupe de parents, et ce depuis 3 ans. Je m'interroge mais je ne pose pas de question. Tom se contorsionne dans les bras de sa maman. Il se tend en arrière, montre son inconfort dès que sa maman tente de le rapprocher de son corps à elle, comme s'il voulait s'en échapper. Tom et Marie ne se regardent pas dans cette proximité corporelle ; au contraire, cela provoque des mouvements de retrait tant visuels que corporels pour Tom.

Assez vite Marie va poser Tom sur le tapis, sentant sans doute cet inconfort chez son bébé. Puis elle va très rapidement s'adresser à moi, me poser beaucoup de questions, presque insatiable, me laissant percevoir une grande inquiétude. Ce qui est incroyable, c'est l'attitude de Tom sur le tapis : il se calme spontanément. Il regarde autour de lui, et semble écouter sa maman. Marie explique qu'à la maison, elle le porte peu. Tout en regardant une maman allaiter son bébé, elle associe « Tom a refusé de prendre le sein, il ne voulait pas téter », et ce malgré toutes ses tentatives de chercher de l'aide à l'extérieur (professionnelles, mères allaitantes, associations diverses...). Elle poursuit : « j'ai tout essayé mais rien n'a fonctionné, alors je lui ai donné le biberon avec mon lait que je tire ». Je la sens triste, éprouvée, culpabilisée.

Elle reprend : « il n'aime pas que je le porte, il préfère être allongé dans son lit ; de temps en temps, je l'installe sur le transat quand nous prenons nos repas. » Je suppose qu'elle parle du papa.

Ce contact corporel qu'il refuse, c'est comme s'il la repoussait. Elle ne l'exprime pas directement (pas comme ça) mais je le perçois dans son expression corporelle : son visage se ferme, elle baisse les yeux, les larmes ne sont pas loin, elle se contient. Elle est toute vêtue de noir aujourd'hui, pas une trace de maquillage sur son visage.

Pendant que Marie me parle, Tom est près de nous sur le tapis. Dès qu'il se manifeste par des petits cris, Marie le reprend et l'embrasse furtivement sur le front puis le repose sans un mot. Elle raconte la plagiocéphalie, les conseils des uns et des autres, son inquiétude perpétuelle de mal faire avec son bébé.

Tom pleure plus fort maintenant, se contorsionne, pleure de plus en plus fort. Ses cris sont insoutenables pour la maman qui ne peut mettre aucun mot ; elle le prend dans ses bras, le berce, puis elle se lève. Tom continue de pleurer, elle pense qu'il a sommeil. Jocelyne lui propose de

l'installer dans sa poussette si besoin mais Marie dit qu'elle sait qu'il ne s'endormira pas. S'engage alors un échange sur l'endormissement à la maison. Quand elle pense qu'il a sommeil, elle le couche dans son lit et reste près de lui. Il adore prendre son doudou, me dit-elle, et le mettre sur son visage, il se cache puis s'endort assez vite.

Marie se déplace dans la pièce, comme prête à partir. Je lui dis que, bien sûr, elle peut partir si elle le souhaite, si elle pense que c'est mieux que Tom rentre dormir à la maison, mais qu'elle peut aussi rester, les pleurs de Tom ne gênant pas le bon déroulement de l'Atelier. Finalement Marie choisit d'installer Tom sur les matelas empilés au fond de la pièce (matelas qui servent à d'autres activités), elle l'allonge et reste près de lui comme à la maison quand elle le couche dans son lit. En effet, Marie connaît bien son fils : à peine posé, Tom se calme comme s'il avait besoin de se sentir tenu contenu. Il s'appuie sur toutes les parties de son corps : le haut de son crâne, ses jambes, tendues jusqu'aux talons, et ses bras, allongés le long du corps jusqu'à la paume de la main à demi fermée. Il ne bouge plus, comme collé au matelas, et regarde sa maman à petite distance.

Devant cette scène, j'ai l'idée de lui proposer un petit matelas fin que j'installerais près d'elle dans la salle, ce qu'elle accepte volontiers pour revenir dans le groupe avec son fils. Tom se réinstalle de la même façon que je viens de décrire. Il nous regarde, sourit en réponse aux sollicitations de sa maman qui s'adresse à lui et commence à lui parler : « Tu es bien, là. » Je la sens soulagée. Le tonus de Tom baisse, se relâche, sa respiration devient plus régulière, il se détend peu à peu, ouvre ses mains, soulève son bassin... Il ne me semble pas qu'il ait vraiment sommeil. Il est très calme et détendu et regarde tout ce qui se passe autour de lui, ne manque pas de répondre aux sollicitations de sa maman : c'est un autre Tom, rassuré et en lien avec sa mère, mais aussi avec les objets qu'il peut contempler avec une attention bien plus soutenue. Marie le stimule, ne semblant pas bien supporter ce moment contemplatif. Elle agite son doudou au-dessus de sa tête. Faut-il qu'elle vérifie qu'il est bien vivant, de quoi a-t-elle peur ?

Tom s'excite, s'agite, il me semble qu'il a envie de toucher et de prendre son doudou. Nous échangeons avec Marie autour de ça, elle me parle du portique qu'elle installe tous les jours pour lui. Tom m'apparaît très excité, mais Marie, elle, le trouve joyeux. Je me permets de lui dire qu'il manifeste sans doute son envie d'attraper son doudou, et de façon générale les objets,

et de les porter à sa bouche, maintenant qu'il a grandi. « Oui » me dit-elle, « j'y ai pensé mais je ne sais pas comment faire. »

Nous regardons Tom ensemble maintenant. Il est tout de suite intéressé par un petit tissu qu'il attrape après plusieurs efforts et qu'il pose sur son visage comme son doudou. Il le perd, le retrouve, s'intéressant un long moment à cet objet qu'il fait apparaître et disparaître. Peu à peu, le visage de Marie s'illumine, elle peut juste regarder son bébé et le contempler.

Comme si ce jeu de caché-coucou avait aussi une fonction pour Marie, Tom non seulement réapparaît après avoir disparu, mais en plus il le fait par lui-même : il a cette capacité à supporter son absence et à la retrouver. Tom lui aussi est calme : il rêve, écoute, pense, soulève son bassin, croise ses pieds pour saisir l'objet en tissu, puis enfin l'attrape, petit moment jubilatoire entre mère et bébé. Ils sont enfin l'un avec l'autre dans une rencontre harmonieuse et plus ajustée. Entre-temps, je m'adresse aussi à la maman enceinte qui me regarde et pose beaucoup de questions sur son futur bébé, sur ce qu'il est bon de faire et de ne pas faire. Maintenant que je sens Marie plus tranquille avec son bébé, je me permets de la laisser un petit moment en présence de Jocelyne qui est à côté de moi pour m'approcher des bébés plus grands. En écrivant et en échangeant avec les autres accueillantes, j'ai pu ressentir ce moment comme un besoin de m'échapper un peu. La maman de Tom me sourit et me dit merci.

J'ai vraiment vécu cette détresse et cette souffrance communes tantôt en m'identifiant au mal-être du bébé et en me contorsionnant sur mon coussin, tantôt en m'identifiant à la tristesse et à la détresse de la maman, tout en accueillant ses questions, ses hésitations, ses choix. Je me suis constamment appuyée sur les ressources de l'un et de l'autre pour permettre enfin cette rencontre plus sereine, parce que je suis et parce que je reste convaincue des ressources et de la vitalité de Tom tout au long de cet accompagnement que je cherche à déployer, comme je suis convaincue de la bienveillance de cette mère à l'égard de son bébé. Je retrouve Tom et Marie quelques minutes après.

Tom est alors installé sur un petit matelas fin, allongé sur le dos à côté de sa maman. Il tient son doudou (une tête de canard avec un corps plat) à pleines mains, le bec du canard près de la bouche. Je suis émerveillée de le voir ainsi, détendu et actif, ce qui contraste avec ma première impression d'un bébé « âgé » et fermé. Quand je m'approche de lui en lui disant « oh

que tu es bien ! », il m'offre un large sourire. Je suis alors accroupie devant lui, Marie est sur ma droite, tout près. Je parle un peu à Tom du fait qu'il est bien là, avec son doudou, à côté de sa maman. Il me regarde intensément, me sourit ; j'ai un grand plaisir à regarder Tom et à voir ses ressources se déployer. Je sens aussi Marie beaucoup plus détendue qu'à son arrivée. Un changement radical dans l'ambiance de ma rencontre avec eux s'est opéré. D'une dyade tendue, sérieuse à l'arrivée, nous sommes passés à un bébé ouvert et à une maman pleine de tendresse. L'un et l'autre peuvent se regarder et se sourire.

Je m'installe sur le coussin libre à côté de Tom qui se retrouve ainsi entre sa maman et moi. Sur ma droite est installée la maman enceinte. Après avoir joué avec son doudou, Tom prendra ses doigts et les mettra dans sa bouche. Sa main gauche est ouverte et fait comme un éventail autour de sa bouche et il peut téter un peu son index et son majeur ; il babille. Détendu dans l'ensemble de son corps, il peut se rassembler, mains dans la bouche, pieds qui se touchent, et écouter, puis se centrer, se concentrer sur son activité avec ses mains et sa bouche, alors que nous parlons entre adultes. Marie a des questions sur le développement moteur des enfants et sur la « normalité » de ce développement : « à quel âge se retournent-ils ? » me demande-t-elle ainsi. Je raconte les découvertes d'Emmi Pikler sur les capacités innées des bébés à trouver leur propre chemin de « se mouvoir » à leur rythme et lui dit que Tom est en route ! Je parle ainsi de l'intérêt de laisser le bébé libre de ses mouvements, afin qu'il puisse choisir les positions dans lesquelles il est bien, afin qu'il puisse aussi choisir ses jeux... Marie dira assez intensément « oui, c'est vrai, on veut souvent faire pour eux. » Je dirai aussi, m'adressant également depuis le début à la maman qui attend son bébé, qu'en tant que parent on peut parfois être pressé de voir son bébé grandir et franchir les différentes étapes de son développement pour se rassurer sur le fait que tout va bien pour lui. Je ne peux m'empêcher d'ajouter, ce qui me surprend un peu, la nécessité d'un suivi médical pour s'assurer quand même que c'est le cas.

Ce n'est qu'en travaillant cette observation après-coup que je me rends compte combien j'étais habitée par le pressentiment d'un bébé mort avant Tom et que, probablement, il était nécessaire d'ajouter que la confiance dans les ressources innées du bébé ne suffit pas, que parfois il y a de vraies difficultés. Marie, mettra un peu de temps à partir à la fin de la séance, et nous confiera, alors qu'il est question de savoir si elle reviendra aux ateliers

à la rentrée, qu'elle a perdu un bébé il y a trois ans. Elle souhaite ainsi prendre du temps avec Tom et ne pas retravailler trop tôt et elle espère pouvoir revenir aux ateliers. Cette annonce peut s'exprimer en fin d'atelier témoignant du travail psychique qui a eu lieu pendant cette séance et qui a permis à Marie de rencontrer Tom dans toute sa vitalité. Cette mise en mots nous a soulagées de l'angoisse qui planait tout le long de l'atelier et nous a permis de penser le rôle d'une écoute patiente, qui va au rythme de l'enfant et du parent.

EN QUOI CE DISPOSITIF D'ACCUEIL PEUT-IL ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UN ENTRE-DEUX DANS LE SOIN EN PSYPÉRINATALITÉ ?

Ce dispositif d'accueil, de par son cadre et de par son objectif, permet aux parents « tout venant » de venir nous rencontrer avec leur bébé.

Nous accueillons ainsi ces familles dans leur singularité, sans connaître leur histoire ni leur blessure ... comme nous l'avons fait pour Marie et Tom aujourd'hui.

C'est dans cette atmosphère tranquille, libre, choisie, centrée sur la motricité libre de leur bébé, en dehors de toute évaluation des soins de maternage, du développement psychomoteur du bébé ou du lien mère-bébé, que se déroulent ces ateliers.

C'est une proposition insolite, presque étrange, que nous proposons : être avec son enfant, le regarder jouer, observer avec nous, partager, être présente sans faire à sa place tout en répondant à ses sollicitations.

C'est ce « corps accord » qui se joue sous nos yeux de façon très subtile et qui est rendu visible par l'observation fine et attentive des accueillantes, avec cette question du temps suspendu où chacun se retrouve aussi face à soi-même. Tout se passe comme si l'enfant nous dessinait son monde intérieur à travers son jeu, son activité, mettant en scène ce qui le relie à sa mère puis à nous, comme l'a fait Tom en se cachant avec son doudou puis avec un tissu, mettant en scène sans doute l'absence occasionnelle de sa mère, puis leurs retrouvailles.

L'attention soutenue de l'accueillante, partagée, permet à la maman de se rediriger vers son bébé et d'accueillir les messages qu'il lui adresse de façon consciente ou inconsciente, mais aussi ses projections qu'elle peut peu à peu transformer grâce à sa capacité de rêverie retrouvée.

De même que Marie, qui s'est saisie peu à peu de notre proposition de regarder son fils, les mères peuvent commencer à s'émerveiller, à se réjouir des compétences de leur bébé, à rire, à sourire avec lui...

Tom, de son côté, malgré ses difficultés, va aussi se saisir de la proposition que nous lui faisons d'être installé sur le sol, sur un tapis fin et ferme qui lui donne la possibilité d'expérimenter son corps autrement et de sentir ses appuis corporels. Après un moment où il s'agrippe à son tonus (juste après que sa mère l'ait posé), il peut évoluer pour trouver des appuis sur le sol qui vont lui permettre de se réorganiser (de s'organiser) petit à petit. Libre de ses mouvements sous notre regard (le nôtre et celui de sa mère), il peut ainsi se calmer, se détendre, se rassembler, et finalement jouer. C'est bien parce que nous nous laissons guider par ce qui vient du bébé et par ce qui est en mouvement chez lui... que nous pouvons faire des propositions ajustées, en gardant espoir.

Nous sommes animées par l'idée que nous avons à préserver les ressources de développement des bébés. Et nous sommes aussi mues par le désir de transmettre aux parents notre point de vue sur le développement des bébés et de leur permettre de rencontrer la vitalité de leur bébé et ses capacités d'initiative et de création dès le début de sa vie.

Nous pensons que la liberté de mouvement offerte au bébé est une voie harmonieuse vers sa construction psychique : « les mouvements possèdent une force élaborative avec des possibilités subjectivantes, en transformant les expériences émotionnelles en formes gestuelles et corporelles, en transformant l'énergie pulsionnelle en symbolique et figuration. » (VAMOS 2015)

Ce groupe est une vraie enveloppe pour la maman et le bébé, il permet de laisser émerger les possibles comme les doutes et il vient contenir les mouvements émotionnels et les tensions grâce à l'attention constante et continue de l'accueillante.

BIBLIOGRAPHIE

- VAMOS, J. (2015) « Élan et verticalité. Vers une écoute de la narration motrice. », in A. Konicheckis, S. Korff-Sausse, *En mouvement entre psychopathologie et créativité*, Paris, In Press.

LA RÉUNION CLINIQUE BÉBÉ : PENSER LE BÉBÉ ET SON PROJET DE SOINS EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Germain DILLENSEGER¹, Carla DERON², Sarah ENSER³, Anne KULESZA⁴,
Catherine NOVEL⁵, Jean EBERT⁶

RÉSUMÉ

La réunion clinique bébé est une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire centrée sur la situation clinique d'un bébé hospitalisé. La synthèse des observations réalisées par les différents membres de l'équipe dans différents contextes, mais aussi le partage en groupe des éprouvés et des associations de chacun, permettent de se construire ensemble une représentation plus complète de l'enfant en développement sous ses différentes facettes, et de la place qu'il occupe dans l'économie familiale ainsi qu'au sein de l'équipe des professionnels. Dans ce temps précoce de la vie postnatale, ce discours à plusieurs voix sur le bébé contribue à soutenir sa place de sujet au sein des groupes qui l'entourent et le portent. Il vise à proposer des orientations plus ajustées dans la suite du projet de soins, en s'appuyant sur les capacités de réflexion mais aussi de créativité du groupe des professionnels.

1. Pédiopsychiatre, Unité mère-enfant, Groupe hospitalier Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA). Précédemment pédiopsychiatre à l'Unité d'hospitalisation temps plein, hôpital mère-enfant de l'Est parisien, (HMEEP), Paris.

2. Infirmière puéricultrice, *id.*

3. Médecin généraliste, en charge du suivi pédiatrique des bébés hospitalisés, *id.*

4. Éducatrice de jeunes enfants, *id.*

5. Auxiliaire de puériculture, *id.*

6. Pédiopsychiatre, chef de service, *id.*

INTRODUCTION

La réunion clinique bébé est une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire, centrée sur la situation clinique d'un bébé hospitalisé. Elle illustre un aspect important du projet de service de l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien, qui a tenu, depuis sa création, à se doter d'outils institutionnels opérants pour soutenir plus spécifiquement la place du bébé. Ce parti pris fait suite au constat fait par une grande partie d'entre nous, en dehors et au sein de notre institution, avant et depuis sa création, que dans des situations où la problématique maternelle est particulièrement bruyante, la souffrance et les besoins du bébé risquent de passer au second plan.

Après une brève présentation du contexte dans lequel a été créé l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien, nous vous présenterons le cadre et le fonctionnement de la réunion clinique bébé, puis nous détaillerons quelques-unes des préconisations concrètes du point de vue du projet de soins qui peuvent en découler.

L'HÔPITAL MÈRE-ENFANT DE L'EST PARISIEN : UNE LOGIQUE DE SOINS CENTRÉE SUR LE BÉBÉ À RISQUE DÉVELOPPEMENTAL DU FAIT DE FRAGILITÉS ENVIRONNEMENTALES MULTIPLES

Les premières expériences d'hospitalisation conjointe mère-bébé à temps plein se sont développées dans l'objectif de favoriser une rémission plus rapide chez des patientes souffrant de pathologies psychiatriques aiguës du post-partum, dont l'évolution s'avérait plus lente lorsqu'elles étaient séparées de leur bébés. La focale était alors centrée sur la mère, la présence conjointe du bébé étant justifiée par son effet bénéfique sur le rétablissement de celle-ci.

Dans un second temps, connaissances sur les interactions précoces et le développement du bébé à l'appui, les premières unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé rattachées à des services de pédopsychiatrie furent créées en France. Dans ce second modèle, il s'agissait de proposer un accompagnement thérapeutique continu de la dyade mère-bébé, dans lequel les interactions mère-bébé pathologiques pouvaient être accueillies, contenues, et se transformer. Dans ce paradigme, les indications d'admission restaient des indications psychiatriques maternelles, mais

la focale des interventions proposées englobait cette fois un espace intersubjectif, comprenant une attention conjointe pour la mère, le bébé et leur relation.

D'autres modèles de soins sont venus, depuis, s'ajouter à ces deux modèles historiques, contribuant ainsi à la diversité des dispositifs de soins conjoints (en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour et en ambulatoire) que nous connaissons aujourd'hui.

Parmi ces dispositifs, l'hôpital mère-enfant de l'Est parisien fut ouvert en 2010 à l'initiative du Dr Jean Ebert, psychiatre ayant une longue expérience en pédopsychiatrie ainsi que dans les soins auprès de personnes en situation d'addiction. L'hôpital fut créé au sein de l'association Horizons, devenue depuis association Estrelia, association qui regroupe, à côté de l'hôpital, plusieurs structures d'accompagnement à la parentalité¹. L'hôpital a élu domicile en plein cœur de Paris, au 9 rue des Bluets, dans les locaux où se situait jadis la maternité Pierre Rouquès, dite « maternité des Bluets », désormais localisée rue Lasson dans le 12^e arrondissement de Paris.

À l'instar du service du Vésinet, il s'agit d'une unité de soins de suite périnataux. La structure est financée par la CPAM et par le département de Paris. L'hôpital mère-enfant de l'Est parisien regroupe actuellement deux unités distinctes : une unité d'hospitalisation conjointe à temps plein, dont il sera question dans cet article, et une unité d'hospitalisation conjointe de jour, « Préludes », ouverte depuis 2015.

L'unité d'hospitalisation conjointe à temps plein est répartie sur trois niveaux. Au quatrième étage, se situent les bureaux de consultation et six lits d'hospitalisation prénatale. Au deuxième et au troisième étage, se situent les espaces d'hospitalisation mère-bébé s'adressant aux bébés âgés respectivement de zéro à quatre mois et de trois à douze mois, et à leurs mères (au total, 18 mères et leurs bébés sont ainsi accueillis).

L'unité temps plein de l'HMEEP possède des caractéristiques communes avec les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé psychiatriques, dont elle s'est en partie inspirée, mais elle en diffère aussi par certains aspects.

1. Le CSAPA Horizons, proposant un accompagnement à la parentalité pour parents en situation d'addiction, le centre de planning familial situé à la même adresse que l'hôpital, le centre parental Estrelia, le lieu d'accueil enfant parent « Graines de Famille », le lieu d'accueil enfant parent « Le Coquelicot », la crèche familiale Estrelia, et les crèches collectives « Libellule et Papillon » et « Club 3Zans ».

Partant du constat que des troubles sévères des relations précoces parents-bébé, avec les conséquences relationnelles et développementales que l'on connaît, peuvent s'inscrire dans des contextes cliniques très divers dépassant largement les seules situations de problématiques psychiatriques maternelles aigües, l'HMEEP s'est destiné, dès son ouverture, à des situations cliniques variées : troubles de la relation mère-bébé avérés ou situations à risque de troubles de la relation mère-bébé, dans des contextes de fragilités multiples et souvent intriquées : psychiques, somatiques et addictologiques, concernant la mère et/ou le bébé, de la conception jusqu'à l'âge de la marche de l'enfant¹.

Ce positionnement est la traduction d'une logique clinique avant tout centrée sur le bébé et les relations précoces : quels qu'ils soient, les différents facteurs entravant le bon développement de l'enfant et des relations précoces parents-bébé doivent être pris en compte pour soutenir l'enfant et sa famille dans cette période si sensible pour eux et leurs relations que constitue la périnatalité. Quand l'étayage par les dispositifs de soins ambulatoires ou de type hôpital de jour n'est pas possible ou s'avère insuffisant, une hospitalisation complète peut être justifiée.

Pour prendre en compte ces différents facteurs de risque entourant l'enfant et les relations précoces, l'équipe est pluridisciplinaire, composée de professionnel.le.s des soins somatiques (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatre, infirmières, auxiliaires de puériculture), de professionnel.le.s des soins psychiques (psychiatre, pédopsychiatre, psychologues, psychomotricienne), et de professionnel.le.s de l'accompagnement socioéducatif (assistantes sociales, éducatrices spécialisées, éducatrices de jeunes enfants). L'équipe est encouragée et soutenue par le cadre de l'institution dans une recherche continue d'interdisciplinarité, voire de transdisciplinarité.

Au sein de l'équipe, certain.e.s professionnel.le.s sont issu.e.s de cursus et d'institutions centrés sur la prise en charge d'adultes et d'autres de structures d'accompagnement ou de soins dans le domaine de la petite enfance. Toutes et tous participent à des soins à destination de la mère, de l'enfant et de la relation.

1. L'absence d'hébergement et la minorité ne constituent pas *a priori* des contre-indications à l'admission, dès lors que les conditions administratives nécessaires sont remplies : possession d'une couverture sociale pour tous, accord de chacun des patients et/ou du/de(s) titulaire(s) de l'autorité parentale.

LA RÉUNION CLINIQUE BÉBÉ : UN OUTIL INSTITUTIONNEL POUR PENSER LE BÉBÉ ET SON PROJET DE SOINS EN ÉQUIPE

Prendre en considération la clinique du bébé

Dès l'ouverture de la structure, la conscience de la nécessité de consacrer une attention toute particulière à la clinique du bébé était donc présente. Malgré ce projet initial, les professionnelles de la petite enfance purent constater, au cours des premières années de fonctionnement, que des problématiques maternelles bruyantes pouvaient régulièrement capter l'attention de l'équipe et faire passer au second plan la clinique et les signes de souffrance du bébé. Un espace institutionnel restait attendu pour soutenir le travail autour du bébé.

L'ensemble de l'équipe fut formée à l'approche Pikler-Lóczy et, notamment, à l'observation du bébé. Cette formation fut l'occasion d'initier une harmonisation de nos pratiques auprès du bébé et de notre langage concernant la clinique du bébé. Un pédopsychiatre fut recruté et mandaté pour structurer, avec l'aide de la cadre sage-femme, Virginie Gomas, et de l'ensemble des professionnel.le.s de l'équipe petite enfance, un projet institutionnel de soins aux bébés. Une commission mensuelle de soins aux bébés fut mise en place pour soutenir cette dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles, en s'appuyant sur les apports de la formation Pikler-Lóczy, mais aussi, en interne, sur l'expérience et les compétences de tou.te.s les professionnel.le.s travaillant auprès des bébés. Parallèlement, le Dr Jean Ebert sollicita la mise en place d'une réunion clinique spécifiquement centrée sur le bébé, permettant d'aller plus loin dans l'appréhension de la clinique du bébé que lors des échanges réalisés dans d'autres réunions d'équipe, tels que le staff pluridisciplinaire ayant lieu une fois par quinzaine.

Une réunion clinique hebdomadaire consacrée à la situation clinique d'un bébé

La réunion clinique bébé réunit chaque semaine pendant une heure, un petit groupe pluridisciplinaire de professionnel.le.s, autour de la situation clinique d'un bébé hospitalisé. Le pédopsychiatre, la psychomotricienne, une psychologue et les deux éducatrices de jeunes enfants sont présents à chaque réunion. Une ou deux soignantes de l'étage (infirmière ou infirmière

puéricultrice et auxiliaire de puériculture) se rendent disponibles. Les référent.e.s de la situation, et tout.e autre professionnel.le de l'institution intéressé.e, sont invité.e.s à y participer.

Le choix de la situation est le plus souvent réalisé au dernier moment, juste avant la réunion. Cela permet de partir de l'actualité des soignantes du service qui peut varier d'un jour à l'autre, en fonction de l'évolution clinique, parfois rapide, de chacun des bébés. La situation choisie peut être bruyante : celle d'un bébé qui nous inquiète, ou au contraire silencieuse, lorsqu'on se rend compte qu'on connaît peu un bébé, parce qu'on le voit peu, ou parce qu'il est si discret qu'il se fait oublier.

La réunion est animée par le pédopsychiatre. Une trame à remplir, élaborée en interne, et comprenant différentes rubriques concernant le bébé, constitue un fil rouge pour le déroulement de nos échanges (encadré 1). La participation systématique d'une psychologue, à côté du pédopsychiatre, permet de soutenir une attention aux mouvements affectifs et aux associations émergeant au sein du groupe à l'occasion de la réunion.

À l'issue de la réunion, une synthèse concernant l'état clinique du bébé et des relations parent(s)-bébé est rédigée en équipe. Si de nouvelles pistes de soins susceptibles d'aider le bébé et ses parents ont été nommées à l'occasion, elles y sont également notées.

La réunion n'a pas vocation à prendre de décision quant au projet de soins. Son compte-rendu, avec ses préconisations, est transmis au reste de l'équipe et plus particulièrement au médecin référent de l'enfant qui aura en charge d'en faire part à ses parents et de convenir avec eux, le cas échéant, des modifications du projet de soins finalement retenues.

Rassembler les observations cliniques pour se représenter le bébé le mieux possible

L'objectif principal de la réunion est de rassembler les observations du bébé, réalisées par l'ensemble des professionnel.le.s, afin de se représenter le bébé le mieux possible, dans les différents aspects de son développement. Nous nous centrons sur l'ici et maintenant des observations du bébé en mettant de côté les problématiques et discours parentaux, et en nous gardant d'interpréter les signes du bébé.

Pour aboutir à une image la plus complète et fidèle possible du développement et de l'état clinique d'un bébé, il nous est nécessaire de prendre le temps d'écouter et de mettre en perspective des observations

réalisées au cours de situations les plus diverses possibles durant la journée : pendant et en dehors des soins primaires, en présence et en l'absence de chacun de ses parents, à différents moments du nyctémère et de son propre rythme veille/sommeil, etc.

Le bébé exprime ce qu'il est et ce qu'il ressent dans des modalités diverses qui évoluent avec son niveau de développement. Au cours de la réunion, nous sommes particulièrement attentif.ve.s à l'existence possible de certains signes d'alerte (troubles du contact, troubles du tonus, troubles somatiques) que nous recherchons au travers de l'exploration de différentes dimensions parmi lesquelles :

- *Le tonus* : le bébé est-t-il tendu, hypertonique, ou au contraire mou, hypotonique? Comment le tonus varie-t-il en fonction du contexte somatique, physique, relationnel? Et dans des situations telles que le bain, le portage, la mise au tapis?
- *L'évaluation du stade de développement psychomoteur* : quelles sont les acquisitions motrices du bébé? Sont-elles en adéquation avec les acquisitions attendues pour son âge? Existe-t-il un retard de développement? »
- *Les postures* : le bébé a-t-il trouvé son axe? Quels sont ses appuis?
- *L'expression des affects et des besoins* : le bébé exprime-t-il clairement ses besoins physiologiques (proximité, faim, sommeil, propreté) et si oui de quelle manière (cris, pleurs)? Vers qui s'oriente-t-il pour ce faire? De quelle palette d'expressions affectives dispose-t-il? L'expression de ces affects diffère-t-elle en fonction de la personne à qui il s'adresse et de quelle manière? Le bébé se désorganise-t-il lorsqu'il pleure (tensions corporelles, mise en hyperextension, agitation psychomotrice)? Trouve-t-il des moyens d'autorégulation et lesquels?
- *Le regard* : le bébé a-t-il une préférence visuelle pour les personnes qui l'entourent ou au contraire pour certains objets, des sources lumineuses? Regarde-t-il l'adulte dans les yeux ou au contraire l'évite-t-il? Quelles sont les qualités du regard : s'agit-il d'un regard présent, attentif, vigilant, inquiet, transperçant, agrippant?
- *Les vocalises* : le bébé s'exprime-t-il par des gazouillis, des babils ou reste-t-il silencieux? Comment ces expressions vocales s'inscrivent-elles dans l'interaction?
- *L'alimentation* : le bébé exprime-t-il la faim, la satiété, et comment? Combien mange-t-il, à quelle fréquence? Pendant le nourrissage, est-

t-il présent ou absent de la relation, tendu ou détendu, actif ou passif dans la prise alimentaire, semble-t-il prendre du plaisir ?

– *Le rythme veille/sommeil* : le bébé dort-il trop, ou pas assez compte tenu de son âge ? A-t-il des difficultés pour s'endormir ? Est-t-il détendu ou tendu, vigilant durant son sommeil ? Quelle est la fréquence et la durée de ses siestes en journée ?

– *Les signes somatiques* : le bébé souffre-t-il de problèmes de peau (peau sèche, eczéma, érythèmes à répétition), de problèmes digestifs (régurgitations, reflux, coliques) ?

Nos observations sont souvent variables d'une personne à l'autre ; les croiser nous permet de nous représenter l'enfant le mieux possible.

Nous sommes aussi attentif.ve.s aux bébés qui nous semblent discrets, qui ne réclament pas d'attention, qui s'expriment peu. La réunion clinique bébé permet régulièrement de mettre en lumière ces bébés que l'on entend peu ou pas et de proposer des ajustements dans le projet de soin. Au décours de ces réunions, il n'est pas rare d'observer des évolutions favorables dans l'éveil et la qualité des interactions de ces bébés, évolutions qui pourraient s'expliquer par le soutien à la mobilisation de l'attention de l'équipe permis par la réunion.

Accueillir et prendre en compte les mouvements affectifs traversant l'équipe

La réunion clinique bébé permet aussi aux professionnel.le.s de parler et de partager leurs ressentis dans un cadre que nous cherchons à maintenir bienveillant et contenant. Dans une perspective d'écoute groupale, nous restons attentif.ve.s aux mouvements affectifs et aux associations qui peuvent traverser le groupe des professionnel.le.s à l'occasion de la réunion.

Les professionnel.le.s en contact avec un bébé en souffrance sont souvent traversé.e.s par des éprouvés corporels, sensoriels et affectifs intenses, susceptibles de mettre à l'épreuve leur bien-être au travail et leur fonction soignante. Il peut être parfois difficile pour certain.e.s professionnel.le.s de prendre conscience, d'identifier, de mettre en mots ou de partager en équipe ces éprouvés. La réunion clinique bébé peut permettre, à côté d'autres espaces tels que le staff pluridisciplinaire, ou le groupe d'analyse de pratique, de les accueillir, les partager, les contenir et les transformer en s'appuyant sur la contenance du groupe des professionnel.le.s.

Ces éprouvés subjectifs des professionnel.le.s auprès du bébé nous aident à nous représenter ce que ses parents peuvent vivre à son contact au quotidien et ce que lui-même peut vivre et ressentir dans son unité corporopsychique. Nommer et parler en équipe pluriprofessionnelle de ces éprouvés, y compris dans leur dimension de négativité, peut ainsi nous soutenir dans le travail d'identification à l'enfant, mais aussi à ses parents, constituant de la sorte un appui précieux dans notre travail d'accompagnement de la famille au quotidien.

Dans certains cas, l'expression, en équipe, d'un vécu négatif partagé au contact d'un nourrisson, peut aussi permettre le repérage d'un état pathologique du bébé. Ainsi, à l'échelle d'alarme détresse bébé, le défaut d'« attractivité »¹ constitue l'un des indicateurs du retrait relationnel du nourrisson.

Soutenir une attitude de recherche et de créativité au sein de l'équipe

Le cadre de la réunion clinique bébé accorde un temps relativement long à un.e patient.e hospitalisé.e en comparaison aux autres temps de réflexion clinique existant dans l'institution et il est détaché d'une attente immédiate de prise de décision, puisque la réunion n'a pas de rôle décisionnaire. De ce fait, il s'est avéré au fil du temps, dans notre expérience, particulièrement propice à la mise en place d'une dynamique associative groupale, une rêverie plurielle, pour reprendre les termes d'Élisabeth About (citée par Véronique Dagens, *cf. supra*). Il a aussi permis l'émergence de nouvelles propositions de soins, souvent très créatives, qui ont pu, pour certaines, être validées en équipe pour être expérimentées et s'ajouter ainsi à l'éventail des propositions thérapeutiques à notre disposition au sein de l'hôpital.

C'est une attitude d'exploration qui est ainsi soutenue, où chaque membre de l'équipe, même s'il ne fait pas partie des professionnel.le.s en contact direct avec le bébé, peut avoir des idées à apporter, lorsque nous sommes confronté.e.s à des situations cliniques inédites auxquelles nos outils de soins habituels ne répondent pas. La réunion clinique bébé participe aussi à une formation continue où chacun peut apprendre à partir des observations et des réflexions des autres professionnel.le.s, et de l'ensemble du groupe.

1. Item évaluant « l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, ainsi que le sentiment de plaisir que procure le contact avec l'enfant » (GUÉDENEY *et al.* 2001).

DE LA RCB AU PROJET DE SOINS DU BÉBÉ : SOUTENIR LES APPUIS DU BÉBÉ SUR LES TROIS MILIEUX BIOLOGIQUE, PHYSIQUE ET RELATIONNEL

En partant des travaux d'André Bullinger (2007), nous pouvons considérer que le bébé s'appuie sur trois milieux pour se développer : les milieux biologique, physique et humain. Ces trois milieux sont souvent fragilisés chez les bébés que nous accueillons à l'hôpital :

- le milieu biologique du bébé peut être fragilisé du fait de susceptibilités génétiques, de souffrances néonatales, des séquelles de la prématurité, d'un handicap, de troubles fonctionnels du nourrisson, de pathologies pédiatriques, etc. ;
- le milieu physique du bébé peut être fragilisé en raison d'un environnement physique inadapté à son développement et à ses besoins, d'une installation inadéquate, de jeux et de stimulations inadaptés dans leur nature, leur intensité ou le moment où ils sont présentés à l'enfant ;
- le milieu humain peut être fragilisé dans toutes les situations de troubles relationnels précoces, que ces troubles soient sous-tendus par des troubles psychiatriques parentaux ou par d'autres contextes psychopathologiques individuels ou familiaux.

Les outils thérapeutiques dont nous disposons dans le cadre du projet de soins du bébé visent à améliorer l'ajustement de ces différents milieux aux besoins spécifiques d'un bébé, en particulier de manière à lui permettre d'optimiser ses points d'appui développementaux.

Ajuster les appuis du bébé sur le milieu biologique

À l'instar du raisonnement clinique recommandé plus largement en psychiatrie, la recherche et la prise en compte de facteurs physiologiques et physiopathologiques susceptibles de perturber l'état clinique du bébé est une étape préalable indispensable avant la réalisation de toute évaluation clinique en pédopsychiatrie du nourrisson.

L'existence de déficiences sensorielles, de processus pathologiques non diagnostiqués, et le défaut de réponse aux besoins physiologiques du bébé (douleur, proximité physique, faim, sommeil, propreté) sont autant de facteurs susceptibles de biaiser l'évaluation clinique s'ils ne sont pas pris en compte par l'évaluateur.

La formation et la vigilance des professionnelles en contact proximal avec le bébé (auxiliaires de puériculture, infirmières, éducatrices de jeunes enfants), la mise à disposition d'outils de traçabilité autour du développement et des besoins du bébé (feuille de rythme alimentaire et de veille/sommeil, à disposition de l'équipe et des parents; échelle de douleur EDIN, courbes de poids) et l'organisation d'un suivi pédiatrique systématique et régulier pour chaque bébé hospitalisé permettent de repérer et d'apporter une réponse adaptée aux besoins de chaque nourrisson. Dans certains cas, des avis pédiatriques spécialisés peuvent être également demandés en externe par la pédiatre du service.

À l'issue de l'évaluation pédiatrique, des prescriptions médicales d'ordre pédiatrique ou de puériculture peuvent être réalisées et communiquées par la pédiatre aux parents et à l'ensemble de l'équipe. Ces prescriptions sont soutenues et relayées, par l'ensemble de l'équipe, auprès des parents, dans le cadre de l'accompagnement parent(s)-bébé au quotidien.

Ajuster les appuis du bébé sur le milieu physique

La clinique du bébé, éclairée d'approches telles celles d'Emmy Pikler (DAVID et APPEL 2007) ou d'André Bullinger (2007), nous apprend combien les conditions d'environnement (portage ou tapis, qualité de l'ajustement corporel du porteur ou de la porteuse, qualités sensorielles de la zone physique d'installation, exposition ou mise à l'abri des différents flux sensoriels) et les conditions d'installation d'un bébé (habillement, installation posturale, distance relationnelle à l'adulte) influent sur sa disponibilité et ses compétences et ce d'autant plus lorsque ce bébé est entravé par ailleurs dans son développement (par exemple, bébé prématuré, bébé présentant des signes de souffrance somatopsychique dans un contexte de distorsions majeures des relations parents-bébé).

Les conditions d'environnement et d'installation constituent donc pour nous une dimension fondamentale à prendre en compte dans la manière dont nous pensons l'accueil des bébés hospitalisés et le projet de soins individualisé de chaque bébé.

À l'hôpital mère-enfant, l'aménagement des espaces de vie des bébés et le choix des objets qui leur sont proposés ont été longuement réfléchis en équipe à partir des apports de la formation institutionnelle à l'approche Pikler-Lóczy. Ainsi, chacune des deux salles d'éveil a été aménagée en

fonction de la tranche d'âge des bébés hospitalisés. Au deuxième étage (bébés âgés de zéro à quatre mois), plusieurs types d'assises confortables sont proposés aux mères, un tapis permettant aux mères des bébés les plus jeunes de rester tout proche et un autre invitant les mères des bébés plus grands à se mettre un peu plus à distance pour favoriser l'exploration de l'enfant (photo n°1). Au troisième étage (bébés âgés de trois à douze mois), des espaces ont été différenciés à l'aide de barrières pour permettre aux bébés les plus jeunes ou les moins sécures de faire leurs expériences sur le tapis sans être gênés par les explorations des bébés plus grands et plus mobiles (photo n°2). Dans les chambres, nous avons opté pour des lits bas à barreaux, afin de limiter le risque de chute tout en proposant un espace contenant pour le bébé (photo n°3).

Au sein de notre équipe, la psychomotricienne et les éducatrices de jeunes enfants font figure de références autour des questions d'ajustement du milieu physique, tant au niveau du projet d'établissement que de l'ajustement du projet de soins individualisé de chaque bébé.

Lors de la réunion clinique bébé, nous sommes particulièrement attentifs à l'environnement physique et à l'installation du bébé dans les différents moments de sa vie quotidienne (portage, sommeil, alimentation, soins d'hygiène, activité libre).

Le recueil des observations des soignantes, des éducatrices de jeunes enfants et de la psychomotricienne nous permettent d'évaluer où en est l'enfant dans son développement psychomoteur. A-t-il trouvé son axe? A-t-il de bons appuis? Est-il hypo- ou hypersensible aux différents flux sensoriels? Aux changements? A-t-il trouvé des moyens d'autorégulation? A-t-il besoin d'être particulièrement contenu? Comment et à quelle distance poser ou lui présenter les objets à découvrir? À quelle distance de l'adulte est-t-il le plus à l'aise pour prendre part à des activités de relation et/ou d'exploration?

À l'issue de notre évaluation, nous pouvons préconiser des modalités d'installation posturale ou l'utilisation de matériel pour soutenir l'ajustement du milieu aux besoins spécifiques d'un bébé. Par exemple, pour un bébé ayant besoin de plus de contenance pendant son sommeil, la mise en place d'un drap enroulé et mis en forme de « u », installé sous le drap du lit et autour des fesses du bébé pour favoriser le regroupement, peut être proposée (photo n°4). Pour un bébé commençant à expérimenter

le tapis, mais encore peu sécure, un coussin fait maison que nous avons nommé « joue-tranquille » peut être disposé autour de l'hémicorps supérieur du bébé pour le sécuriser. Des jouets mous sont installés à proximité de lui (photo n°5). Pour un bébé plus à l'aise et plus avancé dans son développement, la « joue-tranquille » est ôtée, et un mélange de jouets mous et durs peut être disposé un peu plus à distance de lui (photo n°6).

Ajuster les appuis du bébé sur le milieu humain

Le bébé hospitalisé est partenaire de liens et de relations¹ avec des membres de sa famille (son/ses parent(s), les membres du groupe familial) mais aussi de relations avec des membres de l'équipe professionnelle, certain.e.s professionnel.le.s pouvant être engagé.e.s dans des interactions proximales quotidiennes avec lui, d'autres, investi.e.s dans une fonction professionnelle plus distante vis-à-vis de lui. Deux constellations, en interaction l'une avec l'autre, se dessinent autour du bébé : une constellation familiale et une constellation professionnelle.

Lors de la réunion clinique bébé, nous pouvons être amené.e.s à nous interroger sur la nature et la qualité des liens et des relations qui engagent le bébé auprès des membres de son groupe familial :

– Sur le plan des liens et du groupe familial : Qui fait « famille » pour cet enfant? Par quels membres de son groupe familial a-t-il été accueilli, reconnu? Comment s'inscrit-t-il dans sa double filiation, maternelle et paternelle? Quelle place fantasmatique le bébé occupe-t-il au sein de son groupe familial?

– Sur le plan des relations : quelle est la nature et la qualité des interactions observées entre le bébé et les différents membres de sa famille? De l'équipe? Le bébé présente-t-il des comportements différenciés envers son/ses parents, les soignants avec qui il est en contact régulier, et envers les inconnus? Comment ces observations varient-t-elles dans la journée? Pendant et en dehors des différents temps de soins?

Trois types d'espaces thérapeutiques, utilisant la/les relation(s) comme objet et/ou comme outil thérapeutique, peuvent être proposés au bébé et à ses parents/ sa famille durant leur prise en charge à l'hôpital :

1. D'après Pierre Benghozi (2012), le lien serait du côté du contenant et de la transmission; la relation serait du côté du contenu et de la communication.

1. Des espaces de soins centrés sur le groupe familial et les liens : entretiens parents-bébé et entretiens familiaux, nourris de l'approche psychanalytique groupale. Ces cadres de soins, qui exigent la participation d'autres membres de la famille en plus de la mère et de l'enfant, s'avèrent particulièrement féconds dans la période de remaniements psychiques groupaux que constitue la périnatalité. Ils trouvent toute leur pertinence dans l'accompagnement des aléas des processus psychiques groupaux-familiaux en rapport avec la périnatalité, et des problématiques en rapport avec la transmission psychique (DARCHIS 2016).
2. Des espaces de soins centrés sur les interactions parent(s)-bébé : accompagnement thérapeutique parent-bébé réalisé par les soignantes au quotidien (auxiliaires de puériculture, infirmières, éducatrices de jeunes enfants), suivi psychomoteur mère-bébé, consultations médicales, psychiatriques ou psychologiques mère-bébé. Ces espaces de soins constituent des propositions classiques dans les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé.
3. Des espaces de soins centrés sur le bébé seul : les soins directs auprès du bébé. Soutenu par les expériences antérieures de soins directs auprès de bébés par une grande partie de l'équipe soignante (auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants) dans d'autres contextes institutionnels, notre service a prévu dès son ouverture la possibilité de proposer des temps de soins directs auprès de certains bébés hospitalisés, sur indication médicale. Ces temps de soins peuvent être réalisés, selon la nature des indications, par l'auxiliaire de puériculture ou l'infirmière du jour (permettant une continuité sur la journée, les soignantes étant postées sur 12 heures) ou par une éducatrice de jeunes enfants présente du lundi au vendredi (permettant une continuité sur la semaine). Ils sont réalisés sur des périodes de deux heures maximum (sur les créneaux de 10h-12h et de 14h-16h), dans le cadre d'indications du côté de la mère (par exemple, repos maternel, mise en place d'un traitement sédatif), du bébé (par exemple, bébé préoccupant, nécessitant que nous puissions approfondir nos observations ; bébé présentant déjà des signes de souffrance, auquel cas un suivi avec l'éducatrice de

jeunes enfants sera privilégié) ou de la relation mère-bébé (par exemple, interactions très perturbées laissant penser qu'un temps de séparation régulier pourrait être bénéfique en permettant à chaque partenaire de la relation de se ressourcer pour mieux se retrouver). Comme tous les autres soins, les temps de soins directs ne sont mis en place qu'après discussion avec le(s) parent(s) et accord de leur part ; leur maintien ou leur arrêt est rediscuté régulièrement avec le médecin référent en tenant compte d'une balance bénéfique/risque incluant l'observance, la tolérance et les effets bénéfiques observés sur le bébé, la mère et la relation mère-bébé.

Schématiquement, on peut décrire quatre temps principaux :

- a) Le temps d'accompagnement de la séparation : la mère fait ses transmissions à la soignante concernant l'état de son bébé, le déroulement du début de sa journée, etc. La soignante recueille ces informations et accompagne la séparation.
- b) Le temps de soins directs à proprement parler : la soignante en charge du bébé se rend disponible pour écouter et répondre aux signaux du bébé. Elle s'ajuste au mieux dans la relation et la réponse aux besoins du bébé, en fonction de ce que la mère lui a transmis de ses observations et de ses souhaits et de ce qu'elle connaît par sa propre expérience et/ou par les transmissions d'équipe, du bébé et de l'indication de soins directs.
- c) Le temps d'accompagnement des retrouvailles : la mère vient chercher son bébé à l'heure prévue. La soignante accompagne les retrouvailles, puis transmet à la mère ses observations concernant le temps de soins directs réalisé auprès du bébé. C'est un temps précieux pour l'accompagnement de la relation mère-bébé et le soutien à la parentalité. Il peut être l'occasion d'un partage d'éprouvés communs entre la soignante et la mère, facilitant ainsi une identification mutuelle, ou d'échanges intéressants autour d'interprétations différentes à partir d'une même observation du bébé.
- d) Le temps de reprise dans l'après-coup : à l'occasion d'échanges avec le médecin, la psychologue, ou tout autre professionnel de l'institution, d'autres aspects du vécu maternel vis-à-vis de ce temps de soin et d'autres questions peuvent émerger, être repris, accompagnés, et alimenter le

travail psychique en cours chez la mère (par exemple, comment la mère a-t-elle vécu la séparation avec son bébé? La relation avec la soignante s'occupant de son bébé? Les temps de séparation, de retrouvailles?). En consultation médicale, ce temps peut être aussi l'occasion de rediscuter de l'indication de soins directs et d'ajuster le projet de soins au fur et à mesure.

CONCLUSION

Après plusieurs années de fonctionnement, la réunion clinique bébé nous apparaît aujourd'hui comme un outil clinique et institutionnel précieux qui, au-delà de sa fonction principale d'ajustement du projet de soins individualisé de chaque bébé, participe au développement d'une dynamique institutionnelle de recherche et d'amélioration de la qualité des soins aux bébés. Coconstruite en équipe pluridisciplinaire, elle alimente, en même temps qu'elle est nourrie par, une culture institutionnelle commune, rassemblée autour de la clinique du bébé.

Notre expérience met aussi en lumière comment cet espace s'est avéré à la fois nécessaire et utile pour soutenir la parole et l'expertise des professionnelles de la petite enfance (auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants, infirmières et infirmières puéricultrices, psychomotricienne) dont les compétences cliniques et le rôle clé dans le parcours de soins des bébés hospitalisés, et notamment de ceux les plus en souffrance, sont encore trop souvent méconnus ou insuffisamment valorisés. Au vu des connaissances anciennes sur l'impact des relations précoces sur le développement psycho-affectif de l'enfant, et à l'heure où les tutelles défendent la nécessité d'une attention soutenue sur les « 1000 premiers jours de l'enfant », le soutien et la valorisation du travail de ces professionnel.le.s de première ligne, en contact et en relation étroits avec l'enfant dans une période sensible de son développement, nous semblent tout à fait primordiaux.

BIBLIOGRAPHIE

- BENGHOZI P. (2012) « Paradoxalité du pacte d'alliance... conjugal et remaillage réciproque des contenants généalogiques de couple et de famille. » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 1, n°58, p. 105-120.
- BULLINGER A. (2007) *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*, Toulouse, érès.
- DARCHIS E (2016) *Clinique familiale de la périnatalité. Du temps de la grossesse aux premiers liens*, Paris, Dunod.
- DAVID M., APPELL G. (2008 [1973]) *Lóczy ou le maternage insolite*, Toulouse, érès.
- GUÉDENEY A., CHARRON J., DELOUR M. et FERMANIAN J. (2001) « L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB) », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 44, n°1, p. 211-231.

ANNEXES

ENCADRÉ N°1 :
TRAME DE LA RCB**1. Observations**

Cadre de soins en cours
Relation parent(s)-équipe soignante

1.1. Soins primaires

Repérage des besoins
Alimentation
Élimination et changes
Bains
Endormissement et rythme veille/sommeil

1.2 Interactions

Interactions corporelles
Interactions affectives, attachement
Interactions visuelles
Interactions vocales

1.3 Activité libre

Tonus
Acquisitions psychomotrices
Exploration et interactions avec les autres enfants

1.4 Croissance staturale-pondérale

1.5 Symptômes et pathologies somatiques

1.6 Autres observations

2. Résumé de l'évaluation pluridisciplinaire et propositions thérapeutiques

2.1 Résumé de l'évaluation clinique

Évaluation clinique du bébé
Évaluation clinique de(s) relation(s) parent(s)-bébé

2.2 Propositions de soins et d'accompagnement à l'HMEEP

2.3 Propositions de soins et d'accompagnement après la sortie

ENCADRÉ N°2 :
UN EXEMPLE RÉSUMÉ : LA RCB DE BAPTISTE

Pédopsychiatre : Nous allons donc parler aujourd'hui de Baptiste, qui a 9 semaines et demi. Si j'ai bien compris, une des raisons qui font que vous aviez souhaité en parler, c'est qu'on a l'impression que la mère répond de manière un peu systématique aux pleurs de Baptiste par le nourrissage. Donc, si je reprends le dossier, le contrat de soins actuel est le suivant : la mère et Baptiste ont rendez-vous tous les matins de 10h à 12h en salle d'éveil avec les soignantes pour un accompagnement de la relation mère-bébé, Baptiste est confié à l'équipe chaque nuit de 22h à 7h pour permettre à la mère de se reposer, et en dehors de ces temps, la mère est invitée à venir solliciter l'équipe pour se faire accompagner au moment des soins primaires. En journée, Baptiste dort dans un autre lit, un lit bas, dans leur chambre. Je crois que la mère avait un peu de mal à baisser la barrière lorsqu'elle avait un lit haut, du fait de séquelles d'une hémiparésie, c'est bien ça ?

Les soignantes : Oui

Pédopsychiatre : Comment cela se passe au niveau de l'expression et du repérage des besoins ? Est-ce que c'est un bébé qui se fait bien comprendre ?

Auxiliaire de puériculture : on a l'impression que Madame a encore des difficultés à décoder les besoins de Baptiste à partir de ses signaux, et notamment pour ce qui concerne l'alimentation : Madame répond souvent aux pleurs de Baptiste par un biberon ou le sein, alors qu'elle semble avoir

bien conscience qu'il prend trop de poids. La pédiatre lui avait proposé de privilégier le sein pour favoriser une autorégulation. La feuille de rythme n'est plus remplie depuis deux semaines. Madame peut dire d'elle-même qu'elle n'aime pas attendre.

Pédopsychiatre : Et pour les soins primaires, ça se passe comment ?

Éducatrice de jeunes enfants : Moi j'ai pu accompagner un bain. Ça se passe bien. Madame a des gestes toniques, mais elle prend son temps, elle parle beaucoup plus à Baptiste qu'au début. Et Baptiste est détendu, il semble à l'aise.

Pédopsychiatre : Et le rythme veille-sommeil ?

Puéricultrice : En journée, Baptiste reste vigilant dans son sommeil, il n'a pas l'air en sommeil profond. Sa mère a du mal à percevoir ses signes de sommeil. Par exemple, il s'endort sur le tapis et sa mère continue d'agiter des jouets au-dessus de lui.

Auxiliaire de puériculture : Et la nuit, ce que nous transmettent les collègues de nuit, c'est que c'est variable, parfois Baptiste s'endort rapidement, parfois il peut avoir des difficultés pour s'endormir. Il prend encore deux repas la nuit. Quelquefois Madame lui propose de l'eau.

Pédopsychiatre : C'est un bébé comment dans son tonus ? Vous avez eu l'occasion de le porter ?

Auxiliaire de puériculture : Moi je trouve que c'est un bébé difficile à porter. La plupart de mes collègues disent la même chose. Dans les bras, on le sent tendu, il s'agrippe. Parfois, il se redresse dans les bras, et regarde vers l'arrière.

Pédopsychiatre : Comme en hyperextension ? Est-ce que cela vous semble en lien avec le portage de la mère ? Qu'est-ce que vous avez pu observer ?

Puéricultrice : moi je pense que Baptiste a peut-être dû s'adapter aux difficultés de portage de sa mère, compliquées par ses séquelles d'hémiplégie...

Pédopsychiatre : Et sur le tapis ?

Éducatrice de jeunes enfants : Sa mère lui présente souvent des jouets pas encore adaptés à son âge. Elle le stimule beaucoup avec des jeux sonores comme le bâton de pluie, elle n'observe pas forcément ses réactions. Baptiste semble parfois figé sur le tapis, observant son environnement ou regardant sa mère. Et d'autres fois, il est agité sans vraiment utiliser son mouvement. Vu son âge, je ne suis pas encore inquiète mais c'est à surveiller.

Auxiliaire de puériculture : Oui... ça me fait penser que Madame parle beaucoup de la force, de la vigueur qu'elle perçoit chez son bébé, qui sont autant de qualités qu'elle valorise. Madame est très sensible aux pleurs de son fils, elle réagit vite à ses pleurs et elle est vite débordée alors que Baptiste est plutôt un bébé discret qui s'exprime de manière peu intense. Elle a souvent des attitudes ambivalentes dans les gestes du quotidien. Par exemple, l'autre jour, Baptiste cherchait son sommeil, pleurait dans son lit. Mais à ce moment Madame a prévu de lui mettre une tenue de fête traditionnelle qui était trop serrée et pas adaptée. De fait, Baptiste n'a pas du tout apprécié d'être manipulé et s'est mis à pleurer très fort.

Pédopsychiatre : On dirait que la mère projette beaucoup de choses sur son bébé... et qu'elle a grand besoin qu'on continue de la soutenir pour mieux s'ajuster à Baptiste. Et au niveau du regard, c'est un bébé qui regarde bien ?

Puéricultrice : Oui c'est un bébé qui regarde bien, dans les yeux, et qui oriente son regard vers les personnes présentes.

Pédopsychiatre : Et sur le plan des interactions vocales ?

Éducatrice de jeunes enfants : Madame parle beaucoup à son fils, met souvent la musique de son pays pour les deux.

Pédopsychiatre : À partir de ce qu'on s'est dit aujourd'hui, je pense qu'on peut dire que Baptiste est un bébé qui se développe plutôt bien sur certains aspects : il a un bon contact, regarde bien, il n'a pas de signes de retrait. Il présente toutefois des tensions corporelles et une alternance de moments d'agitation et de moments où il paraît comme figé sur le tapis. On entend que la mère a des difficultés de portage, qu'elle est traversée par pas mal de projections sur son bébé. Sur le plan du cadre de soins, cela me paraît très bien qu'il y ait un accompagnement formalisé de la relation mère-bébé et que celui-ci se poursuive. Le travail autour des observations croisées sera sans doute intéressant. Les suivis psychologiques pour elle et les consultations mère-bébé semblent tout à fait indiqués. Je vous propose de préconiser par ailleurs à partir d'aujourd'hui la mise en place d'un suivi psychomoteur mère-bébé.



Photo n°1

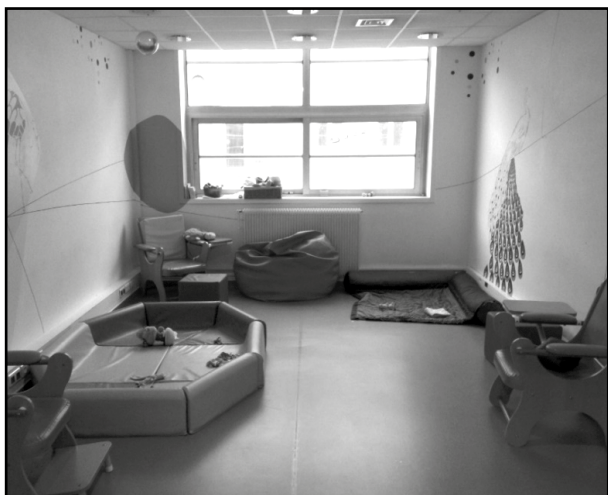


Photo n°2



Photo n°3



Photo n°4



Photo n°5



Photo n°6

LE CUBISME PÉDAGOGIQUE[©]

UNE MÉTHODE DE FORMATION INNOVANTE

Valeria LUMBROSO¹, Drina CANDILIS-HUISMAN², Maya GRATIER³,
Emmanuel DEVOUCHE⁴, Michel DUGNAT⁵

Quelle est la place de l'adulte dans le développement de l'enfant ?
Comment concevoir une pédagogie, ou plutôt une manière d'être, adaptée
aux premières années de vie et à l'accueil du jeune enfant en collectivité ?
Pourquoi est-ce si important d'échanger avec un bébé et de favoriser
l'expression libre des tout-petits ?

LA SÉRIE « TISSER DES LIENS »

L'objectif des films de cette série « Tisser des liens », et des formations
qu'ils rendent possibles, est de faire avancer la réflexion interprofessionnelle
et de contribuer à la formation des professionnels, en participant à la création
d'une culture commune fondée sur la connaissance de la psychologie du
développement de l'enfant et des neurosciences du développement.

À l'initiative de Michel Dugnat et de l'Association pour la recherche et
l'(in)formation en périnatalité (ARIP), une action commune et globale de

1. Réalisatrice, formatrice.

2. Psychologue clinicienne, psychanalyste, ex-enseignante-chercheuse HDR à l'Université de Paris (Diderot).

3. Professeure de psychologie du développement à l'Université Paris Nanterre.

4. Enseignant-chercheur HDR en psychologie du développement à l'Université de Paris (Descartes).

5. (Pédo)psychiatre en périnatalité, praticien hospitalier à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, praticien attaché au Centre hospitalier d'Avignon-Montfavet, animateur de l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale.

confection et mise en œuvre de formations à l'utilisation en présentiel et à distance a bénéficié, grâce à l'intuition de Valeria Lumbroso, du soutien du programme « Mesures nouvelles » de l'ARS PACA-Sud.

Cette action a, entre autres, inclus la production d'une série de 10 films de 4 minutes « Tisser des liens », réalisée en 2019 par Valeria Lumbroso et produite par Bernard Choquet (Créalys Medias). Cette série, filmée de façon éthologique à la maternité et au domicile des familles, explore les relations entre le bébé et ses parents entre la naissance et un an. Elle sert de support pour des formations en présentiel organisées par l'ARIP dans la région PACA et pour les formations en *e-learning* produites par Créalys Médias¹.

Si la façon de filmer s'inspire de la méthode d'observation éthologique, il s'agit de chercher à rendre visible, par des images de grande qualité, les moments essentiels de l'évolution du tout jeune enfant qui échappent naturellement souvent au regard de l'entourage familial et même éducatif.

Deux films de la série ont été diffusés pour la première fois le 29 mars 2019, à l'hôtel du département à Marseille, au cours d'un événement organisé par l'ARIP pour les professionnels de la périnatalité et de la petite enfance du département 13.

Une formation nationale de formateurs à l'utilisation des films en tant qu'outil pédagogique et de réflexion en équipe a réuni quinze participants en mai 2019 dans les locaux mis à la disposition de l'ARIP par le centre hospitalier de Montfavet (Avignon). Ceux-ci se sont engagés à la retransmettre au cours de leurs propres formations et de leurs réunions d'équipe. Quatre autres formations régionales gratuites de quinze personnes en présentiel ont eu lieu à Avignon, Toulon, Marseille, Nice, en 2019. Et d'autres seront disponibles en 2020 si le financement de l'action est reconduit par le département de la prévention et de la promotion de la santé de l'ARS².

VERS DES FORMATIONS HYBRIDES

Chaque film de la série servira à terme de support à la construction d'une formation en *e-learning* à suivre en individuel ou en équipe. Deux de ces formations « hybrides » sont déjà disponibles. Dans ces parcours

1. Une formation pilote est accessible en ligne sur le site <https://acadeven.com> à la page : <https://acadeven.com/courses/communiquer-avec-un-nouveau-ne-2/>

2. Pour s'y inscrire, contacter l'Association pour la recherche et l'(in)formation en périnatalité (Arip) à arip@wanadoo.fr et se renseigner sur arip.fr

interactifs, les participants sont guidés par les trois spécialistes de la communication parents-bébé co-auteurs de ce texte qui ont également accompagné la réalisation des films (Drina Candilis-Huisman, Maya Gratier et Emmanuel Devouche³)

Nous avons eu la chance de pouvoir partager la première formation en *e-learning* dans son intégralité avec 40 praticiens au cours d'une séance de travail au colloque de psychiatrie, psychologie et santé mentale périnatales, à Marseille. On peut gratuitement suivre cette formation en ligne⁴ : elle s'intitule « Communiquer avec un nouveau-né » et elle est basée sur le film « Intimité familiale » de la série (*cf. infra*).

Du Cubisme pédagogique®

La méthodologie sous-jacente à ces formations est ce que nous avons appelé le Cubisme pédagogique®. C'est une méthode d'apprentissage interactive fondée sur l'observation et l'analyse de situations filmées par des experts venus d'horizons différents : les spécialistes de plusieurs disciplines décryptent des images filmées avec un regard éthologique, croisent leurs points de vue et transmettent leur connaissance du sujet traité; les apprenants participent en commentant ces mêmes images et en répondant à des quiz, donc ils construisent leur propre cubisme tout au long de la formation; les parents peuvent aussi avoir accès aux films et aux formations qui peuvent faire l'objet d'un dialogue avec les professionnels. Le Cubisme pédagogique® se définit comme étant la réunion d'axes multiples de réflexion sur une même situation. L'idée étant qu'à chaque formation, l'étude d'un thème sous toutes ses facettes, en croisant différents regards, permette aux participants de mieux le comprendre, de l'approfondir et de l'assimiler. La structure de la formation en cubisme pédagogique prend ainsi la forme d'une arborescence ou d'un rhizome avec de multiples entrées et connexions. De ce Cubisme pédagogique® se dégage un mode de pensée collectif qui n'écrase pas les différences mais au contraire les creuse et les compare. Les pratiques s'enrichissent des multiples approches tissées entre elles à partir de leurs points de jonction. Reconnaître à la fois les divergences et les similitudes de points de vue favorise une manière d'être

3. Experts du développement affectif et social du tout petit enfant, leur particularité est d'associer l'expérience de la recherche et de l'enseignement universitaire à la connaissance du bébé acquise sur le terrain. Ce qui fait la richesse de cette formation, c'est aussi qu'ils proviennent d'horizons différents. Ils partagent cependant le même intérêt pour les travaux de Daniel Stern, T.Berry Brazelton et Colwyn Trevarthen.

4. Cette formation pilote est accessible en ligne sur le site <https://acadeven.com> à la page : <https://acadeven.com/courses/communiquer-avec-un-nouveau-ne-2/>

ensemble qui encourage l'écoute, l'acceptation de l'autre et la bienveillance entre professionnels et avec les familles.

En pratique

PRINCIPE

Chaque parcours interactif s'organise(ra) autour d'un film de 4 minutes de la série et son arborescence comprend les éléments suivants : visionnage sans commentaire du film ; réponse à des questions ouvertes pour approfondir l'analyse ; quiz pour tester ses connaissances ; décryptage par les experts à la lumière des recherches scientifiques les plus récentes ; mini-quiz sur ces décryptages ; explication des concepts de psychologie évoqués ; quiz sur la compréhension de ces concepts ; visionnage du film avec le commentaire ; débat autour des questions que le film a soulevées ; mini-quiz sur le débat ; grand quiz final regroupant toutes les questions rencontrées, réflexion sur la façon de mettre en pratique la formation ; évaluation de la formation.

Ces parcours peuvent être suivis individuellement, dans le cadre de la formation continue (CPF) avec validation à la clé par un grand quiz final de questions à choix multiples (QCM). Ils sont également adaptés à l'apprentissage en groupe et aux journées d'étude en équipe car la multitude de points de vue et les débats contribuent à leur enrichissement. Le participant peut soit respecter l'ordre proposé soit se créer son propre parcours en picorant ici et là les éléments qui l'intéressent. Quelle que soit l'option choisie, le participant devra être passé par toutes les étapes pour pouvoir répondre au grand quiz final (QCM) et valider la formation.

COMMUNIQUER AVEC UN NOUVEAU-NÉ

Voici le contenu de la formation pilote déjà citée « Communiquer avec un nouveau-né » basée sur le film « Intimité familiale » de la série :

Description du film

Premiers échanges dans la chambre de la maternité entre la petite Claire âgée d'un jour, avec Olivier son papa et Benoît son grand-frère (qui la

découvre pour la première fois), soutenus par sa maman qui a eu un peu plus de temps pour la connaître.

Introduction de la formation

Dès la naissance, le bébé interagit avec ses proches : comment communiquer avec un nouveau-né ? Quelles sont ses capacités relationnelles ? Est-ce qu'il prend des initiatives et répond-il à celles des adultes ? Comment soutenir la mise en place de la dynamique familiale dès la maternité ?

Contenu

Dans ce parcours interactif, il est demandé de : décrypter le film « Intimité familiale » ; rédiger une analyse des situations ; regarder le décryptage du film par les experts ; écouter leurs explications de concepts de psychologie de référence ; assister à un échange entre eux sur les grandes questions que soulève le film ; répondre à chaque étape à des quiz.

Durée

Environ trois heures sont nécessaires pour finaliser. Si besoin, on peut reprendre à l'endroit où on s'arrête. Toutefois il est conseillé d'éviter de le faire de façon à maintenir sa concentration.

Objectifs pédagogiques

À l'issue de la formation, les capacités d'observation et d'analyse des interactions parent-bébé sont améliorées, ce qui contribue à : mieux connaître les compétences affectives et sociales présentes à la naissance ; identifier les différents aspects de la communication avec un nouveau-né ; observer la réorganisation dynamique et les interactions au sein de la famille ; comprendre les concepts actuels décrivant les échanges avec un tout-petit ; réfléchir à la façon concrète de mettre à profit cette formation dans la vie professionnelle.

PERSPECTIVES

Ces formations novatrices s'adressent donc à tous les professionnels qui souhaitent approfondir leur connaissance du bébé et du tout jeune enfant : son développement émotionnel, cognitif et social en lien avec la maturation du cerveau. L'objectif est de permettre aux équipes de mieux réunir les conditions nécessaires pour que le tout petit enfant puisse se sentir en sécurité pour explorer par lui-même et aller à la rencontre de tous les autres qui l'environnent. Elles visent aussi à favoriser le dialogue et à créer des collaborations entre professionnels, et entre les professionnels et les parents autour de l'observation de l'enfant.

Le Cubisme pédagogique[®] est une démarche innovante adaptée aux modes de pensée contemporains et à la façon de s'informer à l'ère du numérique. Le participant est acteur de sa formation qui peut également se partager collectivement, en équipe ou avec les familles.

34

NOTES SUR L'INTÉRÊT DE POURSUIVRE LA SÉRIE « TISSER DES LIENS »

Drina CANDILIS¹, Maya GRATIER², Emmanuel DEVOUCHE³, Ingrid GARNIER⁴,
Aude PENEL⁵, Michel DUGNAT⁶

UNE SÉRIE UNIQUE

L'existant

La série « Tisser des liens » permet d'articuler deux dimensions essentielles pour la sensibilisation (ou formation) des professionnels travaillant dans le domaine de la petite enfance et de la parentalité. D'une part, elle permet de faire éprouver les manières dont parents et bébés parviennent à se connaître et à se comprendre dans une période sans communication verbale. D'autre part, elle permet d'associer à ces éprouvés les connaissances actuelles sur les capacités des bébés et sur les compétences des parents mais aussi sur les processus par lesquels les bébés se développent avec leurs parents.

1. Psychologue clinicienne, psychanalyste, ex-enseignante-chercheuse HDR à l'Université de Paris (Diderot).

2. Professeure de psychologie du développement à l'Université Paris Nanterre.

3. Enseignant-chercheur HDR en psychologie du développement à l'Université de Paris (Descartes).

4. Psychologue clinicienne au CHU de Saint Etienne, formatrice à l'ARIP.

5. Psychologue clinicienne à l'UPB du CH Montfavet, formatrice à l'ARIP.

6. (Pédo)psychiatre en périnatalité, praticien hospitalier à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, praticien attaché au Centre hospitalier d'Avignon-Montfavet, animateur de l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale.

La série permet d'apprécier une certaine diversité dans les manières d'« être-avec » qui s'installent entre parents et bébés. Dans les premiers temps de la vie, on observe les parents cherchant les actions et les procédés pour apaiser et rassurer mais aussi attirer et intéresser leurs bébés. Les premiers films nous montrent que vers 2 mois certaines routines deviennent familières. Puis, dans les derniers films, à 8 mois et au-delà, les habitudes interactives sont évidentes dans les routines du repas, de l'endormissement, du jeu. Ces films permettent d'apprécier comment ces habitudes à la fois construisent les intimités relationnelles entre parents et bébés et fournissent des occasions d'élaborations créatives entre eux.

Aucune autre série à notre connaissance ne fournit ce type d'éclairage.

L'à-venir : l'émergence du langage dans la relation

La série n'offre pas encore cette visibilité sur la période entre 2 et 8 mois où les habitudes relationnelles justement prennent forme et se consolident. Deux ou trois films supplémentaires sur cette période permettraient à la série de refléter de manière très légitime comment le processus développemental s'inscrit dans les interactions sociales au cœur de la famille.

Quant à la seconde année de la vie, elle est une période d'acquisitions majeures (la marche, la parole, le jeu symbolique). Mais les spécialistes du développement, très centrés sur les performances des bébés en lien avec ces acquisitions, n'ont pas toujours mis en lumière le rôle crucial des interactions sociales et des relations qui les organisent. En effet, la motivation des bébés pour la marche est fortement soutenue par celle des parents et c'est la rencontre des appétences qui fournit l'énergie et l'impulsion pour passer à la bipédie. Si les bébés ont des connaissances langagières précoces, qu'ils commencent à acquérir même *in utero*, c'est au cours des échanges de la vie quotidienne, ceux qui paraissent anodins et insignifiants, que parents et bébés façonnent les conditions pour l'apparition d'une parole porteuse d'intentions et de volonté propre. Les bébés comprennent les actions de leurs proches parce qu'ils connaissent les contextes dans lesquels elles se déroulent. Ils savent d'ailleurs faire comprendre ce qu'ils comprennent. Ce niveau d'intercompréhension, qui s'élabore au fil des jours et de manière très intense au cours du dernier trimestre de la première année, est le socle du langage parlé. Les mots et les phrases viennent concrétiser et accélérer des processus de partage déjà installés entre les bébés et les membres de leurs

familles. Toute cette intrication entre les acquisitions et les interactions mériterait d'être rendue visible dans une seconde partie de la série « Tisser des liens », de 12 à 24 mois, comme le prévoyait le projet initial.

Le développement de la parole au cours de la seconde année est une étape gratifiante pour les parents car elle porte les fruits d'une année d'interactions sans sons référentiels de la part du bébé. Les bébés expriment un plaisir manifeste à manier les sons de la parole, sons qui les rattachent et les ancrent dans une communauté de proches, au-delà de la famille. En même temps que le bébé commence à parler, il devient membre de son groupe. Le langage est un marqueur d'identité culturelle. Et en apprenant de nouveaux mots et à les organiser dans les tournures de phrases habituelles parmi les siens, le bébé devient de plus en plus socialisé aux us et coutumes de sa culture. Parler et appartenir sont des processus indissociables. Pour s'en apercevoir, il faut se donner le temps d'observer les pratiques langagières entre personnes qui se connaissent, partageant un monde. De nombreuses études montrent depuis une dizaine d'années que les bébés non seulement peuvent être bilingues mais bénéficient de l'apprentissage simultané de deux langues. L'observation des interactions permet d'apprécier, dans ce contexte aussi, que le bilinguisme ne se dissocie pas de la multiculturalité. Les bébés peuvent appartenir à plusieurs mondes.

DE L'INTÉRÊT DE CONCEVOIR UNE « MALLETTE PÉDAGOGIQUE NUMÉRIQUE » À PARTIR DE « TISSER DES LIENS »

Le travail effectué par Drina Candilis, Emmanuel Devouche et Maya Gratier sur la série de onze films a amené l'ensemble des formateurs à identifier les petits moments d'interaction entre parents et bébés qui méritaient d'être mis en lumière dans les films justement parce qu'ils sont des sources de changement développemental. Dans l'un des films par exemple, nous avons remarqué que lorsque le nouveau-né esquissait un sourire en tendant les doigts de sa main gauche, son père haussait les sourcils et lui parlait en souriant. Pour nous, ce moment très bref est une étape qui construit pour le bébé un vécu de continuité et pour le père un vécu de complicité. Et nous pouvons minimiser l'hypothèse qu'il s'agirait dans ce moment seulement d'une projection parentale associée

au fantasme du bébé hypercompétent car nous connaissons les études scientifiques qui montrent que le nouveau-né regarde le visage de ses proches et les reconnaît, qu'il reconnaît les voix et les langues et qu'il peut sourire de manière non réflexe. Toutes ces découvertes permettent donc de comprendre que lorsque les parents s'adressent au bébé avec intérêt et affection, ils ont bien repéré dans les comportements de leur enfant une qualité d'appétence et de curiosité qu'ils se doivent de prendre au sérieux et d'accompagner.

Il nous semble, après l'expérience de plusieurs formations de professionnels avec une diversité d'expériences de terrain, que notre manière de procéder méritera d'être repensée afin de poursuivre le travail de description des connaissances. Il nous semble plus pertinent, en effet, de mieux articuler que nous ne l'avons fait jusqu'à présent, les connaissances aux images présentées dans les films. Nous souhaiterions associer les connaissances élaborées par nous à des moments bien identifiés dans les films et à d'autres textes afin que les usagers puissent partir d'exemples concrets observables pour saisir l'enjeu de ces observations au niveau conceptuel et au niveau pratique.

Nous avons donc proposé d'élaborer un outil numérique qui relierait les connaissances rédigées (*cf. infra*) avec les séquences de films s'y rapportant. Nous souhaiterions également proposer, pour chaque contenu, un environnement de réflexion pertinent pour les professionnels travaillant auprès de populations à risque, à besoins spécifiques ou en difficulté.

L'analyse des onze films a permis d'identifier les connaissances spécifiques auxquelles les moments d'interaction pouvaient renvoyer. Une liste de ces connaissances est donnée ci-dessous.

Accordage affectif	Musicalité
Affect de vitalité	Narration-récit
Agentivité	<i>Neonatal Behavioral Assessment Scale</i>
Anticipation	Niche développementale
Apprentissage par observation	Objet transitionnel
Attachement	Parentage intuitif
Attention conjointe	Participation guidée
Attention partagée	Perception du rythme

Babillage	Perception multimodale
Boucle action-perception	Perception sensorielle prénatale
Cognition sociale	Permanence de l'objet
Conflit de maternage	Pointage impératif et déclaratif
Conscience sociale	Préoccupation maternelle primaire
Contingence sociale	Protoconversation
Correspondances intersensorielles	Reconnaissance de la mère et du père
Créativité musicale	Référenciation sociale
États comportementaux	Régulation émotionnelle
Étayage	Rêverie maternelle
Gestes conventionnels	Rituel et ritualisation
<i>Handling</i>	Sens de soi
<i> Holding</i>	Sensibilité parentale
Homéostasie	Socialisation
Imagination	<i>Still Face</i> et réparation
Imitation néonatale	Synchronie
Intersubjectivité	Techniques du corps
Jeu symbolique	Tempérament
Langage adressé au bébé	Transparence psychique
Langage réceptif et expressif	Violation des attentes
Motivation sociale intrinsèque	Zone proximale de développement

Des contenus ont été élaborés par Drina Candilis, Maya Gratier et Emmanuel Devouche pour certains de ces concepts.

Attention conjointe

Entre 8 et 12 mois, le bébé devient capable d'obtenir de l'information à partir de la direction dans laquelle un adulte regarde ou pointe. C'est ce qu'on appelle l'attention conjointe. Cette acquisition a été mise en évidence chez le bébé par Jérôme Bruner¹. Elle signe l'entrée dans un mode de pensée référentiel où les référents sont conjointement identifiés. C'est en identifiant les objets sur lesquels une autre personne porte son attention que les bébés commencent à avoir des objets d'intérêt commun avec autrui. À la fin de la première année, les bébés non seulement regardent ce que regardent les autres, mais ils se réfèrent à eux en les regardant comme pour confirmer qu'ils s'intéressent eux aussi à l'objet ou à l'événement en question. Il s'agit d'un moment clé pour le développement du langage car

1. Psychologue du développement américain (1915-2016) et auteur de *Le développement de l'enfant. Savoir faire, savoir dire*, Paris, PUF (1966).

lorsque l'autre perçoit que le bébé a perçu ce qui l'intéresse, il va souvent nommer la chose. Par exemple dans le film n°8 « Explorer et partager » : Jules regarde passer le chat, et il regarde son père qui regarde le chat, puis regarde le chat, puis regarde à nouveau son père qui dit : « Tu as vu le chat ? Qu'il est doux, qu'il est beau le chat ! C'est notre chat, tu le reconnais ? » etc. Le mot « chat » est répété avec des variations sonores et les spécialistes du développement du langage ont montré que les bébés apprennent à reconnaître certains invariants de leur langue, les phonèmes.

À la fin de la première année, les bébés commencent à attirer activement l'attention des adultes vers les objets qui les intéressent. Ils peuvent pointer les objets en vocalisant. Jules, à 1 an, pourra attirer l'attention de son père sur le chat et bientôt le son qu'il produira en pointant ressemblera au mot « chat ». Son père, qui le connaît bien, comprendra avant tout le monde son mot pour désigner leur chat.

Pour certains spécialistes du développement l'attention conjointe est une véritable révolution qui modifie profondément les modes de communication entre adultes et bébés. Pour d'autres, il s'agit plutôt d'une réorganisation progressive de l'attention sociale, en continuité avec les formes d'attention mutuelle et puis partagée que l'on observe dès les premiers mois au cours des interactions sociales. L'attention conjointe est à rapprocher de l'intersubjectivité secondaire décrite par Colwyn Trevarthen.

Ajustement parental

Le concept d'ajustement désigne les « réponses » parentales (*responsiveness* en anglais, souvent traduit par « responsivité ») en adéquation avec la demande du bébé et régulières : une même réponse pour une même demande, ainsi que systématiques : une demande amène presque toujours une réponse.

Cet ajustement est essentiel pour faciliter et promouvoir l'engagement du bébé dans les interactions sociales dès les premiers jours de la vie postnatale. Les parents sont la plupart du temps naturellement très précocement ajustés à leur bébé, attentifs à ses signaux, à son état de vigilance et à son comportement expressif. En effet, dès le commencement, la plupart des mères et des pères se connectent « spontanément » aux états affectifs de leur bébé, agissant comme un miroir émotionnel dynamique

(*mirroring*), et ce afin de soutenir les états positifs et d'atténuer les états négatifs, ce qui permet de réguler les émotions du bébé. Ils sont notamment capables de percevoir intuitivement les moments de disponibilité de leur bébé, les moments appropriés pour la communication.

Cet ajustement parental permet ainsi au très jeune enfant de vivre une continuité entre son propre état interne et le comportement de son parent à son égard. De la sorte, un bébé peut parvenir à maintenir un état alerte propice à la communication lorsque le parent ajuste son comportement de façon « contingente »¹ (*contingency*).

Correspondances intersensorielles, affects de vitalité, accordage affectif

MULTIMODALITÉ

Dès la naissance, les bébés associent des événements perçus dans différentes modalités sensorielles. Cette perception multimodale est très importante car elle permet au bébé de repérer des formes, des *patterns*, ou motifs, récurrents dans son environnement quotidien. Ainsi, quand sa mère exagère le contour mélodique de sa parole et, juste après, écarquille les yeux en arrondissant sa bouche comme pour imiter le son dans son expression faciale, elle facilite la perception de l'émotion sous-jacente. Les sens se correspondent et forment des impressions cohérentes du monde : c'est peut-être là une donnée fondamentale de la cognition humaine. Les correspondances intersensorielles sont à la base des émotions relationnelles que les bébés reconnaissent et développent à travers leurs interactions sociales quotidiennes.

AFFECTS DE VITALITÉ

Daniel Stern décrit cette manière d'exprimer l'émotion par le terme *d'affect de vitalité*. Celui-ci ne renvoie pas à un ressenti particulier. La perception des affects de vitalité permet *l'accordage affectif* entre adultes et bébés. Les affects de vitalité sont des manières de vivre l'émotion plutôt que l'expression d'un contenu mental. Ce sont des qualités de formes, d'intensités et de rythme que le bébé « comprend » aussi bien que l'adulte.

1. Le comportement est dit contingent lorsqu'il est interprété par le parent ou le bébé comme une réponse directe et appropriée aux signaux émis par l'un ou l'autre et qu'elle est cohérente avec l'interaction en cours.

ACCORDAGE AFFECTIF

L'accordage affectif est une mise en correspondance de ces affects de vitalité de deux individus, par exemple, adulte et bébé. C'est une imitation intermodale de l'affect de vitalité et non du comportement lui-même. Ainsi, si le bébé fait une grimace, en retroussant soudainement son nez et en plissant les yeux, l'adulte reproduit dans sa voix (qui devient plus nasale et plus ample) l'émotion en cours, telle qu'elle s'est déployée. C'est une expérience intersubjective de temps partagé. Un des partenaires de l'interaction va reproduire l'état affectif de l'autre en le transposant dans une autre modalité sensorielle. Il est très important de comprendre que pour que les adultes et les bébés se comprennent, il faut du temps : il faut être dans le temps ensemble et il faut donner forme au temps qui passe.

Par l'accordage affectif, l'adulte et le bébé se font les miroirs émotionnels l'un de l'autre. Ces processus d'accordage peuvent être observés dans les comportements. Les chercheurs les ont décrits, concernant les relations entre la mère et le bébé, dès les premières semaines de vie mais ce n'est que vers 8 ou 9 mois que les bébés accordent leurs comportements de manière évidente aux affects de vitalité des adultes.

Relier les expériences sensorielles, les mouvements corporels et les émotions que ces affects portent permettra aussi de tisser des liens entre le passé, le présent et le futur.

Disponibilité

Dès la fin de la grossesse et dans les premières semaines de la vie du bébé, la mère adopte un état particulier d'attention très spécifique au bébé à venir et aux premiers temps de la vie de son nourrisson. Donald W. Winnicott a qualifié cet état de « préoccupation maternelle primaire », avançant même l'idée que cet état ressemble à une sorte de folie normale destinée à s'effacer peu à peu avec le développement de l'autonomie du bébé. Il voulait souligner qu'à aucun moment de la vie, l'attention pour un autre est aussi impérieuse et exclusive à la fois.

De son côté Daniel Stern décrit lui aussi un état particulier qui commence par une adaptation de la mère à la temporalité de son enfant et à quatre préoccupations centrales qui marquent son entrée dans ce qu'il appelle la « constellation maternelle ».

Ces quatre préoccupations sont les suivantes :

Serai-je capable de mettre au monde et d'élever un enfant vivant et en bonne santé ?

Vais-je savoir l'aimer et est-ce qu'il va m'aimer ?

Qui va m'aider et me soutenir dans cette tâche qui consiste à élever un bébé : ma propre mère ? mes sœurs ? le père de l'enfant ?

Comment ma vie va-t-elle se réorienter après cela ?

Aujourd'hui les pères ont conquis une place nouvelle dans l'univers de l'éducation des bébés mais le débat reste ouvert sur ce qui revient à l'un et l'autre parent en ce qui concerne le très jeune enfant.

Environnement¹

Dès la vie intra-utérine, non seulement le bébé se familiarise avec le corps maternel, mais il est déjà sensible à des éléments de l'environnement extérieur : la voix du père, les rythmes de la ville ou de la campagne, etc. Toute sa sensorialité l'aide peu à peu à distinguer dans l'environnement ce qui est familier de ce qui est inattendu, voire discordant.

À la naissance, il va retrouver des éléments connus et montrer aussi de l'appétence pour le monde qui s'offre à lui à condition que cela ne constitue pas un empiètement sur ses possibilités. Donald W. Winnicott disait déjà que la mère avait, entre autres, pour tâche de veiller à présenter « le monde à petites doses » au bébé. À la naissance, on peut par exemple veiller à ce que la lumière ne soit pas trop vive dans la chambre, que les sons ou les bruits auxquels le bébé est exposé ne soient pas trop forts. On peut observer chez les nouveaux nés des sursauts lors de bruits intrusifs comme lors de gestes trop rapides.

C'est pourquoi de nombreux services de néonatalogie, en instituant des soins de développement, ont cherché à regrouper le temps des soins et à diminuer autant que possible le bruit des machines et des soins, ce qui a pour effet d'abrégé le séjour des enfants dans ces services lorsqu'ils sont stabilisés.

1. Le texte de Daniel Stern, *Le journal d'un bébé* (1992) décrit avec finesse la sensibilité d'un bébé dans son environnement. Lire en particulier le chapitre 1 « Une tâche au soleil », sur l'éveil de Joey dans son berceau.

État d'éveil

La notion d'état d'éveil, que l'on désigne aussi sous les termes d'état de conscience ou encore d'état comportemental, désigne l'état dans lequel se trouve le bébé. T. Berry Brazelton propose une cotation en six états, des états comparables à ceux de Heinz Friedrich Rudolf Prechtl¹, et intégrant l'état de somnolence :

État 1 – Sommeil profond

État 2 – Sommeil léger

État 3 – Somnolent

État 4 – Alerte

État 5 – Agité

État 6 – Pleurs

Apprendre à « lire » les états de conscience du bébé permet d'alimenter la sensibilité, pour les parents comme pour les professionnel(le)s, et amène ainsi à une meilleure compréhension des ressentis et des besoins du tout petit. Pour les professionnel(le)s, l'observation des états de conscience dans une pratique quotidienne, dans une consultation hospitalière, à domicile ou en PMI, enrichit leur connaissance du développement et des capacités d'autorégulation et de régulation tonico-émotionnelle du bébé avec son environnement.

Les critères de labilité et de transition des états de conscience peuvent aider à reconnaître plus intuitivement des difficultés d'accordage parent-enfant et à proposer des stratégies adéquates (repositionner le bébé lors de pleurs, soutenir des phases d'éveil, accompagner l'endormissement progressif, etc.). Mieux comprendre le bébé, c'est affiner la compréhension de la relation, notamment reconnaître quand le bébé est disponible pour interagir et quand la relation devient sur-stimulante. Mieux le comprendre dans sa relation avec son environnement, c'est aussi connaître son « tempérament », ses forces et ses fragilités, pour mieux soutenir la parentalité.

1. Pionnier autrichien dans l'étude du développement neurologique précoce et des mouvements généraux.

Imitation

L'imitation néonatale désigne les comportements que le bébé reproduit face à un partenaire. De nombreuses études ont mis en évidence que le nouveau-né est capable dès quelques heures de vie d'imiter des gestes comme tirer la langue, ouvrir la bouche ou les yeux, bouger les doigts.

L'imitation des actions humaines est le premier pont entre le bébé et les autres : elle sert la double fonction de distinguer les individus et de fournir précocement un moyen de communiquer avec eux. Dès la fin des années 1970, Andrew Meltzoff et M. Keith Moore veulent montrer que le visage humain « capture » l'attention de l'enfant. Les nouveau-nés ne sont pas exempts de toute information relative au visage : ils ont acquis une certaine expérience de leur propre corps lors de la période prénatale. Cette expérience rendrait possible l'imitation d'expressions faciales dès la naissance. C'est autour de l'idée d'un schéma corporel mental précoce que les auteurs ont bâti leur approche théorique de l'imitation. Mais il ne s'agit pas de la seule explication avancée pour rendre compte du phénomène.

Selon Colwyn Trevarthen, les nouveau-nés sont des imitateurs volontaires et sélectifs dès le premier contact qu'ils ont avec les expressions d'autrui. La situation d'imitation implique une attraction de motifs entre les deux partenaires : les gestes du modèle comme motivés par le désir de communiquer et la réponse imitative comme motivée par le désir de répondre, alimentent cette communication naissante. Ainsi, dès la naissance, le bébé recherche le contact avec ses congénères. Cette motivation précoce à rechercher le contact s'accompagne de la capacité à partager un même espace mental, capacité qu'il désigne sous l'expression d'intersubjectivité primaire : chaque partenaire projette à l'extérieur de lui son contenu mental, la rencontre des deux contenus formant l'espace mental intersubjectif. Dès lors, la dyade possède un cadre pour s'exprimer, un espace commun structurant, favorisant le partage émotionnel et guidant la dynamique de l'interaction.

Intersubjectivité

L'intersubjectivité est une notion issue de la philosophie phénoménologique. Elle a été reprise par Colwyn Trevarthen, spécialiste du développement de la communication chez le bébé, pour décrire la

spécificité des premiers liens sociaux. L'intersubjectivité est considérée, d'une part, comme une caractéristique fondamentale et générale du cerveau humain et, d'autre part, comme une forme de conscience associée au processus de communication lui-même. Ainsi, tous les bébés humains naissent avec une aptitude spéciale, celle d'être naturellement orientés vers la vie mentale des autres personnes. Et parce que tous les bébés naissent motivés pour le lien social, ils développent rapidement des modalités et des styles d'action qui leur permettent de manifester leur conscience intersubjective. L'intersubjectivité se construit donc par la coordination des comportements expressifs dans toutes les modalités : par le regard, le toucher, la voix ou l'ajustement postural. C'est ainsi que les bébés et les adultes font les mêmes expériences en même temps et que leur monde intérieur, leur subjectivité, ne leur appartiennent pas complètement. La subjectivité est partagée ou distribuée, sans pour autant que l'individualité de chacun soit dissoute ou qu'ils se retrouvent dans un état de confusion des sens et de non-différenciation. Au contraire, l'intersubjectivité se fonde sur la réciprocité entre un « je » et un « tu » mis en relation ou en résonnance. On distingue par ailleurs deux formes d'intersubjectivité. D'abord, l'intersubjectivité primaire qui est celle qui se manifeste dès la naissance et qui décrit les interactions marquées par un regard mutuel et la réciprocité des mouvements. Ensuite, l'intersubjectivité secondaire, qui apparaît après 6 mois et qui est caractérisée par un intérêt partagé pour les objets, les actions et les conventions.

Parentage intuitif

Cette expression désigne un ensemble de comportements parentaux que l'on pense découler d'une prédisposition liée à l'évolution de notre espèce. Ces comportements visent à soutenir, étayer, accompagner le développement du bébé. Ainsi les adultes agissent différemment lorsqu'ils communiquent avec un bébé que lorsqu'ils communiquent avec un autre adulte. L'exemple de parentage intuitif le plus étudié par les spécialistes du développement est le langage adressé au bébé. Les chercheurs ont découvert de nombreuses caractéristiques linguistiques et vocales, ou même gestuelles, qui apparaissent lorsque l'adulte parle à un bébé et lorsque le bébé est attentif. On sait aujourd'hui que ces caractéristiques, que l'adulte utilise intuitivement, sont très importantes pour le développement du

langage chez le bébé. Cependant, il existe un débat entre psychologues du développement et anthropologues qui décrivent des cultures où les adultes ne s'adressent pas au bébé de cette manière. Le parentage intuitif peut être associé à un autre concept : celui de préoccupation maternelle primaire décrit par Donald W. Winnicott. L'idée que le parent est aussi transformé par son bébé est soutenue par plusieurs découvertes récentes, comme l'augmentation du taux d'ocytocine lorsque la mère regarde le visage de son bébé.

Projections parentales

« Il y a quelque temps une jeune femme est venue consulter avec son très jeune enfant et elle m'a déclaré tout à trac : 'Lorsque mon bébé est né et qu'il m'a regardé pour la première fois, j'ai senti profondément qu'il me protégeait' ». On retrouve peut-être ici l'idée, déjà apparue chez Sigmund Freud, que le bébé, expression la plus aboutie du narcissisme infantile des parents, est censé les guérir de leurs souffrances passées et à venir. Les humains accordent une grande puissance attractive aux nouveau-nés, puissance qui éclaire sans doute l'énigme qu'il représente pour ses parents. Est-ce cette énigme qui pousse les parents à développer dès la naissance des attentes relationnelles importantes, différentes pour chaque parent et chaque enfant ? Deux courants s'affrontent à ce sujet : l'un décrit la répétition des difficultés du passé, par exemple la relation qu'ils ont nouée, enfant, avec leur propre parent ; l'autre qui insiste sur l'ouverture vers le nouveau, sur la transformation rendue possible par la naissance de cet enfant-là, à ce moment-là de la vie de ses parents.

Si, dès les premiers jours de vie, le jeune enfant est capable d'une adaptation très fine aux particularités de ses parents tant dans ses comportements que dans ses rythmes, cette adaptation ne risque-t-elle pas de le conduire à l'usure et au découragement si le parent ne se laisse pas atteindre de son côté par la vitalité que déploie le bébé ? C'est là qu'une intervention clinique de soutien des premiers liens peut avoir de l'importance et une valeur préventive de troubles relationnels qui font parfois le lit de troubles chez l'enfant.

Réciprocité

La réciprocité décrit divers formats de communication et de participation comme l'imitation, la protoconversation ou encore l'accordage affectif. Les formats de communication impliquant une réciprocité entre adultes et bébés sont récurrents au cours de la première année de la vie. L'identification et l'analyse de ces processus de réciprocité sociale ont marqué un tournant dans les courants de pensée en lien avec le développement humain. En effet, l'idée d'une construction interpersonnelle de la pensée ne s'accorde pas bien aux grands courants du 20^e siècle. Si le bébé est doté de socialité et d'une orientation vers l'autre dès le départ, alors le développement n'est pas un processus autocentré ou égocentré comme l'ont proposé à tour de rôle Sigmund Freud et Jean Piaget. Pour Sigmund Freud, le principe de plaisir, auquel succède le principe de réalité, est régi par des pulsions personnelles internes dont ne peuvent que découler les premiers liens sociaux. Pour Jean Piaget, l'enfant est enfermé dans une pensée qui demeure égocentrée pendant de longues années, c'est-à-dire solipsiste. L'enfant n'apprendra que progressivement à attribuer une existence réelle à l'esprit des autres personnes. Cette idée continue à dominer des théories de la cognition sociale où la relation sociale est conçue en lien avec l'attribution d'intentionnalité à une autre personne. Or ce que nous pouvons observer tous les jours autour de nous lorsque les adultes et les bébés s'intéressent les uns aux autres, c'est l'extraordinaire facilité avec laquelle adultes et bébés se répondent, s'interpellent, s'anticipent et s'accordent. Tout cela est possible parce que le bébé est relationnel avant tout et centré sur l'autre avant d'être centré sur lui-même.

Régulation du nouveau-né

La première capacité du nouveau-né, c'est l'organisation et la régulation de ses états (*cf. supra*).

La manière dont le bébé passe de la veille au sommeil repose à la fois sur un rythme biologique qui s'est mis en place dès la vie intra-utérine et sur l'utilisation des états en réponse aux caractéristiques de son environnement. Les états fonctionnent comme un « filtre » entre le monde extérieur et l'organisme du bébé. Ce point très important va être mis en évidence à partir de l'observation de :

- L'état dominant de l'enfant au cours de l'observation.
- Ses changements d'état. Est-ce qu'il change vite, de façon un peu imprévisible, ou est-ce qu'il est stable ?
- Son irritabilité à la fois qualitative et quantitative.
- Sa capacité à retrouver lui-même le calme lorsqu'il est dérangé ou qu'il pleure. Il dispose là d'une force d'équilibre homéostatique ou d'autorégulation sur laquelle il pourra, ou non, s'appuyer en fonction de sa maturité mais aussi d'autres facteurs.

Lorsque l'enfant possède de telles capacités, et c'est le cas très souvent comme on le voit dans le film n°4 « Intimité familiale », cela soutient les capacités d'anticipation des parents. Leurs propositions vont peu à peu s'ajuster aux besoins de leur bébé.

Les passages du sommeil à la veille sont capitaux dès le début de la vie. Pour les parents, c'est un élément sur lequel repose leur interprétation de la vie interne du bébé. « Pourquoi se réveille-t-il ? Il a faim ? Il est mouillé ? Il devrait dormir... Il s'est endormi sur le sein, il y a moins de vingt minutes, et le voilà de nouveau réveillé. Mon lait ne doit pas être suffisamment bon. »

DE L'INTÉRÊT DE FABRIQUER UNE PLATEFORME NUMÉRIQUE POUR TISSER DES LIENS ENTRE LES PROFESSIONNELS

Les formations de formateurs organisées par l'ARIP en mai puis à l'automne 2019 ont permis de dégager un autre intérêt majeur de la série « Tisser des liens » : l'expérience de la formation a donné envie aux participants de tisser des liens durables entre eux, liens pour réfléchir ensemble et développer leurs pratiques.

Le travail en groupe s'est organisé selon trois objectifs : prendre le temps d'observer les interactions, renforcer les connaissances sur le développement et la parentalité et explorer les limites et les questionnements liés à ces connaissances.

Lors de ce travail, la chose la plus frappante a été l'impression d'acquérir, au bout de deux journées, un début de culture commune. Cette culture commune ne s'appuyait pas seulement sur des connaissances communes mais aussi sur des valeurs et des questions partagées. La formation est intéressante aussi parce qu'en mettant les participants au cœur du

dispositif par leurs observations groupales, elle va plus loin qu'une simple transmission d'information. Les participants ont eu le sentiment d'avoir été transformés par l'immersion dans la vie sociale intime des bébés et de leurs familles que permettent les films et leur analyse collective.

Il nous semble important de pouvoir soutenir, sur le long terme, les liens qui se tissent entre professionnels au cours de ces formations. À cet effet, une plateforme dédiée au dispositif, rassemblant les films, la « mallette pédagogique » et un espace collaboratif pour permettre des retours, des commentaires ou poser des questions serait utile, d'une part pour les professionnels ayant suivi la formation en présentiel et pour les équipes que les formateurs pourraient former et, d'autre part, pour alimenter les « mallettes pédagogiques » à partir des retours et des suggestions des professionnels de terrain.

L'APPROCHE PAPOTO¹, POUR SOUTENIR LA PARENTALITÉ DES FAMILLES VULNÉRABLES

Gaëlle GUERNALEC LEVY²

L'ambition de Papoto³ (Parentalité pour tous) est de compenser la première inégalité constituée par l'accès à une information scientifiquement fondée. Nous pensons que tous les parents, y compris les plus fragiles, les plus éloignés de certains codes éducatifs, ont le droit de recevoir les informations essentielles relatives au développement affectif, émotionnel, social, cognitif de l'enfant, et aux pratiques éducatives identifiées dans la littérature comme les plus propices à son épanouissement dans une société donnée (en l'occurrence, ici, un pays industrialisé occidental), ayant des attentes vis-à-vis de lui, notamment celle de la réussite scolaire. Il nous semble que la transmission de ces informations devrait faire partie intégrante de l'accompagnement à la parentalité et même en constituer la première étape.

Il ne s'agit pas pour nous d'imposer à toutes les familles des pratiques éducatives qui leur seraient étrangères et les mettraient mal à l'aise, puisque la liberté des parents, dans les limites de la loi, nous semble un préalable

1. L'association Papoto a pour objectif la prévention des inégalités par le renforcement des connaissances et des compétences des parents défavorisés et/ou fragilisés, mais aussi des professionnels et des bénévoles qui les accompagnent.

2. Fondatrice de l'association Papoto.

3. Présidente : Nadège Severac ; secrétaire : Françoise Rosenblatt ; chargées de mission : Fautine Prat et Gaëlle Guernalec Levy. Contact : parentalitepourtous@gmail.com

absolu. Notre démarche est plutôt de permettre l'accès de tous à des données dont nous savons qu'elles ont un fort impact sur les enfants, qu'elles peuvent faire la différence quant au devenir de cet enfant, de faciliter la compréhension de ces informations par les publics les plus en difficulté, de leur permettre de se les approprier s'ils le souhaitent. Nous mettons à disposition un savoir, des connaissances actualisées et scientifiquement étayées et les parents, en retour, doivent avoir le choix d'y adhérer, ou pas.

Pour construire cette approche, nous nous sommes inspirés de plusieurs théoriciens et experts, entre autres : la théorie de l'apprentissage social d'Albert Bandura¹, celle de l'écologie du développement humain de Urie Bronfenbrenner², les travaux d'Alan Kazdin³, de Carolyn Webster-Stratton⁴ et de Georges Tarabulsky⁵.

COMMENT SE DÉCLINE LE PROJET ?

Nous avons conçu une série de dix capsules vidéo traduites en plusieurs langues (arabe, tamoul, turc, mandarin, bambara), destinées aux parents de jeunes enfants, qui traitent des besoins fondamentaux du tout-petit, de l'attachement, des émotions, du développement du langage, de l'importance du jeu, de la discipline...

Ces vidéos, accessibles en *open source* (certaines d'entre elles le sont déjà sur Youtube sur la chaîne Papoto), sont pensées comme des supports mis à la disposition des professionnels qui accueillent un public « vulnérable » (parents en situation de précarité, porteurs de troubles psychiques ou d'une déficience intellectuelle, parents non francophones...).

1. Albert Bandura, est un psychologue canadien et professeur émérite de psychologie à l'université Stanford. Précurseur du courant de la psychologie sociale en Amérique du Nord, il est connu pour sa théorie de l'apprentissage social, qu'il a renommée théorie sociale cognitive, il insiste sur l'auto-efficacité.

2. Urie Bronfenbrenner était un psychologue et un chercheur américain d'origine russe. Il est connu pour sa théorie du modèle écologique de développement humain.

3. Alan Edward Kazdin est professeur et chercheur en psychologie et pédopsychiatrie à l'Université de Yale. Il promeut la « parentalité fondée sur des preuves. »

4. Carolyn Webster-Stratton est professeure à l'Université de Washington. Elle se consacre à l'enseignement et à la recherche de stratégies pour prévenir les comportements agressifs chez les jeunes enfants en favorisant le développement de compétences sociales et émotionnelles.

5. Georges Tarabulsky est professeur de psychologie à l'Université de Laval (Canada). Ses travaux récents portent sur les facteurs familiaux et environnementaux impliqués dans le développement de l'attachement et la régulation émotionnelle, le développement de la désorganisation de l'attachement, ainsi que sur la prévention des difficultés de développement auprès de populations à risque sur le plan psychosocial.

Les textes, très simples, didactiques, sont illustrés par de la *motion design*, des images d'enfants et de parents filmés en interaction avec leurs enfants. Des experts reconnus relisent et valident ces textes. Avec chaque vidéo sera proposée sur notre site internet (www.papoto.fr) une fiche d'information et de guidance à destination des professionnels (et bénévoles) qui accompagnent ces familles. Ces fiches présentent, pour chaque vidéo, un focus sur le sujet traité, des éléments de littérature scientifique, des sources, une explication sur le choix de ce sujet, en quoi il est au cœur du développement de l'enfant, en quoi il est impacté par le statut socioéconomique et culturel du parent, des exemples de questions à poser pour animer l'échange, de jeux de rôles ou de mise en situation, des « techniques » utilisées dans les programmes de guidance parentale, des *verbatim* recueillis au cours des tests.

Les sujets des vidéos ont été choisis selon deux critères : le relatif consensus scientifique qu'ils suscitent quant à leur caractère central dans le développement de l'enfant et l'existence d'un gradient socioéconomique les concernant. Attachement, émotions, langage, jeu, discipline... Sur l'ensemble de ces thématiques, il existe un impact du statut socioéconomique de la famille. En revanche, nous ne traitons pas, par exemple, dans nos vidéos de l'acquisition de la marche, pour laquelle aucune inégalité sociale n'a été mise en évidence.

Nous allons, en parallèle, animer des ateliers Papoto à partir de ces vidéos. Il s'agit de proposer à des familles présentant des facteurs de vulnérabilité psychosociale, en présence ou non des professionnels ou des bénévoles qui les accompagnent habituellement, voire en coanimation avec eux, de la guidance parentale allégée autour des besoins fondamentaux du jeune enfant. Dans l'objectif d'une démarche itérative, les fiches de guidance Papoto se nourriront des retours de ces expériences de terrain.

Un atelier dure environ deux heures et s'articule autour du visionnage d'une ou de deux vidéos, supports d'échanges avec et entre les parents. Il est possible d'envisager une série d'ateliers déclinés sur plusieurs mois, et permettant de balayer l'ensemble des vidéos. Les parents présents doivent pouvoir faire part de leur propre expérience et expertise, de leurs difficultés, de leurs doutes, de leurs émotions. En retour, ils doivent aussi bénéficier des consensus scientifiques sur le sujet de la parentalité. Il ne s'agit pas seulement d'un espace de parole et d'échanges entre pairs, mais aussi d'un

lieu d'apprentissage et de transfert des connaissances. Nous cherchons des partenaires de terrain et des financeurs pour mettre en place ces ateliers.

À travers ces ateliers, nous souhaitons tester plusieurs hypothèses : les vidéos et ateliers Papoto :

- Permettent d'augmenter le niveau de connaissances des parents : les parents qui y ont accès ont une meilleure connaissance du développement de l'enfant.
- Permettent de faire prendre conscience aux parents de l'importance de leur rôle : les vidéos les amènent à percevoir leur impact dans le développement de l'enfant.
- Amènent les parents à modifier leurs pratiques parentales : en augmentant le niveau des connaissances, on modifie les pratiques parentales.
- Permettent d'améliorer le développement de l'enfant : langage, comportement, stabilité émotionnelle.
- Se prêtent bien à une diffusion par les pairs.

Au-delà des supports vidéos utilisés pour faciliter les échanges avec les parents, nous travaillons sur une approche globale du soutien à la parentalité des familles vulnérables avec la définition de trois axes de recherche spécifiques : la posture, l'alliance, les leviers motivationnels.

POURQUOI SOUTENIR SPÉCIFIQUEMENT LA PARENTALITÉ DES FAMILLES FRAGILES SUR LE PLAN PSYCHOSOCIAL ?

Il nous apparaît capital d'exposer les arguments scientifiques qui ont conduit à la formalisation de ce projet. La littérature scientifique en matière de psychologie, neurosciences, épidémiologie, génétique, épigénétique, mais aussi sciences sociales, propose un corpus de connaissances désormais assez dense, pour certaines bien étayées par des éléments probants, pour d'autres loin d'être stabilisées mais avec des hypothèses prometteuses, concernant les sujets qui nous intéressent : le processus de développement psychique, cognitif, émotionnel ou social d'un enfant, l'impact des dimensions génétique et environnementale, l'association, voire la corrélation entre, d'un côté, le profil des parents, leur santé mentale, leur niveau d'éducation, leur statut économique et social, et de l'autre, leurs

pratiques éducatives. Pratiques éducatives qui, à leur tour, influent sur l'évolution du jeune enfant.

CE QUE L'ON SAIT AUJOURD'HUI SUR L'ENSEMBLE DE CES SUJETS

Plasticité cérébrale et période sensible

En raison de la plasticité cérébrale du jeune enfant, les premières années de la vie, les expériences précoces (plus les déterminants génétiques évidemment) ont un impact majeur, pas définitif, pas irréversible, mais crucial, sur son développement ultérieur. C'est vrai pour les compétences cognitives mais aussi pour les habiletés psychosociales ou la capacité à réguler les émotions. Le concept de « période sensible » est devenu consensuel pour les spécialistes de champs de recherche aussi divers que la psychologie du développement, l'épigénétique et même la sociologie. C'est une démographe, Lidia Panico, chercheuse à l'INED, qui résumait ces données de la littérature à des professionnels de la petite enfance lors d'un colloque organisé au Sénat¹ : « Dans les premières années, la capacité du cerveau est énorme, les petits enfants sont comme des éponges. Au cours de cette période, le cerveau est très adaptable et ces adaptations lui coûtent peu d'effort. »

Persistence dans le temps des troubles qui apparaissent précocement

Lorsque des troubles ou des retards surviennent tôt, ils ont tendance à persister dans le temps. À l'inverse, lorsqu'un individu présente à l'âge adulte des difficultés psychosociales lourdes, il est très probable que des troubles étaient perceptibles dans la petite enfance. Les études menées à partir des cohortes longitudinales laissent peu de doute sur le sujet. Par exemple, les données collectées avec la cohorte britannique Millenium (STRAATMANN 2018) auprès de 18296 enfants à neuf mois, trois et onze ans montrent que, pour les troubles comportementaux ou socio-émotionnels relevés à onze ans, l'un des éléments les plus prédictifs était l'existence de

1. « Réussir la mixité sociale dans son EAJE », le 5 juillet 2019, organisé par la FNAPPE et Alisé/MSA.

troubles à trois ans. De la même façon, pour les troubles du langage à onze ans, le facteur de risque le plus probant est le constat de troubles à trois ans.

La cohorte néo-zélandaise Dunedin, l'une des plus anciennes (1000 individus suivis depuis 1972, avec un taux de rétention inouï de 95 %) a, elle aussi, apporté des éclairages saisissants. Plus de 1200 articles scientifiques ont été rédigés à partir de ses données, et certaines de ces publications se sont révélées décisives, notamment dans la compréhension des facteurs de risques psychosociaux. L'une des études les plus récentes revient sur ce lien entre les caractéristiques des individus et de leur environnement pendant la petite enfance et leur trajectoire. Yashalom Caspi et Terrie E. Moffitt (2016), les deux chercheurs qui supervisent cette recherche depuis trente ans, se sont demandé pourquoi un cinquième des individus de leur cohorte cumulaient l'essentiel des coûts sociaux : crime, minima sociaux, hospitalisations, addictions, éloignement des pères de l'éducation des enfants... Les deux chercheurs ont repris leurs données remontant à plus de trente ans et ont constaté que, dès l'âge de trois ans, ce groupe semblait quasiment « condamné ». Mauvais résultats à tous les niveaux : compétences langagières, santé neurologique, motricité et autocontrôle. Ces individus avaient également plus souvent que les autres grandi dans des environnements pauvres et maltraitants. Ils « cochaient toutes les cases » dès le plus jeune âge. Autre découverte, grâce à l'analyse des télomères (extrémité d'un chromosome), on constate que ce même sous-groupe vieillit plus vite que la moyenne, et ce vieillissement accéléré semble dû en grande partie au stress vécu pendant l'enfance.

Besoins fondamentaux du jeune enfant

Les enfants ont des besoins fondamentaux – physiologiques, psychiques, affectifs – qui doivent absolument être comblés, parmi lesquels le besoin d'être nourri, de s'attacher et d'être sécurisé (le besoin de sécurité a été défini comme un « méta-besoin » par la conférence de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance). La littérature est aujourd'hui assez consistante sur les effets à long terme d'un trouble de l'attachement et d'un *caregiving* (prestation de soins) insuffisant. Lors d'un colloque organisé à Bordeaux les 3 et 4 octobre 2019 par l'Institut de la

parentalité¹, le psychologue québécois Georges Tarabulsy, spécialiste des interventions relationnelles axées sur l'attachement, expliquait : « Nous avons suivi des enfants pour voir si on pouvait prédire leur développement à partir de de l'attachement. Le paradigme aide-t-il à faire de la prédiction ? En ce qui concerne les troubles extériorisés (agressivité, hyperactivité), la désorganisation de l'attachement est le meilleur prédicteur. On prédit 50 % des troubles ultérieurs... L'attachement n'est pas juste pour les enfants, prévient-il également, c'est la première feuille de route de l'enfant, le bateau qui quitte le port. On peut en parler pour les relations amoureuses, entre pairs, dans les liens avec d'autres adultes importants ».

Pratiques parentales ajustées au développement de l'enfant

Pour répondre à ces besoins et de façon plus générale favoriser le développement harmonieux d'un jeune enfant, il existe des attitudes et des pratiques parentales identifiées², pour certaines plus ou moins sous-tendues par la biologie :

- une bonne sensibilité parentale et, plus largement, un *caregiving* suffisant.
- Un accompagnement des émotions de l'enfant : capacité à nommer ces émotions, d'aider l'enfant à s'autoréguler.
- Une discipline positive : cadre ferme et bienveillant, modélisation des comportements, sanctions adaptées et proportionnées, cohérence, pas de violences éducatives.
- Une stimulation de l'enfant sur le plan cognitif : interactions suffisamment riches, jeux, éveil au monde...

Parmi les différents « styles » éducatifs répertoriés – autoritaire (peu d'écoute des besoins de l'enfant, beaucoup d'exigences avec une discipline « dure »), permissif (réponse aux besoins de l'enfant mais absence de cadre et d'exigences), désengagé (ni réponses aux besoins de l'enfant, ni cadre posé) –, c'est bien l'éducation « équilibrée » (le terme anglais est *authoritative* : réponses aux besoins de l'enfant, bonne communication, un cadre et des exigences sans violence) qui apparaît comme la plus propice au bien-être d'un enfant.

1. « Innover et agir en prévention pour construire le lien d'attachement : regards croisés France – Québec », Institut de la parentalité, Bordeaux, 3 et 4 octobre 2019, compte-rendu intégral sur www.gynger.fr

2. Le rapport « *Parenting matters* » publié par les trois académies américaines constitue une bonne recension de cette littérature, ainsi que les travaux publiés par la *Early Intervention Foundation* (eif.org.uk)

On précisera ici « en contexte occidental », car la plupart des études qui permettent d'aboutir à ces conclusions ont été effectuées auprès de populations vivant dans les sociétés développées de pays industrialisés. De plus en plus de recherches sont néanmoins menées dans des pays moins développés auprès de populations rurales traditionnelles et montrent, par exemple, que la sensibilité maternelle semble bien un concept universel et que les violences éducatives ont des effets délétères sur l'enfant, y compris dans les pays du Sud (MINTER *et al.* 2018, GARRETT *et al.* 2018).

Ce modèle implique des parents très à l'écoute des besoins de leur enfant, en capacité d'y répondre de façon appropriée dans un laps de temps raisonnable, soucieux de poser des règles et de discipliner leur enfant sans recours à la violence. Les données de la littérature montrent aussi que lorsque les parents respectent le rythme de l'enfant, lui parlent depuis sa naissance, jouent avec lui ou accordent à tout le moins beaucoup d'importance au jeu, verbalisent les émotions, régulent le temps d'exposition aux écrans, entre autres, cet enfant a statistiquement plus de chances de bien se développer, et d'entrer sans difficulté dans les apprentissages scolaires.

Des pratiques parentales très corrélées au statut socioéconomique

Ces pratiques parentales ajustées au développement de l'enfant correspondent davantage aux modalités éducatives des classes moyennes et des populations à hauts revenus. Les premières données issues de la cohorte française de l'Étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe) le montrent, dès l'âge de un an. Le sociologue Bertrand Geay, codirecteur de cette étude, qui coordonne les travaux pluridisciplinaires autour de cette cohorte, le précisait lors de la première journée d'études organisée en 2017 pour présenter les résultats : « L'incitation à la marche, au langage, est différente selon les familles, selon les représentations qu'elles se font du développement de l'enfant. Dans les milieux populaires, encore plus dans les familles sub-sahariennes, le développement moteur est très précoce. Dans les autres familles, on assiste à un développement plus précoce du langage ».

Avec une précieuse approche plus qualitative que quantitative, le sociologue Bernard Lahire (2019), a proposé, avec son dernier ouvrage collectif *Enfances de classe*, une plongée, aussi saisissante que minutieuse, dans ces primes socialisations très marquées par le statut socioéconomique

des familles. Les pratiques éducatives sont passées au peigne fin, notamment le rapport au jeu. Avec les auteurs qui ont collaboré à cette somme, il écrit, au sujet des familles des classes moyennes supérieures, que « les parents pédagogisent le monde pour leurs enfants... Ils les emmènent visiter des musées et leur font prendre part à des ateliers éducatifs (onze familles où les parents sont très dotés scolairement et une famille pas dotée) ». Ces familles ont bel et bien pris le pli de la « pédagogie invisible ».

Même constat sur le rapport à l'autorité qui varie fortement et prépare très inégalement les enfants au régime disciplinaire de l'école. Dans les classes populaires, les règles sont moins explicitées, moins généralisables et donc moins transposables à un autre contexte. La sanction tombe au moment de l'écart à la règle, sans avertissement, elle est plus souvent improvisée. Dans les classes moyennes et supérieures, au contraire, les règles renvoient à de grands principes, elles sont connues, explicitées, parfois même co-construites avec l'enfant, et la sanction ne tombe pas sans sommation.

Pas de surprise du côté du développement langagier. Le travail coordonné par Bernard Lahire vient confirmer les données accumulées depuis la fameuse étude de Betty Hart et Todd Risley (1995). « La maîtrise du vocabulaire est socialement différenciée [...]. La longueur des récits varie tendanciellement selon l'origine sociale [...]. C'est parmi les enfants des classes supérieures que l'on trouve les récits les plus explicites et les plus ajustés à la norme scolaire du bien parler. » Dans les familles les plus dotées culturellement, expliquent les auteurs, on note une diversité, une intensité, une complexité des jeux de mots, charades, histoires drôles et devinettes. On lit Claude Ponti et Pef. « Ainsi les divers usages du langage qui relèvent de l'humour ou du jeu attestent-ils de l'inégalité des compétences langagières et des rapports au langage chez les parents et les membres des configurations familiales étudiées. »

Des inégalités en partie induites par la prime socialisation

Ces pratiques parentales corrélées au statut socioéconomique des familles ne se traduisent pas simplement par des différences de style éducatif. Elles ont une conséquence, là aussi, de plus en plus étayée par la recherche : elles expliquent une partie des inégalités de développement entre les enfants selon leur milieu d'origine et la vulnérabilité psychosociale de leur famille.

En matière de parentalité et de développement de l'enfant, il existe bien des facteurs de risque. La littérature montre que le niveau d'éducation maternel, la précarité économique, l'isolement social, la santé mentale, le statut migratoire (ces facteurs de risque viennent souvent se surajouter) ont une forte incidence sur les indicateurs de développement des enfants, incidence en partie médiée par les pratiques parentales. « Les écarts observés en matière de stimulation cognitive, d'affection, de punition et d'autres investissements parentaux en faveur des enfants entre des familles dont les statuts socioéconomiques sont différents se creusent dès le plus jeune âge, affirme James Heckman¹, économiste, prix Nobel pour ses travaux sur la rentabilité des investissements en petite enfance. [...] En matière de stimulation cognitive et d'affection, des écarts significatifs ont été observés chez des enfants en bas âge de différents groupes socioéconomiques et ces différences subsistent tout au long de l'enfance. [...] Un fossé est en train de se creuser entre les enfants défavorisés et les enfants de milieux aisés pour ce qui concerne la qualité de l'environnement familial initial. Ceux qui sont nés dans des environnements défavorisés bénéficient d'une stimulation et de ressources favorables au développement relativement moins importantes que les enfants des familles aisées. »

« Il y a une importance très grande des formes d'attention conjointe parents-enfants précoce, de la communication par les mimiques, du fait de mettre en mots ce qui se joue quand on est avec l'enfant, note Bertrand Geay. C'est par là que se construisent les compétences communicationnelles qui conditionnent l'explosion langagière à partir de dix-huit mois. Ces pratiques sont plus fréquentes dans les milieux aisés. » Parmi les autres résultats communiqués lors de cette journée scientifique de la cohorte Elfe en septembre 2018, notons celui-ci : « Le diplôme de la mère apparaît comme une variable très forte pour le développement du langage avec un gradient très net. Les enfants des femmes plus éduquées ont une volumétrie plus forte. De fortes inégalités socioéconomiques avec des écarts considérables d'acquisition du vocabulaire apparaissent dès les deux ans de l'enfant ».

La *Early Intervention Foundation (EIF)*, organisme britannique chargé de recenser la littérature sur ces sujets, souligne de son côté² que, « grandir

1. Interview sur le site de l'Unesco en 2010 http://www.unesco.org/new/fr/media-services/single-view/news/interview_with_professor_james_heckman_noted_scholar_and_no/

2. <https://www.eif.org.uk/report/foundations-for-life-what-works-to-support-parent-child-interaction-in-the-early-years/>

dans une famille défavorisée est le premier facteur de risque de connaître des difficultés scolaires futures pour un enfant de un an. » Dans une stupéfiante étude parue dans *Nature*, Kimberly G. Noble (2015) a montré, pour la première fois, l'impact précoce de la pauvreté sur la physiologie même du cerveau, c'est-à-dire une forte corrélation entre le niveau socioéconomique des parents et la surface cérébrale des enfants.

Il y a évidemment encore beaucoup à apprendre sur les mécanismes qui sous-tendent cette corrélation entre le milieu socioéconomique et le développement des enfants. On sait, par exemple, qu'une condition économique défavorable et le niveau de diplômes de la mère constituent des facteurs de risque pour la sensibilité parentale et le *caregiving*, avec pour conséquence davantage de troubles de l'attachement chez les enfants des familles défavorisées.

D'après cette fondation, les facteurs qui prédisent la sensibilité maternelle, c'est-à-dire cette capacité à répondre aux besoins, notamment, de sécurité émotionnelle de l'enfant, sont le niveau socioéconomique, la santé mentale et physique des parents, la qualité du réseau familial et de la relation conjugale. Le rapport de la EIF propose les résultats d'une méta-analyse où les auteurs ont trouvé un taux d'attachement désorganisé de 15 % chez les enfants de la classe moyenne, de 25 à 35 % dans les milieux défavorisés, de 43 % parmi les enfants de mères alcooliques ou toxicomanes et de plus de 48 % dans les familles où une maltraitance était suspectée. « On trouve des histoires infantiles très dures chez les mères précaires, avec un risque accru de bébés plus difficiles ou aux besoins extraordinaires », explique de son côté Nicole Guédeney³.

Il semble que ce ne sont pas seulement les conditions de vie plus éprouvantes (l'insalubrité du logement, la promiscuité, l'alimentation moins équilibrée, le sommeil entravé, le moindre accès aux biens culturels) qui nuisent au développement des enfants, mais aussi les comorbidités associées à ces conditions de vie, au premier rang desquelles la fragilité psychique des mères et des croyances, postures, pratiques parentales moins ajustées. Évoquant les évolutions sociétales et les enjeux sociaux et éducatifs du moment (par exemple, les écrans), George Tarabulsky assure : « Il y aura toujours une différence selon que l'on parle de familles à faibles risques ou de familles vulnérables. Il y a un besoin de réhabiliter les interactions dans

3. Lors du colloque organisé par l'association belge Echoline à Charleroi, en janvier 2019

les contextes de vulnérabilité. Il y a des enjeux pour tout le monde et des enjeux spécifiques avec les familles vulnérables. »

Des besoins spécifiques souvent non exprimés

Les attentes et les besoins exprimés par les parents ne reflètent pas nécessairement un besoin réel, du point de vue de l'intérêt de l'enfant. *A contrario*, des parents qui n'expriment aucune inquiétude ne sont pas pour autant des parents « suffisants ». Ils peuvent ne pas avoir conscientisé leurs besoins et leurs manques. À cet égard, l'« Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans », (EQEPE) menée en 2015 par l'Institut de la statistique du Québec, auprès de 14 900 parents d'enfants de 0 à 5 ans, s'est révélée très intéressante. Parmi les résultats : les parents vivant dans un ménage à faible revenu lisent ou racontent moins souvent des histoires, ont un sentiment d'efficacité parentale plus fort, vivent moins de stress parental, sont plus nombreux à ne s'imposer aucune pression concernant la façon dont ils s'occupent de leurs enfants. Plus le niveau de revenus et de scolarité des parents augmente, plus ceux-ci se disent stressés et soumis à des pressions.

Le rapport de l'EQEPE note aussi : « Ce sont les parents ayant un diplôme universitaire qui vivent généralement plus de stress, qui se sentent les moins efficaces par rapport aux autres, qui s'imposent davantage de pression et qui lisent ou racontent plus fréquemment des histoires. Ce sont également ces derniers qui ont eu, depuis qu'ils sont parents, un plus grand besoin en information sur le développement des enfants et le rôle de parent. »

Par ailleurs, toujours dans cette enquête, les parents ayant un diplôme de niveau universitaire sont plus nombreux à avoir une fréquentation régulière et diversifiée des lieux publics et à avoir participé à au moins deux différents types d'activités liées au développement de l'enfant ; les parents n'ayant aucun diplôme sont moins susceptibles de connaître les services offerts aux familles. Plus les parents sont scolarisés, plus ils ont tendance à avoir participé à des ateliers, à des cours ou à des conférences pour parents, à des activités parents-enfants et à des activités sportives pour enfants de 0 à 5 ans.

On voit ici à l'œuvre l'effet Matthieu¹, ou comment les usagers *a priori* les mieux dotés sont les premiers à se saisir des services universels. D'après

1. L'effet Matthieu désigne, en sociologie des sciences, les mécanismes par lesquels les établissements d'enseignement supérieur et les entreprises les plus reconnus tendent à entretenir leur domination dans le monde de la recherche et de l'innovation technologique.

Youssef Slimani, l'un des chercheurs supervisant cette enquête québécoise de grande ampleur, les résultats ont interloqué certains acteurs de terrain exerçant dans des quartiers défavorisés : « Dans votre étude, ces parents ont des attitudes positives alors que nous, on a quand même plein de signalements. » Partir des demandes et attentes des parents peut avoir comme effet de renforcer les inégalités puisqu'on voit bien, ici, que ce sont les parents qui ont la possibilité de conscientiser un besoin et des attentes, d'avoir une réflexivité sur leurs pratiques éducatives (et qui appartiennent davantage aux catégories aisées), qui vont s'exprimer et se saisir des services proposés. Soutenir la parentalité des populations vulnérables peut s'apparenter à une clinique de la non-demande.

Pour le Québécois George Tarabulsy, soutenir la parentalité des familles vulnérables dans le but d'améliorer le développement de l'enfant doit passer par un travail éducatif et pas par une simple restauration de l'estime de soi. « Quand on travaille sur la qualité des interactions parents-enfants (qui devient l'une des composantes du soutien), l'impact sur le développement de l'enfant est deux à trois fois plus efficace que lorsqu'on travaille uniquement sur la santé mentale du parent, son bien-être psychique. Les populations vulnérables présentent des spécificités qu'on ne retrouve pas dans l'ensemble de la population. Tout le monde a des besoins mais quand on parle de parents vulnérables, même quand ils vont mieux, ça ne veut pas dire qu'ils agissent mieux sur leurs enfants. L'enfant demeure à risque. Il se peut que si l'intervention dure longtemps, elle finisse par avoir un effet. Mais en attendant que le parent améliore son comportement, l'enfant n'est pas dans un congélateur, il est toujours en interaction avec un parent qui lutte contre ses difficultés avec sa parentalité. [...] Les effets sont valables pour le développement cognitif et encore plus forts pour le développement socio-émotionnel. [...] Ces résultats nous disent que dans une intervention, il n'y a pas d'effet domino. Un domino n'en fera pas tomber un autre. Si je veux améliorer le développement de l'enfant, il faut comprendre quels sont les moteurs de ce développement pour travailler sur ces moteurs. Il est possible qu'en agissant sur le développement de l'enfant on n'aide pas le parent qui lutte contre la dépression. Il est possible que si on travaille sur la dépression, on n'aide pas le développement de l'enfant. Une intervention qui va être globale va se préoccuper de l'ensemble de ces objectifs. »

Émanciper les parents vulnérables par la connaissance

D'après le rapport américain « *Parenting Matters* » déjà cité, les parents ayant une bonne connaissance du développement de l'enfant sont plus à même de répondre à ses besoins. Les mères qui ont un bon corpus de connaissances interagissent beaucoup plus positivement avec leurs enfants. Elles sont plus susceptibles de donner des livres et du matériel éducatif adaptés à l'âge de leurs enfants et de s'investir dans la lecture, les échanges verbaux, la narration d'histoires. En revanche, les parents qui ne savent pas que les apprentissages commencent à la naissance sont moins susceptibles de s'engager dans des pratiques qui favorisent les apprentissages, ou d'exposer les enfants à l'écoute de mots et de les inciter à parler. Une mère qui n'a pas connaissance du fait qu'un très jeune bébé est déjà attentif est moins susceptible de répondre aux tentatives de son enfant, d'interagir avec elle. Lors d'une journée de débats organisée le 11 octobre 2019 dans le cadre de la démarche de consensus sur les mesures de protection hors placement, Catherine Sellenet, chercheuse, disait : « Il y a un manque de transmission des savoirs des professionnels vers les parents. Les parents ne savent pas tout de l'incidence de certaines pratiques sur l'enfant. Il y a toute une transmission à faire de nos savoirs. Cela peut donner lieu à un dialogue parfois très tendu mais qui aurait le mérite de la transparence. Sinon, on rappelle la norme sans l'explicitier. »

UN DÉBAT TOUJOURS VIF MALGRÉ DE NOMBREUSES DONNÉES

Pourquoi prendre la peine de récapituler toute cette littérature? Parce que le sujet du soutien aux familles les plus vulnérables est extrêmement sensible, voire inflammable, surtout en France, et qu'il nécessite l'approche la plus factuelle, la plus dépassionnée qui soit. Parce qu'on ne peut s'aventurer sur ce terrain sans être en capacité de répondre aux réserves, voire aux résistances. Quels sont les arguments de ceux qui s'opposent à un soutien spécifique aux familles porteuses d'une vulnérabilité psychosociale?

« Être parent c'est dur pour tout le monde, pourquoi se focaliser sur les pauvres ? »

Tout le monde peut, à un moment ou à un autre de sa vie, être confronté à une difficulté dans l'éducation de ses enfants, et il est absolument indispensable de proposer des services universels de qualité pour répondre aux problématiques de chacun. Néanmoins, certains parents vont présenter des difficultés spécifiques ou accrues du fait de leurs conditions de vie, de leur histoire familiale, de leur isolement social, de la barrière de la langue, d'un éloignement culturel lié à la migration, et ils sont moins armés que d'autres pour trouver des ressources. La recherche montre bien que les familles vulnérables font face à un cumul de difficultés, et c'est ce cumul qui affecte leur parentalité. Proposer les mêmes services à tous relève d'une démarche égalitaire là où une démarche d'équité propose plutôt un soutien adapté à l'intensité et à la spécificité des besoins.

« En parlant de familles vulnérables ou fragiles on les stigmatise »

La stigmatisation d'une population ciblée par une intervention constitue un effet iatrogène qui doit absolument être pris en compte et faire l'objet d'une intense réflexion, d'où notre souci de travailler sur trois axes complémentaires : la posture, l'alliance, les leviers motivationnels. Mais ce risque potentiel se transforme souvent en point Godwin de la prévention précoce : s'il y a risque de stigmatisation, alors il ne faut rien faire. Face à un risque réel (le développement de retards ou de troubles et la reproduction des inégalités), le risque hypothétique prend toute la place. Il nous semble qu'il existe sur ce sujet une confusion induite par une méconnaissance, ou de la mauvaise foi, ou de l'idéologie. Certains chercheurs et experts et une partie des acteurs de terrain lisent les données scientifiques à travers un prisme moral, c'est ce qu'on appelle le « paralogisme moraliste ». Poser que les parents des milieux populaires ou les parents précaires ont des pratiques éducatives moins ajustées et que leurs enfants se développent moins bien apparaît comme tellement injuste que cela ne peut tout simplement pas être. Or la recherche n'est ni juste ni injuste, ni gentille ni méchante : elle produit des données dont s'emparent ensuite ou pas, à bon ou à mauvais escient, des institutions, des organismes publics ou privés, des politiques. En mettant en lien le milieu familial et le développement des enfants,

les chercheurs ne désignent pas des responsables ou des coupables, ils identifient des explications possibles. Enfin, il nous semble que rien n'est plus stigmatisant que l'échec scolaire, le chômage longue durée, l'exclusion, ou passer sa vie aux minima sociaux.

« Parler trop tôt de retards ou de troubles et de facteurs de risque relève d'une vision déterministe qui enferme l'individu : ce sont des prophéties autoréalisatrices »

C'est malheureusement faux, et là encore le paralogisme moraliste est à l'œuvre. Les études longitudinales mettent en exergue à la fois la persistance de troubles qui apparaissent tôt chez les enfants et l'existence de facteurs de risque familiaux. D'où cette position de plus en plus prônée par les chercheurs : dans le doute, mieux vaut agir. En ce qui nous concerne, il nous semble que s'assurer des connaissances des parents en matière de développement de l'enfant relève d'une intervention assez légère qui présente peu de risques de prophétie autoréalisatrice.

« Il n'est pas éthique d'imposer des normes éducatives qui sont en général celles des classes aisées à des familles de milieu populaire : c'est de l'ethnocentrisme de classe »

Le chercheur Daniel T. Willingham, spécialiste du développement cognitif, a rédigé en 2018 une note de blog¹ qui nous semble bien répondre à cet argument. Il écrit : « Utiliser la science pour dire aux parents comment être parents m'a toujours mis mal à l'aise. » Mais il pose cette question capitale : « Devrions-nous défendre farouchement toutes les pratiques parentales au nom de l'égalité culturelle [...] si nous savons que ces pratiques désavantagent les enfants à l'école et, plus tard, sur le marché du travail ? » Il évoque avec ironie ces « parents aisés qui suivent de près ce que les chercheurs suggèrent pour aider les enfants à s'épanouir et qui défendent le droit des parents vivant dans la pauvreté d'utiliser des pratiques parentales qui désavantagent leurs enfants. » Pour sortir de cette impasse éthique, Daniel Willingham conclut qu'il faut « donner aux gens l'information la plus complète qui soit et les laisser décider. »

« Lutter contre les inégalités avec des programmes de psycho-éducation

1. <http://www.danielwillingham.com/daniel-willingham-science-and-education-blog/the-debunking-of-hart-risley-and-how-we-use-science>

revient à faire reporter la responsabilité de la reproduction des inégalités sur les familles elles-mêmes »

Cette formulation est proposée par Daniel T. Willingham. En France, Claude Martin² parle du risque du « déterminisme parental³ ». Il est évidemment impératif de lutter activement contre les inégalités sociales en les amortissant avec, par exemple, un système redistributif efficace (c'est plutôt le cas en France), un bon accès de tous aux soins, un système scolaire équitable (nous sommes mauvais dans ce domaine). Mais pour lutter contre la reproduction des inégalités, étant donné le poids des primes socialisations, c'est-à-dire l'impact massif de ce que vit le très jeune enfant au sein de sa famille sur son devenir, comment ne pas envisager d'agir justement sur cet environnement proximal ? Il nous semble qu'il existe une contradiction à poser en permanence que les parents, y compris les plus vulnérables d'entre eux, sont les premiers éducateurs de leurs enfants et à ne pas leur donner les clés qui leur permettraient d'assumer cette mission. Lors du colloque de Bordeaux sur l'attachement, George Tarabulsy a commencé son intervention en parlant du film de Roberto Benigni, *La vie est belle*. « C'est une métaphore intéressante pour le travail qu'on fait avec les parents. C'est l'épopée d'un papa qui se retrouve dans un camp de concentration, environnement hostile s'il en est. Comment préserver l'enfant de cet environnement ? Comment les enfants apprennent que leur milieu est difficile ? Qu'est ce qui fait que l'enfant s'en sort ? Dans le film, le papa porte le poids de l'environnement difficile. Le dernier rempart ? Ce sont les parents, et ce n'est pas culpabilisant. On peut travailler avec les parents pour réduire les inégalités sur le plan du développement humain. Il est possible de travailler avec ces familles et d'améliorer l'environnement proximal. »

« Donner aux gens l'information la plus complète qui soit et les laisser décider », comme le synthétise Daniel T. Willingham, « travailler avec les parents pour améliorer l'environnement proximal », comme le propose George Tarabulsy : voilà qui pourrait résumer les ambitions du projet Papoto.

2. Sociologue et directeur de recherche au CNRS, titulaire de la chaire Lien social et santé *Social Care* de l'EHESP, directeur du Centre de recherche sur l'action politique en Europe (CRAPE - UMR 6051).

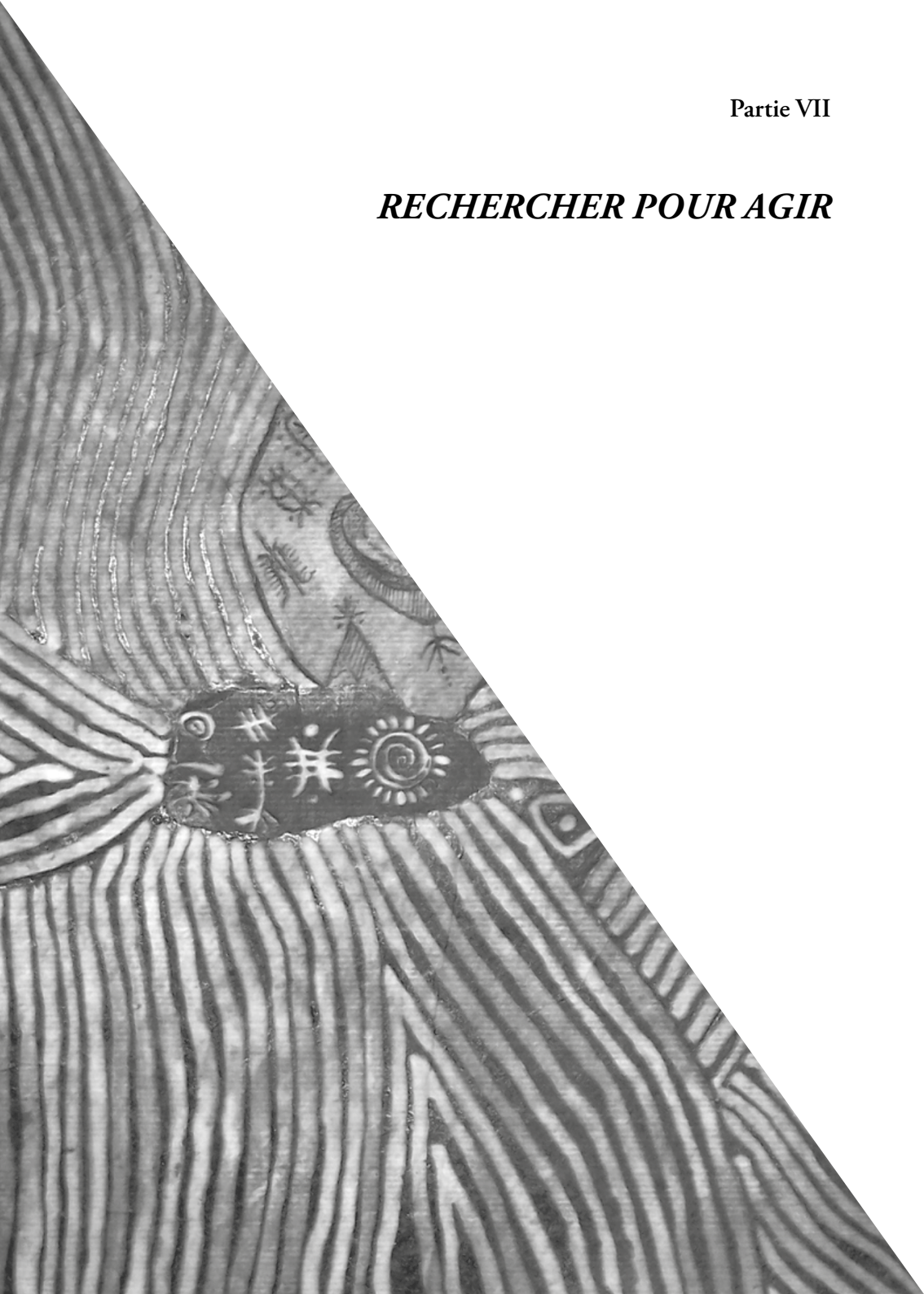
3. « L'action publique en direction des parents : Quels problèmes ? Quelles réponses ? » Colloque CNAF/IRIS à l'EHESP, septembre 2017

BIBLIOGRAPHIE

- CASPI A., HOUTS R.M., BELSKY D.W., HARRINGTON H, HOGAN S, RAMRAKHA S., POULTON R. & MOFFITT T.E. (2016) « Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden » *Nature Human Behavior*, n°1, art. 0005.
- HART B. ET RISLEY T. (1995) *Meaningful Experiences in the Everyday Experience of American Children*, Baltimore, Paul H. Brooke Publishing.
- MINTER T., ANGGED A., CISSÉ I. A. H., SALALI G. D., BAMBERG MIGLIANO A. (2018) « Universality Without Uniformity : A Culturally Inclusive Approach to Sensitive Responsiveness », *Child Development*, vol.89, n°3, p. 837-850.
- PACE G. T., SHAWNA J. L., GROGAN-KAYLOR A. (2019) « Spanking and young children's socioemotional development in low- and middle-income countries » *Child and Abuse Neglect*, vol. 88, p. 84-98.
- LAHIRE B. (dir.) (2019) *Enfances de classe*, Paris, Seuil
- NOBLE K. G. *et al.* (2015) « Family income, parental education and brain structure in children and adolescents », *Nature Neurosciences*, n°18, p. 773-778.
- STRAATMANN V., PEARCE A., HOPE S., BARR B., WHITEHEAD M., LAW C., TAYLOR-ROBINSON D. 2018 « How well can poor child health and development be predicted by data collected in early childhood ? » *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 72, n°12, p. 1132-1140.

Partie VII

RECHERCHER POUR AGIR



LA RECHERCHE EN UNITÉS DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE

Florence GRESSIER¹, Nine MC GLANGEAUD-FREUDENTHAL²,
Anne-Laure SUTTER-DALLAY³

LES DÉBUTS DE LA PSYCHIATRIE PÉRINATALE EN FRANCE ET AU ROYAUME-UNI

En 1858, Louis-Victor Marcé pose les fondations de la psychiatrie périnatale dans son *Traité de la folie des femmes enceintes : des nouvelles accouchées et des nourrices*⁴.

Il y étudie des épisodes mélancoliques délirants, maniaques, des bouffées délirantes, ainsi que leurs traitements, et il explore leurs liens avec l'état gravidique et de suites de couches, grâce à son observation de 79 femmes enceintes, parturientes ou nourrices hospitalisées pour troubles psychiques (MARCÉ 1858). En conclusion de son ouvrage, il pose également la question du devenir des enfants de ces femmes.

Lors du Blitz sur Londres, environ 800 000 enfants ont été séparés de leurs parents durant l'évacuation de la ville et placés dans des familles

1. Psychiatre, docteur ès sciences, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), Inserm UMR 1178 : Unité de psychiatrie périnatale, Service de psychiatrie, Hôpital de Bicêtre, Hôpitaux universitaires Paris Sud.

2. Psychologue, docteur ès sciences, ex-chercheur (CNRS et INSERM), membre fondateur de la Société Marcé Francophone pour la promotion de la santé mentale et de la psychiatrie périnatales.

3. Psychiatre et pédopsychiatre, docteur ès sciences, Réseau de psychiatrie périnatale, Pôle universitaire de psychiatrie adulte (UNIVA), CH Charles-Perrens.

4. Réédité courant 2020 aux éditions de la Conquête

d'accueil volontaires. Cet évènement a induit le début des observations scientifiques des conséquences de la séparation mère-enfant à grande échelle. Par exemple, John Bowlby, exerçant à la Tavistock Clinic depuis 1946, a été chargé par l'OMS, de rédiger une étude sur les effets de la séparation mère-enfant (BOWLBY 1956). En 1958, Thomas Main montre que la séparation d'un enfant de sa mère durant la première année de vie impacte négativement le développement de la relation d'attachement. Enfin, l'étude à long terme du devenir de ces enfants « évacués » montre que plus la séparation a eu lieu à un jeune âge, plus ils présentent d'épisodes dépressifs caractérisés ou de troubles anxieux à l'âge adulte (RUSBY *et al.* 2009).

Dans la même période de temps, Donald W. Winnicott (1956) développera le concept de préoccupation maternelle primaire. Paul-Claude Racamier, en 1961, soulignera que le traitement optimal de la psychose du post-partum de la mère ne peut être obtenu sans la présence de son enfant.

Le Royaume-Uni a été précurseur dans la création d'unités d'hospitalisation-conjointes : initialement en favorisant la présence des parents auprès de leurs enfants dans les services de pédiatrie, mais également des bébés auprès de leurs mères dans les services de psychiatrie, dès 1959 au Banstead Hospital. Il a alors été observé que les femmes psychotiques avaient des durées de séjour en post-partum plus courtes et des taux de rechutes moins importants lorsqu'elles étaient hospitalisées avec leurs bébés (HOWARD 2000).

À partir de 1992, le *Royal College of Psychiatrists* anglais recommande, dans ses bonnes pratiques, de faciliter l'hospitalisation conjointe chaque fois que possible, recommandations reconduites en 2017 par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

Les débuts de la psychiatrie périnatale en France deviennent concrets à partir de 1979 avec l'ouverture de la première unité mère-enfant au Centre hospitalier intercommunal de Créteil, en pédopsychiatrie, rapidement suivi en 1980 par l'Hôpital Paul-Brousse à Villejuif, cette fois en psychiatrie d'adultes (CAZAS et GLANGEAUD-FREUDENTHAL 2009). Les unités mère-bébé temps plein ont pour expertise de traiter la mère présentant un épisode psychiatrique, de s'assurer des soins de l'enfant et de son développement, de faciliter et de soutenir les interactions mère-enfant par une prise en charge multidisciplinaire. Cette expertise permet également l'évaluation

des interactions mère, père, bébé, de la qualité des ressources familiales, sociales et médicales. Un travail conjoint des psychiatres, pédopsychiatres, obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, travailleurs sociaux est primordiale. Soulignons que les unités mère-bébé doivent s'intégrer dans un dispositif de soins gradués de la prise en charge en santé mentale périnatale (SUTTER-DALLAY 2017). On recense actuellement en France une soixantaine de lits (60 berceaux) pour un besoin estimé à 594 lits (NEZELOF *et al.* 2012).

La recherche de la Marcé

L'*International Marcé Society*, fondée en 1980, promeut et facilite la collaboration et la mise en commun des recherches dans les troubles psychiatriques périnataux. Un hétéro-questionnaire standardisé, la *Marcé Checklist*, élaboré par le Pr. Appleby, permet une harmonisation du recueil d'informations sociodémographiques et cliniques entre les différentes unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant.

En France, la Société Marcé Francophone a traduit ce questionnaire, permettant son utilisation au sein de la majorité des unités mère-enfant en France et en Belgique. Cet hétéro-questionnaire rempli par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation conjointe, contient des items relatifs aux caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques de la mère (antécédents, diagnostic, décompensation pendant la grossesse, traitements psychotropes reçus) et du conjoint, aux antécédents gynéco-obstétricaux, et à l'état de santé du bébé. La qualité des interactions mère-bébé a également été recueillie, ainsi que les modalités de sortie d'hospitalisation.

À partir des données recueillies par ce questionnaire, la Société Marcé Francophone a produit une base de données permettant une étude observationnelle, prospective et multicentrique. Les femmes y ont été incluses si elles étaient hospitalisées conjointement avec leur bébé âgé de moins de 1 an dans l'une des 16 unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant, entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2010, pour une période minimum de 5 jours consécutifs, après avoir donné leur consentement éclairé pour participer. La durée du suivi correspondait à la durée de l'hospitalisation. L'étude a été approuvée par la CNIL.

CARACTÉRISTIQUES À L'ADMISSION

Une analyse a porté sur 869 dyades hospitalisées entre 2001 et 2007. L'âge des mères est de 31 ans (DS : 6 ans). Le père est présent dans seulement 65 % des cas. Les diagnostics principaux sont : dépression ou trouble unipolaire (18 %), trouble schizo-affectif (21 %), autre trouble de l'humeur ou trouble anxieux (15 %), trouble de la personnalité (13 %), psychose chronique (14 %), trouble psychotique aigu (4 %), autre (15 %) (GLANGEAUD *et al.* 2011).

L'âge du bébé est de 0 à 50 semaines et de 10 semaines en moyenne (moins de 3 semaines : 30 %, 3 à 14 semaines : 44 %, plus de 14 semaines : 26 %). Concernant la santé du bébé, on note une absence de problème spécifique dans 75 % des cas. Des problèmes somatiques sont présents dans 9 % des cas et des problèmes de comportement dans 11 % des cas. Cependant, on note que 34 % des enfants ont eu des complications néonatales. Les admissions sous contrainte sont très rares en France (8 %) mais plus fréquentes au Royaume-Uni (18 %) (GLANGEAUD-FREUDENTHAL *et al.* 2014).

La durée moyenne de séjour est de 75 jours : de 5 jours à 19 mois. Dans la littérature, les durées d'hospitalisation moyennes varient selon les unités étudiées. Elles sont de l'ordre de 60 jours au Royaume-Uni (STEPHENSON *et al.* 2018, KUMAR *et al.* 1995 et ABEL *et al.* 2005). En revanche, en Australie, celles-ci étaient de 15 à 27 jours (JABLENSKY *et al.* 2005), ceci étant potentiellement imputable à un réseau de soins ambulatoires mieux organisé.

AMÉLIORATION CLINIQUE

Il existe une amélioration clinique nette chez 69 % des mères (absence de symptômes : 16 %, amélioration marquée : 53 %), une faible amélioration pour 21 % d'entre elles, une absence d'amélioration pour 8 % et une aggravation pour 2 %. Ainsi, la plupart présentent une amélioration à la sortie de l'hospitalisation conjointe (GLANGEAUD *et al.* 2011).

Les variables sociodémographiques associées à une moindre amélioration clinique sont un faible niveau d'éducation maternelle, l'absence d'activité professionnelle, le célibat, un support social de faible

qualité, les consommations de tabac, alcool ou drogues durant la grossesse. L'amélioration est fortement associée au diagnostic principal : les femmes ayant un diagnostic de trouble de l'humeur (épisode dépressif caractérisé du post-partum ou épisodes dépressifs caractérisés récurrents ou trouble bipolaire) et celles avec une bouffée délirante aiguë présentent les plus forts taux d'amélioration (87 et 85 % respectivement) (GLANGEAUD *et al.* 2011). Celles présentant un trouble de la personnalité ont les taux les plus bas (40 %). Chez les femmes souffrant de psychose chronique, seules 47 % sont améliorées. Ainsi les troubles psychotiques chroniques et de la personnalité sont associés à une amélioration moindre.

Une revue de la littérature (GILLHAM et WITTKOWSKI 2015) permet d'avoir des données plus complètes. Elle regroupe 23 études (USA, Inde, Belgique, France, Pays-Bas, Royaume-Uni, Australie) avec 5023 participantes. Les troubles dépressifs représentent 50 % des patientes, la schizophrénie 25 % et les troubles bipolaires 10 %. Les taux d'amélioration clinique des mères (évalués grâce à la *Marcé Checklist*, le BDI, le STAI, le STAXI ou l'EPDS) vont de 54 à 76 %. Seules les études présentant exclusivement ou en majorité des patientes psychotiques chroniques ont des taux d'amélioration entre 29 et 45 %. Rebecca Gillham et Anja Wittkowski (2015) retrouvent ainsi que les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité sont associés à un devenir moins favorable mais notent que la plupart des études utilisent de faibles échantillons et que les évaluations diagnostiques ne sont pas toujours standardisées, ce qui limite l'impact de ces résultats.

PLACE DU PÈRE

Les résultats de la cohorte montrent que 49 % des pères de bébés hospitalisés en UMB n'avaient pas de troubles psychiatriques connus. Lorsqu'une pathologie psychiatrique était observée (22 %), il s'agissait : de troubles du comportement ou de la personnalité (7 %), de troubles schizophréniques ou psychotiques non-affectifs (3 %), de troubles de l'humeur (4 %), d'alcoolisme et de toxicomanie, de troubles cognitifs et d'autres troubles (8 %). Cependant, dans 29 % des cas, il n'y avait pas d'information ou le père était inconnu de l'unité.

Les relations de la mère avec le père de l'enfant étaient relativement bonnes pour seulement 42 %, plutôt mauvaises pour 19 %, et dans presque 10 % des cas il n'y avait plus de relation. De plus, l'information n'était pas disponible dans 29 % des cas.

L'impact d'une pathologie paternelle commence à être établi. Ainsi, en cas de pathologie paternelle, les taux d'amélioration des femmes sont moindres (GLANGEAUD *et al.* 2011). La relation entre deux pathologies parentales est de plus bidirectionnelle : il peut être difficile pour une femme d'aller mieux si son conjoint présente un épisode dépressif caractérisé ; tout comme un épisode dépressif caractérisé chez le père peut être précipité par un manque d'amélioration de l'état de la mère. Le diagnostic paternel a lui aussi son importance dans le devenir et le développement neurologique et comportemental de l'enfant, indépendamment du diagnostic maternel. De plus, il a été montré que si le conjoint est adapté et soutenant, la durée d'hospitalisation s'en trouve diminuée (GRUBE *et al.* 2011).

SÉPARATION DES PARENTS, CONSÉQUENCES SUR LES ENFANTS

Une étude préliminaire monocentrique conduite en France (POINSO *et al.* 2002) chez 92 dyades hospitalisées en UMB entre 1991 et 1998 trouvait un taux de séparation de 23 %. Nine Glangeaud *et al.* (2013) notent un taux de séparation de 15 %, sur 1018 dyades (869 françaises, 149 belges), où 41 % des placements se sont faits en famille d'accueil, 41 % en institution, 16 % en intrafamilial (3 % sous la responsabilité de leur père), et 1 % des enfants ont dû rester plus d'un mois en hospitalisation après la sortie de leur mère, l'information sur le type de placement n'était pas disponible pour un enfant. Concernant les enfants restant avec leurs mères, 11 % bénéficient d'une supervision par un juge et 9 % par les services de protection de l'enfance.

Parmi les dyades séparées, la santé mentale maternelle n'était pas améliorée pour 82 % des mères et 58 % des enfants avaient eu au moins une complication néonatale, tel un transfert en unité intensive néonatale (28 %), une hospitalisation dans le premier mois (25 %), un petit poids de naissance (23 %) ou une prématurité (17 %). Près de la moitié (47 %) avaient été admis en unité mère-bébé à la demande du juge. Cependant, il est à noter qu'environ la moitié (49 %) de ces dyades étaient ensemble à la fin de l'hospitalisation.

Peu d'études ont exploré les facteurs de risque de placement de l'enfant. Les taux de sortie sous mesure de protection sociale vont de 6 à 32 %, et ceux de séparation à la sortie de l'hospitalisation de 9,5 % à 14,8 % (HAMMOND et LIPSEGE 2015). Des taux plus faibles entre 3 et 10 % ont été observés en Grande-Bretagne dans deux études (HOWARD *et al.* 2003, 2004) et en Australie (JABLENSKY *et al.* 2005).

Les facteurs associés à la séparation sont les complications néonatales/ infantiles, les troubles psychotiques chroniques des parents, les troubles de la personnalité ou des conduites chez le père, un faible support social, une absence de bonnes relations avec l'entourage (GLANGEAUD-FREUDENTHAL *et al.* 2013). D'autres études ont rapporté que la pathologie psychiatrique maternelle est fortement associée au risque de placement (BUIST *et al.* 2004, HOWARD *et al.* 2004, HOWARD *et al.* 2003, SALMON *et al.* 2003, SENEVIRATNE *et al.* 2003, WHITMORE *et al.*, 2011), toujours avec davantage de séparations chez les patientes présentant une schizophrénie. Ainsi, chez Margaret Salmon *et al.* (2003), 25 % des mères schizophrènes ou psychotiques chroniques contre 6 à 8 % de celles avec des troubles affectifs ont dû être séparées de leur enfant. Channi Kumar *et al.* (1995), dans leur étude monocentrique, obtiennent des taux similaires.

Un partenaire en bonne santé mentale, une stabilité familiale, un accès à un soutien social et financier évitent bien souvent le recours aux services sociaux chez ces patientes (ABEL *et al.* 2005).

Un faible niveau socio-économique a également été associé, dans d'autres études, à une majoration du risque de séparation, de recours aux services sociaux, de problèmes dans les soins à l'enfant (ABEL *et al.* 2005, BUIST *et al.* 2004, HOWARD *et al.* 2004, HOWARD *et al.* 2003, SALMON *et al.* 2003).

Une mauvaise qualité relationnelle de la mère à son conjoint, à sa mère et à son entourage en général est dans la plupart des études associée à la séparation (ABEL *et al.* 2005, BUIST *et al.* 2004, HOWARD *et al.* 2004, HOWARD *et al.* 2003, SALMON *et al.* 2003).

Le célibat de la mère est associé au recours aux services sociaux et à la séparation précoce mère-enfant (HOWARD *et al.* 2004, HOWARD *et al.* 2003, WHITMORE *et al.* 2011). Ainsi le célibat serait à plus haut risque de stress maternel et serait un facteur de mauvaise qualité de la relation mère-enfant (COPELAND et HARBAUGH 2005). Cependant, nous avons également vu qu'une mauvaise relation au conjoint pouvait être un facteur associé à la séparation, cette donnée est donc à prendre avec précaution.

SUICIDALITÉ EN PÉRIODE PÉRINATALE

Le suicide en période périnatale a longtemps été sous-estimé. Les évolutions récentes dans l'étude du suicide maternel (évolutions nosographiques avec l'« élargissement » du concept de mortalité maternelle dans la CIM 10 et l'évolution des méthodologies avec croisement des certificats de décès des femmes en âge de procréer et des certificats de naissance de l'année antérieure) montrent que l'incidence du suicide en période périnatale est proche de l'incidence en population générale. Il représente 20 % des morts maternelles françaises et est actuellement la première cause de mortalité maternelle. Les périodes à risque sont plus particulièrement le premier trimestre de la grossesse, les deux premiers mois et le douzième mois du post-partum. Les modalités du passage à l'acte peuvent être particulièrement violentes (pendaison, précipitation) (GUILLARD et GRESSIER 2017).

Dans notre cohorte, incluant 1439 femmes, 160 ont fait une tentative de suicide avant leur hospitalisation soit une prévalence de 11,4 % : 49 pendant la grossesse et 111 en post-partum. Les facteurs de risque pourraient différer suivant la période périnatale. En période prénatale, on retient : les antécédents de fausse couche, les consommations d'alcool et de tabac pendant la grossesse. En postnatal, on identifie : l'âge jeune, une dépression. De plus, la maltraitance infantile est plus fréquente chez les patientes suicidantes (10 % versus 3,4 %) (GRESSIER *et al.* 2017).

Ainsi, le risque suicidaire est important chez les femmes souffrant d'un trouble psychiatrique en période périnatale. Des profils différents de femmes suicidantes sont isolés selon la période (grossesse *versus* post-partum). Pendant la grossesse, les facteurs semblent être en lien avec des difficultés à investir la grossesse (célibat, antécédents obstétricaux), en postnatal, avec l'épisode dépressif caractérisé.

La prévention du risque suicidaire est primordiale afin d'éviter les conséquences pour la mère, le bébé, la famille.

COMPLICATIONS NÉONATALES

Dans notre cohorte, 10,2 % des bébés sont prématurés, 15,8 % ont un petit poids de naissance et 24,3 % nécessitent une hospitalisation néonatale (BOUKAKIOU *et al.* 2019). Ces prévalences sont plus importantes

que celles décrites en France, en population générale, de respectivement 7,4, 8,0 et 8,7 %.

Les décompensations pendant la grossesse sont associées aux petits poids de naissance et aux hospitalisations néonatales. Parmi les diagnostics maternels, l'abus de substance est associé aux petits poids de naissance et aux hospitalisations néonatales, indépendamment de la prise de psychotropes pendant la grossesse.

En effet, 40,1 % des femmes ont pris au moins un psychotrope pendant la grossesse. Le risque de petit poids de naissance est associé à la prise d'un thymorégulateur. Le risque d'hospitalisation néonatale est quant à lui associé aux antipsychotiques, antidépresseurs et anxiolytiques/hypnotiques (SUTTER-DALLAY *et al.* 2015).

Nous avons analysé deux sous-populations : les dyades dont les mères présentaient une schizophrénie et celles avec une bipolarité.

Les femmes avec une schizophrénie ont davantage de grossesses non programmées. En France, chaque année, naissent 5000 enfants de mères souffrant d'un trouble psychotique, 3500 enfants de mères souffrant de schizophrénie. Le risque de placement précoce est le plus élevé, de l'ordre de 50 %. Cependant, le placement n'est pas forcément la solution et en connaître les facteurs de risque pourrait permettre de mieux le prévenir ou le préparer. Dans notre cohorte, 320 femmes présentent une psychose chronique. À la sortie de l'hospitalisation, 27,5 % des dyades sont séparées. La séparation est associée dans notre cohorte au célibat, au placement en institution de la mère dans l'enfance, à l'hospitalisation néonatale et à la décompensation durant la grossesse (CÈS *et al.* 2018). Ainsi, la décision de placement doit prendre en compte la balance bénéfique/risque. Il est important de sensibiliser et de former tous les professionnels de santé à la question de la maternité chez les femmes souffrant d'un trouble psychotique, à l'utilisation des antipsychotiques et au repérage des situations « à risque ». Une attention particulière doit être portée aux mères placées en institution durant leur enfance. La prise en charge doit être pluridisciplinaire et les familles intégrées à cette dernière. Il est nécessaire de développer des programmes de prévention primaire. Une relation de confiance avec les patientes est primordiale.

Chez les patientes avec une bipolarité, le taux de rechute varie selon les études de 25 à 75 %. 36 % des premiers épisodes ont lieu en post-partum. Il n'a pas été décrit de polarité plus fréquente. Le risque de récurrence est important, jusqu'à 85 %.

Dans notre cohorte, quasiment la moitié (42,7 %) des femmes ont présenté une décompensation en prénatal. L'amélioration clinique lors de l'hospitalisation conjointe est de 83 %. Les facteurs associés à l'absence d'amélioration sont la décompensation durant grossesse, le nombre de psychotropes durant grossesse, l'hospitalisation en néonatalogie et le tabagisme. En analyse multivariée, seuls restent significatifs le nombre de traitements psychotropes et le tabagisme.

Seules 7,7 % des dyades sont séparées à la sortie. Les facteurs associés au placement sont notamment des facteurs sociodémographiques tels que le célibat, les mauvaises relations entre conjoints, avec l'entourage, le niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, la maltraitance de la mère dans l'enfance, la décompensation maternelle pendant grossesse, le nombre de traitements psychotropes pendant la grossesse, le tabagisme, l'abus de substance et l'hospitalisation du bébé en néonatalogie (LASICA 2018).

Tous ces chiffres ne font que souligner ce que les cliniciens savent profondément : il est primordial de sensibiliser et de former tous les professionnels du champ de la santé périnatale à la psychiatrie périnatale. Un dépistage des troubles psychiatriques en période périnatale devrait être réalisé de manière systématique. La prise en charge se doit d'être la plus adaptée possible pour la mère, l'enfant et la famille, et en gardant à l'esprit que l'hospitalisation temps plein dans un service de psychiatrie périnatale doit s'intégrer dans une prise en charge pluridisciplinaire et un dispositif de soins gradués.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL K. M., WEBB R. T., SALMON M. P., WAN M.W., APPLEBY L. (2005) « Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. » *J Clin Psychiatry*, vol. 66, n°6, p. 781-789.
- BOUKAKIOU R., GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. MC, FALISSARD B., SUTTER-DALLAY A.-L., GRESSIER F. (2019) « Impact of a prenatal episode and diagnosis in women with serious mental illnesses on neonatal complications (prematurity, low birth weight, and hospitalization in neonatal intensive care units). » *Arch Womens Ment Health* vol. 22, n°4, p. 439-446.
- BOWLBY J., AINSWORTH M. D. (1956) « The effects of mother-child separation : a follow up study. » *Br J Med Psychol*. vol. 29, n°3-4, p. 211-247.
- BUIST A., MINTO B., SZEGO K., SAMHUEL M., SHAWYER L., O'CONNOR L. (2004) « Mother-baby psychiatric units in Australia - the Victorian experience. » *Arch Womens Ment Health*, vol. 7, n°1, p. 81-87.
- CAZAS O., ET GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C. (2009) « Historique de l'émergence d'une nouvelle pratique et état des lieux des unités mère enfants. », *Pluriels-La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale* (« Les unités mère-bébé en hospitalisation temps plein : leurs rôles en psychiatrie périnatale »).
- CAZAS O., GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C. (2004) « The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marcé checklist. », *Arch Womens Ment Health.*, vol. 7, n° 1, p. 53-58.
- CAZAS O., DHÔTE A., BOUTTIER D., GINESTET D. (1990) « The hospitalization of a mother and her infant in an adult psychiatric department. » *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 33, n°2, p. 635-674.
- CÈS A., FALISSARD B., GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C., SUTTER-DALLAY A.-L., GRESSIER F. (2018) « Pregnancy in women with psychotic disorders : risk factors associated with mother-baby separation. », *Arch Womens Ment Health.*, vol. 21, n°6, p. 699-706.
- GILLHAM R., WITTKOWSKI A. (2015) « Outcomes for women admitted to a mother and baby unit : a systematic review. », *Int J Womens Health*, n°7, p. 459-476.

- GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C., HOWARD L. M., SUTTER-DALLAY A.-L. (2014) « Treatment - mother-infant inpatient units. » *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* Vol. 28, n°1, p. 147-157.
- GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C., SUTTER A.-L., THIEULIN A. C., DAGENS-LAFONT V., ZIMMERMANN M. A., DEBOURG A., MASSARI B., CAZAS O., CAMMAS R., RAINELLI C., POINSO F., MARON M., NEZELOF S., ANCEL P. Y., KHOSHNOOD B. (2011) « Inpatient mother-and-child postpartum psychiatric care : factors associated with improvement in maternal mental health. », *Eur Psychiatry*, vol. 26, n°4, p. 215-223.
- GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C., SUTTER A.-L., THIEULIN A. C., DAGENS-LAFONT V., ZIMMERMANN M. A., DEBOURG A., AMZALLAG C., CAZAS O., CAMMAS R., KLOPFERT M. E., RAINELLI C., TIELEMANS P., MERTENS C., MARON M., NEZELOF S., POINSO F. (2013) « Predictors of infant foster care in cases of maternal psychiatric disorders. », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, vol. 48, n°4, p. 553-561.
- GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C. (2004) « Mother-Baby psychiatric units (MBUs) : national data collection in France and in Belgium (1999-2000). » *Arch Womens Ment Health.* Vol. 7, n°1, p. 59-64.
- GRESSIER F., GUILLARD V., CAZAS O., FALISSARD B., GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C., SUTTER-DALLAY A.-L. (2017) « Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. » *J Psychiatr Res.*, n°84, p. 284-291.
- GRUBE M. (2011) « Fatherhood and mental illness », *Psychiatr Prax*, vol. 38, n°1, p. 16-22.
- GUILLARD V., GRESSIER F. (2017) « Suicidalité en période périnatale », *Presse Med.*, vol. 46, n°6 P1, p. 565-571.
- HAMMOND J., LIPSEGE M. (2015) « Assessing Parenting Capacity in Psychiatric Mother and Baby Units : A case report and review of literature. » *Psychiatr Danub.*, vol. 27, suppl. 1, p. 71-83.
- HOWARD L., SHAH N., SALMON M., APPLEBY L. (2003) « Predictors of social services supervision of babies of mothers with mental illness after admission to a psychiatric mother and baby unit. », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 38, n°8, p. 450-455.
- HOWARD L. M. (2000) « The separation of mothers and babies in the treatment of postpartum psychotic disorders in Britain 1900–1960. », *Arch Womens Ment Health*, n°3, p. 1-5.

- HOWARD L. M., THORNICROFT G., SALMON M., APPLEBY L. (2004) « Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. » *Acta Psychiatr Scand*, vol. 110, n°4, p. 347-355.
- JABLENSKY A.V., MORGAN V., ZUBRICK S.R., BOWER C., YELLACHICH L.-A. (2005) « Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. », *Am J Psychiatry*, vol. 162, n°1, p. 79-91.
- KUMAR R., HIPWELL A. E. (1996) « Development of a clinical rating scale to assess mother-infant interaction in a psychiatric mother and baby unit. », *Br J Psychiatry*, vol. 169, n°1, p. 18-26.
- KUMAR R., MARKS M., PLATZ C., YOSHIDA K. (1995) « Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit : characteristics of 100 consecutive admissions. » *J Affect Disord.*, vol. 33, n°1, p. 11-22.
- LASICA P. A. (2018) *Trouble bipolaire et post-partum : Facteurs prédictifs de l'évolution des patientes bipolaires en unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant*, Thèse de médecine dirigée par F. Gressier.
- MAIN T. F. (1958) « Mothers with children in a psychiatric hospital. », *Lancet*, vol. 272, n°7051, p. 845-847.
- MARCÉ L.-V. (2002 [1858]) *Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchées et des nourrices*, Paris, L'Harmattan.
- NEZELOF S., SUTTER A.-L., RAINELLI C., DUGNAT M. (2012) « Les unités mère-bébé, un dispositif de soins en psychiatrie périnatale. », *Vocation Sage-femme*, vol. 11, n° 98, p. 12-15.
- POINSO F., GAY M.-P., GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C., RUFO M. (2002) « Care in a mother-baby psychiatric unit : analysis of separation at discharge. », *Arch Womens Ment Health.*, n°5, p. 49-58.
- RACAMIER P.-C., SENS C., CARRETIER L. (1961) « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. » *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 26, n°4, p. 525 -570.
- RUSBY J. S. M., TASKER F. (2009) « Long-term effects of the British evacuation of children during World War 2 on their adult mental health. », *Aging Ment Health*, vol.13, n°3, p. 391-404.
- SALMON M., ABEL K., CORDINGLEY L., FRIEDMAN T., APPLEBY L. (2003) « Clinical and parenting skills outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. », *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 37, n°5, p. 556-562.

- SENEVIRATNE G., CONROY S., MARKS, M. (2003) « Parenting Assessment in a Psychiatric Mother and Baby Unit. », *Br J Soc Work*, vol. 33, n°4, p. 535-555.
- STEPHENSON L. A., MACDONALD A. J. D., SENEVIRATNE G., WAITES F., PAWLBY S. (2018) « Mother and Baby Units matter : improved outcomes for both. », *BJ Psych Open*, vol. 4, n°3, p. 119-125.
- SUTTER-DALLAY A.-L., BALES M., PAMBRUN E., GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M.-C., WISNER K. L., VERDOUX H. (2015) « Impact of prenatal exposure to psychotropic drugs on neonatal outcome in infants of mothers with serious psychiatric illnesses. », *J Clin Psychiatry*, vol. 76, n°7, p. 967-973.
- SUTTER-DALLAY A.-L. (2017) « Environnement sociétal du bébé : soins psychiques en psychiatrie périnatale. Quelles politiques? », in D. Candilis-Huisman et M. Dugnat (dir.), *Bébé sapiens*, Toulouse, érès.
- WHITMORE J., HERON J., WAINSCOTT G. (2011) « Predictors of parenting concern in a Mother and Baby Unit over a 10-year period. », *Int J Soc Psychiatry*, vol. 57, n°5, p. 455-461.
- WINNICOTT D. W. (1956) « Primary Maternal Preoccupation. » in *Collected papers : through paediatrics to psychoanalysis*, London, Tavistock.

CONVERGENCE ENTRE LES CENTRES MATERNELS ET LA PÉDOPSYCHIATRIE PÉRINATALE VERS UNE NÉCESSAIRE ADAPTATION DES PRISES EN CHARGE PÉDOPSYCHIATRIQUES MÈRE-BÉBÉ ?

Marie-Camille GENET¹, Anne BOBIN-BÈGUE², Nathalie LE ROUX³,
Bénédicte GOUDET-LAFONT⁴, Valérie GAREZ⁵

L'objet de cette contribution est de proposer une réflexion centrée sur les problématiques rencontrées par l'Unité de pédopsychiatrie périnatale mobile en maternité (PPUMMA) – et parfois celles de l'Aubier, centre de consultations ambulatoires parents-bébé (0-3 ans), autre unité de soins appartenant à l'établissement public de santé ERASME du sud des Hauts-de-Seine – en lien avec les prises en charge des dyades accueillies en centres maternels et reçues dans le cadre d'une convention de partenariat. Cette réflexion s'appuie sur une synthèse de la littérature en lien avec les troubles psychiques au sein des centres maternels et sur les évaluations (NBAS de T. Berry Brazelton et Brunet-Lézine révisé) des bébés accueillis avec leur mère, réalisées lors des consultations.

Face à la prévalence élevée (rapport de la DASES 2006) des troubles psychiques des résidentes (mères), les missions des centres maternels sont mises à mal car ceux-ci sont peu, voire pas du tout, médicalisés. Le manque de sensibilisation du personnel des centres maternels aux soins

1. Psychologue, docteur en psychologie, Centre de consultations parents-bébé, l'Aubier, Bourg-la-Reine, EPS Erasme.

2. Maître de conférences en psychologie du développement, Université Paris Nanterre.

3. Puéricultrice, Pédopsychiatrie périnatale unité mobile en maternité (PPUMMA), Bourg-la-Reine, EPS Erasme.

4. Pédopsychiatre, *id.*

5. Pédopsychiatre, responsable de l'unité PPUMMA.

pédopsychiatriques et psychiatriques ne leur permet pas d'appréhender des souffrances psychiques, souvent peu explicites, complexes, peu verbalisées et pourtant très présentes ; ces souffrances psychiques sont particulièrement en lien avec la précarité psychique maternelle, par ailleurs grandissante. Rendre possibles les soins psychiques pour ces femmes et leurs enfants constitue un enjeu majeur pour les professionnels du soin psychique périnatal et nécessite des ajustements constants, notamment du cadre des consultations. Il s'agit en particulier pour les dispositifs de pédopsychiatrie périnatale de prendre en charge des dyades dont les mères sont souvent « réfractaires » au soin psychique pour elles-mêmes et leurs enfants. Compte tenu de leur particularité, ces situations de précarité psychique ne peuvent pas être traitées comme des situations de psychothérapies typiques car les éléments qui les constituent habituellement (le cadre, le symptôme et la demande) ne sont pas suffisamment voire pas du tout identifiés. La carence et les symptômes « en négatifs » sont souvent au centre de la problématique. Si la pédopsychiatrie périnatale apparaît être une des réponses adaptées à la question du soin psychique de ces dyades complexes, la place de la psychiatrie adulte reste à définir ainsi que la prise en compte d'un partenariat étroit avec les professionnels des centres maternels.

PRÉSENTATION DE L'UNITÉ PPUMMA, DES MAISONS D'ACCOMPAGNEMENT PARENTS ENFANTS ET DE LA CONVENTION MISE EN PLACE ENTRE CES DEUX STRUCTURES

L'unité PPUMMA est une unité mobile de pédopsychiatrie périnatale en maternité, fondée par le Pr Gisèle Apter, il y a une dizaine d'années. L'unité fonctionnelle est sous la responsabilité du Dr Valérie Garez, au sein de l'EPS Erasme. C'est une structure innovante qui répond à une préoccupation principalement centrée sur la prévention et les soins précoces en périnatalité. En rencontrant les parents avant même l'arrivée de l'enfant et/ou en post-partum immédiat au sein des maternités ainsi qu'en allant au-devant des familles les plus vulnérables telles celles admises en centres maternels, il s'agit d'éviter autant que possible la mise en place d'interactions parents-enfant pathologiques, potentiellement génératrices de symptômes chez l'enfant.

Dans le cadre de son activité, cette unité non sectorisée reçoit des dyades mères-bébé adressées dans le cadre d'une convention avec les maisons d'accompagnement parents-enfants comprenant les centres maternels et accueil parental Le Bief et Clairefontaine situés dans le sud des Hauts-de-Seine. Les MAPE accueillent des femmes enceintes et des mères mineures ou majeures, ou encore des couples avec un ou deux enfants de moins de trois ans ; ils bénéficient d'une prise en charge de l'aide sociale à l'enfance. Les MAPE ont des objectifs de prévention primaire dans le champ de la protection de l'enfance, de l'aide à l'insertion scolaire, professionnelle et sociale et de soutien à la construction d'un modèle économique viable pour la cellule familiale.

La convention signée entre l'EPS Erasme et les MAPE du sud du 92 permet aux MAPE d'adresser les familles à l'unité PPUMMA, pour deux à trois coconsultations (pédopsychiatre et puéricultrice) de pédopsychiatrie périnatale. Les familles viennent accompagnées par leur référent de la MAPE. Ces consultations vont être le lieu d'une évaluation de l'état clinique et environnemental de la femme enceinte et/ou de la mère/parents et du nourrisson, ainsi que des dysfonctionnements interactifs et relationnels mère/parents-bébé, afin de prévenir ou repérer :

- les troubles du développement de l'enfant, en particulier émotionnel,
- les troubles du lien parent-bébé,
- les situations d'enfance en danger.

L'unité PPUMMA recense également les données épidémiologiques concernant les situations rencontrées. Les consultations donnent lieu à la construction d'un projet de soin pour la dyade ou pour la triade, projet qui s'intègre dans la prise en charge au sein du foyer maternel par le biais de synthèses multidisciplinaires au sein des MAPE.

PRÉREQUIS AYANT FAIT NAÎTRE LE PROTOCOLE DE RECHERCHE

L'expérience de ce travail avec les MAPE durant plusieurs années nous a amenés à questionner nos pratiques à partir de différents constats et notamment celui de la modification des profils de mères admises dans les MAPE, présentant, en majorité, des troubles de la personnalité *borderline* avec des retentissements cliniques chez les nourrissons dans le champ des pathologies de la relation.

Notre première réflexion est née du besoin d'intégrer les éducateurs référents lors de nos coconsultations dans l'intérêt des prises en charge. Nous souhaitons que ces professionnels puissent apporter des éléments du quotidien et que notre consultation vienne en soutien du travail de guidance qu'ils font avec les mères/parents et les bébés. Nous y trouvons également un intérêt de sensibilisation et de formation des personnels des centres maternels, confrontés à de plus en plus de résidents présentant des troubles psychiatriques. Il s'agissait alors d'éclairer leurs perceptions des interactions parent-bébé, du bébé et du parent, et de pouvoir améliorer leurs compétences dans une action de guidance quotidienne et répétée, mieux adaptée aux situations, notamment dans le champ des pathologies de la relation.

Notre deuxième réflexion répondait à un sentiment d'impuissance que nous pouvions éprouver lors de ces consultations : l'absence de plainte et de demande de soin compte tenu de l'absence d'accès à la « psychisation » de la souffrance, inhérente à la rencontre avec le bébé et en lien avec des histoires de vie souvent douloureuses voire traumatiques. Elle signe par ailleurs l'échec de conscientisation des besoins fondamentaux du bébé tant la crise identitaire de la maternité ne peut avoir ses effets bénéfiques. Ces éléments avaient pour corollaire la difficulté d'orienter vers des lieux de soin psychique périnatal (comme l'Aubier), la discontinuité ou l'échec, lorsque des suivis se mettaient en place; des soins psychothérapeutiques finalement peu adaptés, voire inefficaces compte tenu de l'absence de « psychisation » de la souffrance ou de demande de soutien à la parentalité.

MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE S'INTÉGRANT DANS UNE ÉTUDE DE TYPE RECHERCHE-ACTION

Nous avons progressivement mis en place un protocole permettant l'intégration d'une étude de type recherche-action. Ainsi, nous proposons trois temps de rencontre avec la dyade et la triade accompagnée à chaque fois de l'éducateur référent de la MAPE.

La première coconsultation (pédopsychiatre et puéricultrice) est un temps d'accueil et d'évaluation classique de pédopsychiatrie périnatale.

La deuxième rencontre a pour objectif la passation d'un bilan développemental du nourrisson (Brunet-Lézine/Brazelton). Ce bilan

permet de « prendre une photographie » à un instant donné de l'état du développement de l'enfant. Cette passation est réalisée par une psychologue chercheuse en psychologie du développement pour le Brunet-Lézine et par une pédopsychiatre et une psychologue chercheuse pour le Brazelton. Ces professionnelles ont une position extérieure à notre unité, elles ne connaissent pas l'histoire de la famille et apparaissent plus neutres et objectives aux yeux des parents. Cette passation est filmée par la puéricultrice, déjà présente lors de la première consultation.

Enfin, une troisième coconsultation dite « de restitution » (avec le binôme pédopsychiatre et puéricultrice, identique à la première consultation) permet de réaliser auprès de la dyade ou triade un retour des résultats toujours en présence de l'éducateur référent du centre maternel. L'utilisation du *video feedback*, à partir de séquences sélectionnées du film de la passation, vient favoriser la mentalisation des séquences interactives comportementales du côté du parent. Cette consultation donne lieu à des propositions d'orientations.

Cette consultation de restitution nécessite un travail minutieux en amont de la consultation : relecture de la vidéo avec le compte-rendu du bilan et sélection des moments clés en fonction des problématiques des mères, des difficultés développementales repérées ou des problématiques interactives. Son déroulé est ritualisé, débutant par la lecture explicative à visée didactique du compte-rendu qui est remis au parent (et au pédiatre de la MAPE). Puis, nous visionnons les séquences filmées en *video feedback*, ce qui vient étayer et appuyer le projet de soins proposé en fin de consultation. Ce moment constitue un repérage qualitatif de différents types de réactions durant la consultation de restitution.

LE RÔLE DE LA PUÉRICULTRICE DE COORDINATION AU SEIN DE CE PROTOCOLE

La puéricultrice de PPUMMA est inscrite dans ce protocole d'accompagnement des dyades mères-bébé de centres maternels. Il est à noter que la population accueillie au sein de ces derniers a évolué et les centres accueillent aujourd'hui un nombre important de femmes au fonctionnement limite, isolées, en grande précarité, dont l'histoire personnelle est empreinte de carences, avec un parcours migratoire

marqué de plusieurs psychotraumatismes. La prise en charge des familles accueillies se trouve donc complexifiée et nécessite le croisement des regards interdisciplinaires.

La puéricultrice, inscrite dans cette collaboration, assure plusieurs fonctions.

La fonction de coordination des situations

À la demande des professionnels des centres maternels, elle organise les consultations : elle programme les rendez-vous en contactant les mères puis les professionnels des centres, avec l'accord de ces dernières ; elle organise le bilan du développement de l'enfant en fonction des disponibilités des psychologues chercheurs, des coconsultants de PPUMMA, des mères et des professionnels du centre maternel. Enfin, elle programme le rendez-vous de retour du test dans le mois qui suit la passation. Ce retour nécessite de récupérer le compte-rendu auprès des psychologues chercheurs, de visionner le film réalisé pendant la passation avec la pédopsychiatre en charge de la situation, d'en extraire les passages qui soutiendront le compte-rendu du bilan et permettront aux mères d'être valorisées dans leurs compétences maternelles mais également de percevoir des éléments importants plus difficiles à percevoir. Ces passages seront visionnés lors du retour de bilan, en présence de la mère et de l'éducatrice du foyer. Au sein de cette coordination, la puéricultrice tente de positionner les mères comme actrices de la situation dans l'objectif de les responsabiliser. La prise de contact téléphonique vise à expliquer le cadre de notre intervention pour encourager les mères à s'investir dans les soins à leur bébé. Rappelons que la demande de soins n'émane pas des mères mais des professionnels des centres et que les situations empêchent souvent l'intellectualisation des difficultés rencontrées dans la parentalité. Prévenir les professionnels du centre maternel, parallèlement, permet de soutenir la venue au rendez-vous et crée le lien nécessaire au développement de l'enfant. La puéricultrice participe aux synthèses organisées par les centres maternels avec le référent ASE, dès que possible. Elle représente alors un tiers extérieur, un soutien au travail d'élaboration de l'équipe du centre maternel, et se fait le porte-parole du bébé.

La fonction d'infirmière puéricultrice soignante

Au sein des coconsultations, la puéricultrice symbolise la place du bébé et se fait aussi la représentante de celui-ci. Par son observation et les interactions qu'elle peut engager avec le bébé, la puéricultrice tente de décoder le véhicule langagier qu'est le corps du bébé afin de mettre en avant ses compétences, ses difficultés. Elle livre aux mères ses observations pour accompagner leur propre décryptage du bébé. C'est l'occasion parfois de ramener la mère sur le bébé qui demande de l'aide depuis un moment et ainsi de formuler des hypothèses sur les origines d'états de tension de l'enfant. L'observation est aussi un moment privilégié pour s'arrêter sur les interactions de la dyade et aider à l'ajustement au sein de l'accordage propre à chaque dyade.

Un soutien pédagogique aux mères, un fil conducteur pour la dyade

De plus, la puéricultrice représente un soutien pédagogique aux mères en expliquant les besoins de l'enfant, en lien avec son développement global. Enfin, la Puéricultrice est présente lors de la réalisation de l'évaluation du bilan en tant que fil conducteur pour la dyade au sein de la prise en charge PPUMMA. Elle se fait le témoin des réalisations et échanges concrets et émotionnels des deux partenaires interactifs pendant la passation et peut le narrer lors du rendez-vous de retour de bilan. Une difficulté se présente souvent lors des consultations avec les mères : le terme « évaluation » renvoie les mères à celle de l'aide sociale à l'enfance tandis que l'évaluation de l'équipe PPUMMA se rapporte aux soins.

L'ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ

Le choix de l'utilisation de l'examen du bébé par l'échelle de Brazelton en présence de sa mère est directement lié à ses spécificités et dans l'optique de soutenir la mise en place des liens précoces au sein d'une population à risque. Nous savons aujourd'hui que le comportement d'un bébé à la naissance est phénotypique et pas seulement génotypique. Il est le produit de son héritage génétique mais également tout autant de l'histoire de l'interaction bébé-mère *in utero*. Il est ainsi imprégné fortement des

conditions d'attente de ce dernier et donc des représentations parentales culturelles, familiales et individuelles autour du nouveau-né.

Cet examen, au sein d'une perspective de prévention primaire, a pour objectif de mettre en évidence le profil comportemental singulier du nouveau-né. Il existe en effet des différences interindividuelles considérables d'un bébé à un autre. Étant réalisé en présence de la mère et des professionnels des centres maternels qui soutiennent la dyade, il permet enfin de rassembler l'attention sur le bébé.

Cet examen permet d'évaluer la façon dont le bébé évolue dans son environnement, en lien avec les personnes qui l'entourent et s'occupent de lui, tout particulièrement sa mère. Il donne une perception claire des modalités de régulation de ses états de vigilance et de sommeil mais également de sa réactivité neurovégétative aux différents *stimuli* en tenant compte de ses différents signes de stress. Un autre domaine évalué est celui de son organisation tonique et motrice dans ses aspects qualitatifs mais également quantitatifs. Enfin, l'orientation et l'attention du bébé vers les objets présentés par l'examinatrice et vers l'examinatrice elle-même sont observées. La particularité de cette échelle est, de plus, de s'étayer sur les réactions émotionnelles de l'examinatrice, son contre-transfert en lien avec le bébé, dans le but d'être en capacité d'en restituer des éléments aux personnes en présence et, tout particulièrement, à la mère.

De manière générale, nous observons malheureusement très souvent des mères en retrait lors des consultations bien que cet examen permette dans bien d'autres situations de focaliser l'attention sur le bébé. Toutefois, il permet de soutenir les capacités maternelles à percevoir les compétences réelles du bébé et à prendre en compte ses besoins propres.

Nous avons pu observer sept bébés autour du Brazelton. De manière générale, nous voyons les bébés plutôt après leur 4^e semaine de vie. Ils étaient nombreux à présenter une hypersensibilité aux *stimuli* extérieurs avec une difficulté à faire des pauses dans l'attention qu'ils y portent. Ils peuvent alors se laisser ensuite déborder par une surcharge de stimulations face auxquelles ils ne réagissent que très peu. Ce débordement ne s'accompagne pas toujours de protestations claires (pour l'environnement) de la part des bébés mais parfois seulement par une augmentation des manifestations du système nerveux autonome (témoins d'un stress chez le bébé). Le fait d'attirer l'attention des mères sur les capacités du bébé à se laisser stimuler et sur ce qui constitue une source de stimulation à cet âge est notamment

un des points les plus abordés lors de ces consultations. Il permet, entre autres, de sensibiliser les mères à l'importance de l'instauration de rythmes mais également à l'importance du respect des rythmes propres du bébé, dans une alternance de moments de veille et de sommeil. Cela, dans le but de favoriser des interactions précoces mère-bébé de qualité et ajustées.

L'ÉVALUATION DU NOURRISSON ET DU TOUT-PETIT

Au cœur du protocole établi entre PPUMMA et les centres maternels, le second rendez-vous consiste en une consultation d'évaluation de l'enfant. Si celui-ci est âgé entre 2 à 30 mois, l'échelle retenue est le Brunet-Lézine révisé auquel nous avons ajouté un temps d'interactions libres entre la mère (éventuellement les parents si applicable) et le bébé. La passation est filmée (avec accord écrit du responsable légal) et se déroule en présence de l'éducateur référent du centre maternel, de la mère et de la puéricultrice coordinatrice. La passation donne lieu à un compte-rendu factuel et analytique du développement de l'enfant en termes de forces et de faiblesses constatées. Le compte-rendu est repris, avec des illustrations issues d'extraits vidéo choisis de la passation, lors de la consultation suivante avec le pédopsychiatre référent de la dyade et la puéricultrice coordinatrice.

Le Brunet-Lézine révisé est un outil d'évaluation qui permet d'obtenir un quotient développemental (rapport entre l'âge développemental et l'âge chronologique) dans les domaines postural, de coordination visuomanuelle, du langage et du social, pour des enfants de 2 à 30 mois. Il repose sur des items qui consistent en des situations de jeu, d'interactions et d'exploration, complétés par des questions aux parents. La plupart des enfants qui ont intégré ce protocole ont été évalués par un Brunet-Lézine révisé, et les plus jeunes ont été évalués par le Brazelton. Il est utile de préciser ici que l'examineur qui fait la passation n'a aucune connaissance du parcours et de l'histoire de la dyade. Cette spécificité garantit l'objectivité de l'évaluation tout en relayant la demande des centres maternels que ces évaluations soient faites par des personnes extérieures au centre. La passation se déroule généralement assez facilement, avec des enfants le plus souvent très intéressés par ces interactions ludiques.

La passation offre de multiples intérêts dans ce cadre. Tout d'abord, évidemment, elle permet de fournir au consultant et aux autres

professionnels en lien avec l'enfant une description du niveau de développement de l'enfant, pour ce qu'elle vaut à la date de la passation. Avec le support de l'évaluation, il sera possible d'offrir, si besoin, un étayage adapté. Deuxième intérêt, au cours de la passation, de nombreux moments d'interactions ont lieu et permettent d'avoir des indications cliniques sur les dimensions interactives entre le bébé et sa mère et entre le bébé et l'examineur. Une fois encore, ces informations sont précieuses pour penser l'étayage. Le troisième intérêt tient au fait que, dans le cadre de ce protocole, la mère n'est pas au centre de la consultation. Ici, c'est l'enfant qui est au centre de la consultation et la mère peut pleinement investir son statut. Ainsi, les professionnels veillent particulièrement à ce qu'elle soit accueillie et positionnée en tant que telle au cours de cette consultation. Le quatrième intérêt découle du précédent. Puisque c'est l'enfant qui est l'objet de l'attention des professionnels, la mère peut devenir « spectatrice ». Ce qui est intéressant dans cette situation, c'est que la mère a le loisir d'être disponible pour regarder son enfant réussir des tâches, rester concentré et persévérer pour réussir, interagir... Guidée par les explications de l'examineur, la mère peut découvrir les compétences de son enfant. Certains items sont particulièrement intéressants à souligner de ce point de vue, comme celui où une petite pastille est présentée à l'enfant (seulement pour une certaine tranche d'âge) pour observer les modalités de préhension manuelle qu'il utilise (palmaire, ratissage, pince). L'examineur présente à la mère (aux parents) l'item en rappelant, bien sûr, que cette tâche présente un danger (si la pastille est portée à la bouche) mais souligne aussi, pendant que l'enfant cherche à attraper la pastille, combien il est capable de mobiliser son attention et de persévérer dans une tâche difficile, ce qui est gratifiant pour la mère. Enfin, l'épisode d'interactions libres permet d'avoir une compréhension plus fine des modalités interactives entre la mère et son enfant. Si initialement (c'est-à-dire pour les premières dyades) ce moment avait explicitement un début et une fin, il a été convenu qu'il soit finalement présenté comme un temps permettant à l'examineur de compiler son recueil, pendant que la mère joue avec son enfant. L'avantage a été de mettre la mère plus à l'aise.

Cette passation se déroule en présence de la puéricultrice coordinatrice (voir plus haut). En complément, à la différence de l'examineur en charge de la passation dont l'attention est largement mobilisée par la dynamique du recueil, la puéricultrice est disponible pour porter un regard clinique sur

les événements de la passation, notamment en se centrant sur les réactions et attitudes de la mère, sur des mouvements particuliers de l'enfant en dehors des tâches proposées; elle peut également avoir une compréhension globale du déroulement de la passation. La présence de l'éducatrice au cours de la passation lui permet de faire le relais de ce qui a été dit et vu des compétences de l'enfant, notamment au retour de la dyade dans le centre maternel. En en parlant aux autres mères accueillies, elle banalise l'évaluation auprès de celles qui n'ont pas encore intégré le protocole et qui peuvent y être réticentes. Au fur et à mesure des passations, il est aussi apparu que la passation fait partie des sujets de conversation entre les résidentes, avec les bénéficiaires qui y sont associés.

En synthèse, ces passations sont le support pour recueillir de nombreuses informations sur le fonctionnement de la dyade et le développement de l'enfant. Malgré un étalonnage ancien du Brunet-Lézine révisé, les évaluations ont souligné un retard de développement quasi systématique pour ces enfants accueillis en centres maternels. Ce protocole a permis de mettre en avant de manière objective que l'enfant et la dyade devaient être au centre des prises en charge, probablement trop mobilisées autour de la mère (faute de moyens?). Il est à noter qu'un certain nombre d'enfants peuvent présenter une avance développementale dans le domaine postural, domaine gratifiant car les progrès sont bien visibles. Les domaines sociaux et langagiers sont souvent sous le niveau attendu au regard de l'âge chronologique de l'enfant (à nuancer toutefois, du fait des limitations méthodologiques de l'outil). Enfin, il faut souligner aussi des interactions mère-enfant très pauvres, médiées par l'objet et les stimulations sensorielles.

SYNTHÈSE, DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Nous avons pu noter quelques observations issues de cette expérimentation. Concernant les mères, la passation du bilan est le premier moment où elles sont attentives à leur enfant, mobilisées, physiquement et psychologiquement. C'est un temps idéal pour observer la possibilité ou non d'attention conjointe sur le bébé. Néanmoins, elles posent peu de questions et verbalisent peu d'inquiétudes mais nous pouvons percevoir sur un plan analogique que les inquiétudes sont bien présentes lors de la consultation de restitution qui semble provoquer un début de prise de conscience. Même

si ce cadre de consultation n'est pas suffisant, il permet peut-être aux mères de réaliser l'intérêt d'observer leur enfant pour pouvoir mieux identifier ses besoins. Nous avons eu de rares réactions de rejet total des éléments d'inquiétude transmis. Bien souvent, pour les vidéos de Brazelton où les bébés ont moins de 3 mois, les mères se montrent attendries de revoir leur bébé à un si jeune âge et nous demandent de mettre la vidéo sur une clé USB, comme pour garder un souvenir de famille.

Plusieurs points positifs nous ont été transmis par les équipes des MAPE qui ont remarqué que les mères se sont mises à parler entre elles de ces consultations et des bilans filmés, rassemblant l'attention autour de leurs enfants. Par ailleurs, les éducateurs investissent fortement ces trois temps de rencontre et voient une évolution de leur position également dans le quotidien des mères. Cet aspect de formation des professionnels des centres serait à amplifier encore davantage.

Le bilan développemental est devenu un outil central dans le travail multidisciplinaire avec les MAPE, il permet d'objectiver la connaissance du développement du bébé et de contribuer fortement aux orientations décidées, en termes de soins psychiques mais également dans le champ de la protection de l'enfance.

En termes de perspectives, il serait intéressant de poursuivre cette recherche dans une approche de plus grande envergure avec plus de sujets et de façon multicentrique. Sur le plan clinique, ce format de consultations pourrait se poursuivre dans le cadre d'un suivi thérapeutique au long cours centré sur la guidance interactive avec *video feedback*.

Pour conclure, cette recherche est venue étayer l'importance d'apporter nos connaissances et notre expertise en pédopsychiatrie périnatale au sein des centres maternels et de participer ainsi, dans la complémentarité d'un travail multidisciplinaire, à la prise en charge des bébés et de leurs parents de façon enrichie et plus efficace.

BIBLIOGRAPHIE

- GENET M.-C. (2019) « Les interactions mère-bébé dans l'appréhension psychopathologique des troubles du bébé. », in E. Devouche et J. Provasi (dir.), *Le développement du bébé : de la vie fœtale à la marche*, Paris, Masson.
- POGET M., GENET M.-C., APTER G. (2019) « Impact of immediate peripartum psychopathology and parental psychiatric disorders », in G. Apter, E. Devouche, M. Gratier (dir.), *Early Interaction and Developmental Psychopathology. Volume I : Infancy*, Springer.
- GENET M.-C., GOLSE B., DEVOUCHE E., APTER G. (2018) « Troubles de personnalité borderline/état-limites maternels et comportements d'attachement du bébé à 13 mois. », *Psychiatrie de l'Enfant*, vol. 61, n°2, p. 215-232.
- GENET M.-C., GOLSE B., DEVOUCHE E., APTER G. (2014) « Psychopathologie, attachement et devenir des enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline/état-limite : une revue de la littérature. » *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 57, n°1, p. 259-329.
- BOBIN-BÈGUE A. (201) « Évaluer le développement du nourrisson : principes et pratiques. » in E. Devouche et J. Provasi (dir.), *Le développement du bébé : de la vie fœtale à la marche*. Paris, Masson.
- _____. (2019) « Rhythms in early development. » in G. Apter, E. Devouche, M. Gratier (dir.), *Early Interaction and Developmental Psychopathology. Volume I : Infancy*, Springer.
- GAREZ V., DEVOUCHE E., BOBIN-BÈGUE A., ALECIAN M., MINJOLLET P., et al. (2018) « La liaison en 'Périnatalogie' : des soins entre réseau, liaison et prise en charge mobile. » *L'Encéphale*, vol. 40, n°3, p. 239-246.
- APTER G., BOBIN-BÈGUE A., GENET M.-C., GRATIER M., DEVOUCHE E. (2017) « Update on Mental Health of Infants and Children of Parents Affected With Mental Health Issues. » *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, n°10, art. 72.

**KiT DEPRESSION / RETRAIT :
 CONSTELLATION PREDICTIVE EN PPI
 DÉTECTER TÔT LES INDICES DES TROUBLES ULTÉRIEURS
 DE L'INTERACTION MÈRE-BÉBÉ ? EN PARLER, ORIENTER ?
 UN DÉFI MAJEUR EN PRÉVENTION ET EN SANTÉ PUBLIQUE**

Joëlle ROCHETTE-GUGLIELMI¹

INTRODUCTION

« La vie avec un nouveau-né n'est pas toujours rose! »². Mais en France, ce trouble, ce vacillement est bien trop souvent tu, voire encore méconnu. Par manque d'information et de formation du corps médical, notre pays a pris du retard dans la détection et la prise en charge des aléas du post-partum immédiat. Fort de la capitalisation d'une recherche-action en PMI et des avancées scientifiques sur les conséquences de cette période déterminante pour le devenir de l'enfant, l'outil que nous allons présenter ici et bientôt développer, le KiT, ambitionne d'être un outil de détection précoce des « douleurs intersubjectives » tant côté mère que côté bébé. Le KiT est un test ou plutôt l'alliage de plusieurs échelles recueillant différents items. Il se constitue en test en associant mesure de l'état thymique maternel, échelle de « douleurs » et évaluation de la « présence » du bébé, à différentes étapes jalonnant l'étape cruciale de la première année de vie. Il vise à lutter contre la chronicisation de la douleur morale en post-partum

1. Docteur en psychologie et psychopathologie clinique, HDR en cours, enseignant-chercheur associée, ex-maître de conférences, Centre de recherche en psychologie et psychopathologie clinique (CRPPC), Laboratoire EA 653, Université Lumière Lyon.

2. Extrait du document du centre de prévention d'Ontario : https://www.meilleurdepart.org/resources/ppmd/pdf/ppmd_bro_french.pdf

immédiat et contre le renforcement négatif dans le cycle autodépréciation maternelle/retrait du bébé. En proposant aux praticiens de première ligne une lecture innovante car dyadique, « bifocale », des symptômes dans le *perinatum*, il permet un transfert translationnel d'expertise entre psychiatrie périnatale et santé primaire favorisant, sans dramatisation ni négligence, l'abord des maladies psychiques post-natales – opportunes ou fixées – et de leurs conséquences sur le bébé. Le KiT favorise l'orientation des dyades mère/père-bébé vers un soin gradué et promeut l'installation pérenne et repérable de réseaux périnataux entre partenaires de proximité. Une prévention efficace, adossée à l'existant, vise, *in fine*, une économie de coûts substantielle, lorsque que prévention secondaire et soin psychique désamorcent la comorbidité, voire la mortalité.

Le premier trimestre de vie du bébé – en particulier les 40 jours – est un moment clef pour détecter les indices probants d'une souffrance dyadique. Ce sont les praticiens du « tout venant », pédiatres ou généralistes libéraux, médecins de PMI qui peuvent le mieux, dans le cadre réglementaire de la surveillance du bébé, mettre en œuvre la détection et le suivi de ces douleurs sub-cliniques, sous-syndromiques qui ne sont visibles qu'en prêtant attention à des facteurs chrono-dépendants et croisés entre mère et bébé.

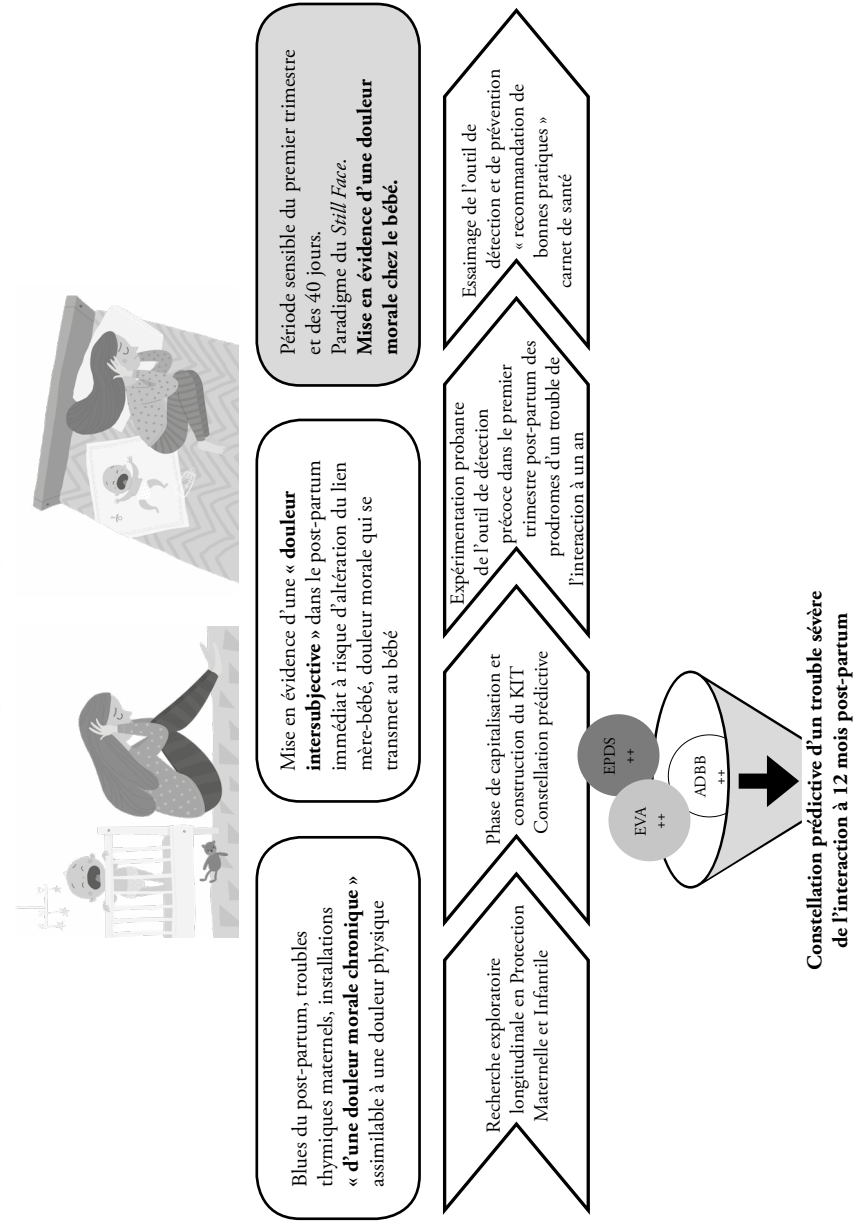
Nous présenterons ici un test à l'algorithme simple que nous avons appelé « Constellation prédictive en PPI ».

Ce texte propose une approche progressive de notre démarche. Nous reviendrons largement sur ses fondements théorico-cliniques et sur les modalités de sa mise en pratique dans la phase d'expérimentation probante.

RÉSUMÉ DE LA DÉMARCHE DE LA RECHERCHE

À la croisée entre somatique et psychique, abouchée à l'énigme de la transmission entre générations et à celle de la construction cognitive et affective d'un nouveau sujet en devenir, la périnatalité est l'un des domaines qui s'est le plus enrichi de connaissances ces dernières décennies. Nous conduisons une recherche translationnelle entre psychiatrie périnatale et santé publique référée aux préconisations annoncées de la HAS. La santé psychique périnatale est un enjeu majeur encore trop souvent négligé en France. Pourtant, selon le paradigme des origines développementales de la

La démarche du KiT



santé et des maladies, la qualité de la période sensible dite des « 1000 jours », incluant la fenêtre temporelle « critique » du post-partum immédiat, est reconnue cruciale pour le développement de l'enfant. L'épigénétique montre, en effet, que la « destinée psychosomatique » des bébés est sensible aux facteurs environnementaux physiques et aux facteurs psycho-affectifs. Or 20 % des jeunes mères présenteront - en PPI - un trouble psychique propre à affecter et à altérer, dans certains cas durablement, le devenir du lien, et donc du bébé. Qu'il s'agisse d'une crise anxio-dépressive légère ou d'une pathologie plus sévère (le drame du suicide puerpéral¹ est encore, en France, la première cause de mortalité maternelle dans la première année), les effets d'une désaffectation du partenaire maternel sur le bébé sont encore méconnus par les praticiens et le grand public. Le KiT ambitionne d'être un outil de détection précoce, en PPI, de ces souffrances qui sont les prodromes de complications à expressions variables chez l'enfant plus grand (déficit attentionnel, TDHA, difficulté de socialisation ou d'apprentissage...). Dans la majorité des cas, ces pathologies ont été précédées, autour de l'âge d'un an, par ce qui est repérable sous le vocable d'un « trouble de l'interaction ». La recherche poussée des facteurs de risques, côté mère et côté bébé, décelables dès le PPI, nous a conduit à élaborer « une constellation prédictive », sous la forme d'un « Top Test », assemblage fin et délicat, faisant intervenir l'aspect chrono-dépendant de l'apparition de signaux d'alarme.

Le KiT est le produit de la capitalisation d'une première recherche exploratoire, longitudinale, conduite par nous, en tant qu'investigateur principal et d'un dépouillement détaillé des données chiffrées et d'une revue actualisée de la littérature sur la corrélation entre troubles thymiques maternels et conséquences sur l'enfant.

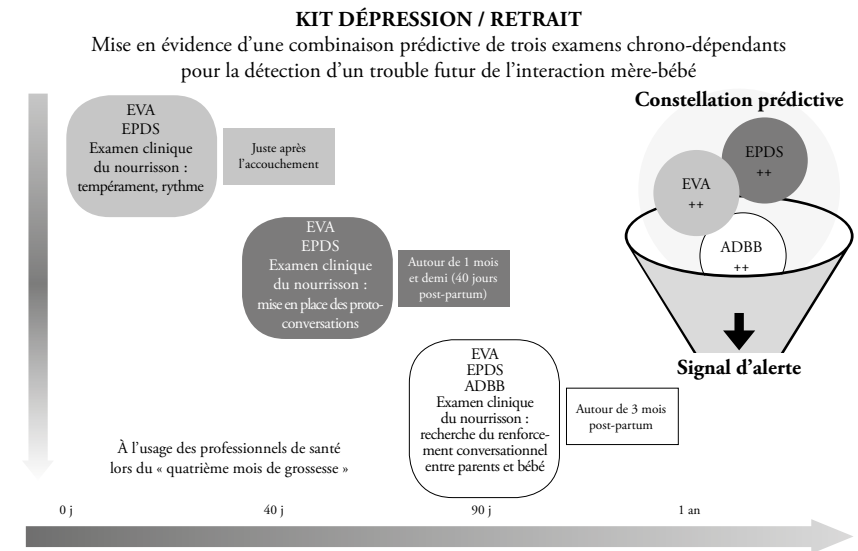
Il rassemble trois échelles (EVA, EPDS, ADBB) à administrer selon un calendrier précis, établissant un score dyadique pour l'évaluation des douleurs intersubjectives (sensibilité 72 %, spécificité 71 %, Chi2 : 0,01, Q : 0,72). Il sera accompagné d'un guide d'utilisation et d'un film

1. Un décès maternel sur trois serait secondaire au suicide dans l'année suivant une grossesse, un risque insuffisamment pris en compte. Le suicide après la grossesse était considéré comme exceptionnel. En réalité, les données de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCM), mise en place depuis 1996 en France, révèlent que cet événement n'est malheureusement pas si rare lorsqu'on prend en compte, comme le recommande depuis 2012 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) une période d'un an après l'accouchement, cf. les propos du Dr Catherine Deneux-Thavaux (Paris), en charge de cette étude. Ainsi, 62 suicides ont été constatés pour la période 2007-2009, dont 7 % durant la grossesse, 7 % au cours des 42 jours du *post-partum* et 86 % entre 42 et 365 jours (ce qui correspond pour l'OMS à la définition de mort maternelle tardive), en médiane à 179 jours. Les données relevées sur les périodes ultérieures vont dans le même sens. « Ces chiffres sur un an conduisent à estimer que le suicide représente 20 % de la mortalité maternelle ».

didactique. La phase d'expérimentation probante nécessite le recrutement et la formation de quarante praticiens experts médecins. L'évaluation à un an portera sur deux volets :

- qualitatif, à l'endroit des praticiens, et des dyades cliniques (n =80) l'accent étant mis sur le témoignage-patient,
- quantitatif : test-retest, coefficient de fidélité (bilan gold standard, n=400).

Nous visons un essaimage voire une inscription dans le carnet de santé.



LES PRÉALABLES AU KiT DÉPRESSION/RETRAIT (2007-2014)

« Prévenir, orienter et soigner les parents et le bébé »

Recherche-action 2007-2010

(CATTP parents-bébé du service du Dr Pierre Coulet et PMI du Rhône)

Cette recherche a été conduite pour le Comité scientifique de la recherche de l'hôpital du Vinatier (avec comme investigateur principal Joëlle Rochette-Guglielmi)

PRÉSENTATION TRÈS RÉSUMÉE DE CETTE PHASE INITIALE

L'organisation de l'accueil des parents et des bébés en post-partum immédiat, dès la sortie de plus en plus précoce de la maternité, apparaissait déjà comme un véritable enjeu de santé publique. Il visait – outre la surveillance classique du développement staturo-pondéral du bébé – à prévenir les troubles thymiques maternels et leur répercussion délétère bien connue sur le développement du bébé. Dans cette étude longitudinale minutieuse des « trajectoires » de 52 dyades mère-bébé, trajectoires allant de la naissance à un an environ, nous avons utilisé, d'une part, un volet quantitatif statistique « outillé » avec l'administration d'échelles et, d'autre part, moins classiquement, un volet qualitatif avec un recueil anamnestique et circonstancié sous des formes variées (échelle visuelle analogue, entretiens conclusifs à un an, avec les parents et le bébé, menés indépendamment...). Le travail de dépouillement, exigeant et rigoureux, a mobilisé une véritable équipe de recherche interinstitutionnelle engagée sur les trois années de recueil de leur analyse¹ (cotation des 208 films de consultation pédiatrique pour l'échelle de retrait du bébé, cotation des 156 films d'échelle d'interaction, dépouillement des 208 auto-questionnaires de dépression maternelle, analyse des 104 EVA en post-partum immédiat, et des 52 entretiens conclusifs).

Il s'agissait déjà de mieux comprendre les enjeux de cette phase cruciale des premières semaines de vie, qualifiée depuis par les sages-femmes de « quatrième trimestre de la grossesse » (BAYOT 2018), tant pour la mère que pour le nouveau-né.

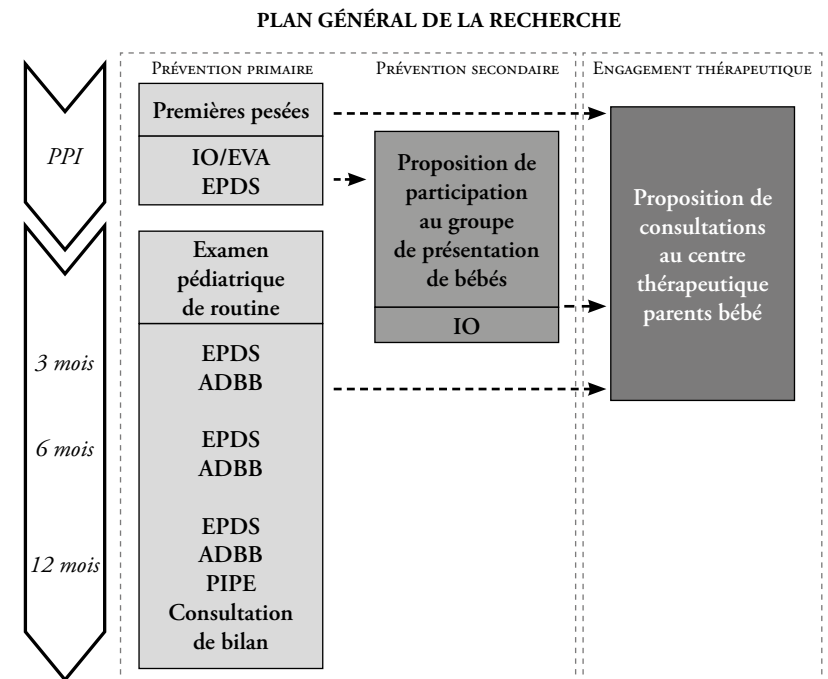
Dans la grande majorité des cas, le virage dépressif apparaissait dans ce premier trimestre du post-partum. Argument moins connu, le bébé, quant à lui, connaît dans cette période une sensibilité particulière et une grande réceptivité au retrait maternel. Face à l'absence de réceptivité parentale caractéristique et à la modification des *patterns* de communication inhérente à ces troubles, le bébé est en risque de désorganisation psychosomatique. L'exposition durable d'un bébé à cette conjoncture relationnelle biaisée par la souffrance maternelle entraîne une « douleur » précoce. Nous

1. Nous remercions à nouveau vivement : Denis Mellier, professeur de psychologie clinique, l'équipe du Centre thérapeutique parents-bébé, 12 rue de Cuire, F-69004 Lyon; Pierre Coulet, à l'époque médecin chef du secteur de pédopsychiatrie 69101; Stéphane Grisi, à l'époque médecin responsable du Centre, Laurence Marguier, à l'époque médecin assistant du service; Brigitte Bourrel, cadre de santé; Carène Labry, médiateur de réseau; Mylène Higuero et Stéphanie Planche, étudiantes en psychologie et surtout nos collaboratrices du Conseil général du Rhône dans ce dispositif interinstitutionnel : Agnès Marandet, médecin responsable PMI; Isabelle Lefèbvre, médecin de PMI; Marie Dominique Boirot et Marie-Pierre Blin, puéricultrices.

avons largement communiqué les résultats de cette recherche-action en périnatalité menée sur quatre ans (2003-2007).

QUELQUES ÉLÉMENTS DE MÉTHODE

Cette recherche alliait l'utilisation d'échelles standardisées (EPDS de Cox pour l'évaluation des troubles dépressifs maternels, ADBB de Antoine Guédény pour celle du retrait du bébé et PIPE de Barbara Fiese et coll. pour l'interaction) et l'approche clinique avec, notamment, l'élaboration d'une échelle visuelle analogique (EVA) à partir de la méthode d'observation du bébé dans son environnement préconisée par Esther Bick. Appliquée à un dispositif praticien, la recherche a été conduite dans un maillage « en réseau » entre pédopsychiatrie, maternités et PMI.

Protocole d'administration des mesures et du recueil de données

Une cohorte (suivi longitudinal) de 52 dyades mère-bébé tout venant, du post-partum immédiat jusqu'à un an du bébé a donc été recrutée en PMI (avec consentement éclairé des parents) dans une consultation prévue pour la pesée des bébés. Notre étude a porté sur la métabolisation de la crise du post-partum immédiat (PPI) avec l'hypothèse que la qualité des liens dyadiques à un an allait être étroitement dépendante de la transformation et du devenir des souffrances psychiques du PPI.

RÉSULTATS

Identification d'un sous-groupe

Nous avons démontré (*cf.* bibliographie générale et personnelle de l'auteur) l'efficacité de ce dispositif interinstitutionnel original (maillage entre PMI et psychiatrie périnatale déclinant les propositions de soins gradués de la prévention primaire, secondaire jusqu'aux interventions thérapeutiques) dans le traitement de ces souffrances précoces avec un taux élevé d'amélioration qualitative et quantitative de la situation dyadique de 70 %, en cas d'observance des soins (groupe dyades traitées versus groupe témoin), pour seulement 20 % de résolution spontanée (Chi2 : 0,01 ; OR : 0,13 ; Q : 0,77).

La comparaison des dyades « cliniques » en PPI *versus* celles présentant des « variations à la normale » a permis d'établir une corrélation positive entre les souffrances sévères en PPI et la persistance de troubles de la relation à un an (empreinte précoce?) et ceci même en cas d'une bonne rémission de la dépression maternelle après trois mois post-partum.

La recherche des signes d'appels les plus fiables en PPI a été fructueuse. Ce repérage sémiologique simple des souffrances dyadiques à l'usage des soignants de santé primaire tient compte de la labilité de la symptomatologie dyadique avec un déplacement fréquent des signes de souffrances de la mère au bébé et à l'interaction. L'évaluation sur une échelle visuelle analogue EVA (portant sur le ressenti douloureux de la situation dyadique par un tiers professionnel, médecin, puéricultrice, sage-femme...) en PPI, l'administration rapprochée de l'EPDS, complétée par l'évaluation du retrait du bébé à 3 mois par l'ADBB semble donc une procédure fiable pour établir « un groupe à risque » et proposer à ces dyades un soin adapté (sensibilité 72 %, spécificité 71 % ; Chi2 : 0,01 ; Q : 0,72).

La procédure ayant donné de bons résultats sur l'échantillon pourrait être évaluée à plus grande échelle afin d'élaborer une stratégie préventive en PMI.

En conclusion, nous soulignons la valeur paradigmatique du dispositif dans la préconisation, en termes de santé publique et d'organisation des centres de PMI, d'un accueil circonstancié des familles dans le post-partum immédiat et d'un suivi longitudinal des dyades à risque de morbidité, plus efficace qu'une expertise ponctuelle.

Nous insistons donc déjà sur le fait que les souffrances du post-partum sont sous-syndromiques, sub-cliniques, labiles. Pendant la première année, les signes se déplacent de la mère au bébé et à l'interaction : seules leur sommation permet de les « voir ». Depuis, la littérature scientifique est venue confirmer notre point de vue. Michael J. Meaney (2018) souligne la valeur d'une approche large de la dépression maternelle et prône une valeur seuil basse pour l'EPDS. Les symptômes du bébé sont aussi très labiles et peu discriminants.

L'interaction, quant à elle, demande d'appréhender une spirale transactionnelle complexe.

Efficacité du dispositif de soins

Nous avons proposé un outil original, le BMI (pour Bébé Mère Interaction), qui permettait de scorer la douleur dyadique et de juger par la suite si elle était modifiée dans la trajectoire, par exemple par la prise en charge dans des dispositifs de soin. Cette méthode a été depuis assez peu utilisée et nous pensons que la recherche KiT pourra en relancer l'intérêt.

Voici quel était le principe de cotation pour l'évaluation de la souffrance dyadique au temps de l'étude : chaque item reçoit une cotation en fonction des seuils spécifiques de l'échelle utilisée, soit un gradient de souffrance qui s'additionne ou se soustrait et donne un score dyadique. Nous avons ainsi trois possibilités de comparaison entre deux périodes (diminution, stagnation, augmentation). Ce mode de comptage n'implique pas une équivalence simplificatrice entre chacun des signes retenus (où la dépression maternelle serait équivalente à celle du bébé, par exemple) mais donne une indication de base du degré de souffrance dans la dyade comme instance groupale, comme matrice intersubjective propice tant au développement du bébé qu'à la parentalisation de la mère. Nous mettons en évidence

pour plusieurs trajectoires la labilité de la symptomatologie qui se déplace au fil de la première année de la mère au bébé et à l'interaction.

Gradient de douleur dyadiques	EPDS	ADBB	PIPE	EVA
+	Score > ou = 10	Score > ou = 5	Score > ou = 5	Score > ou = 5
++	Score > 15	Score > 9	Score > 9	Score > 7,5
-	Score < 10	Score < 5	Score < 5	Score < 5

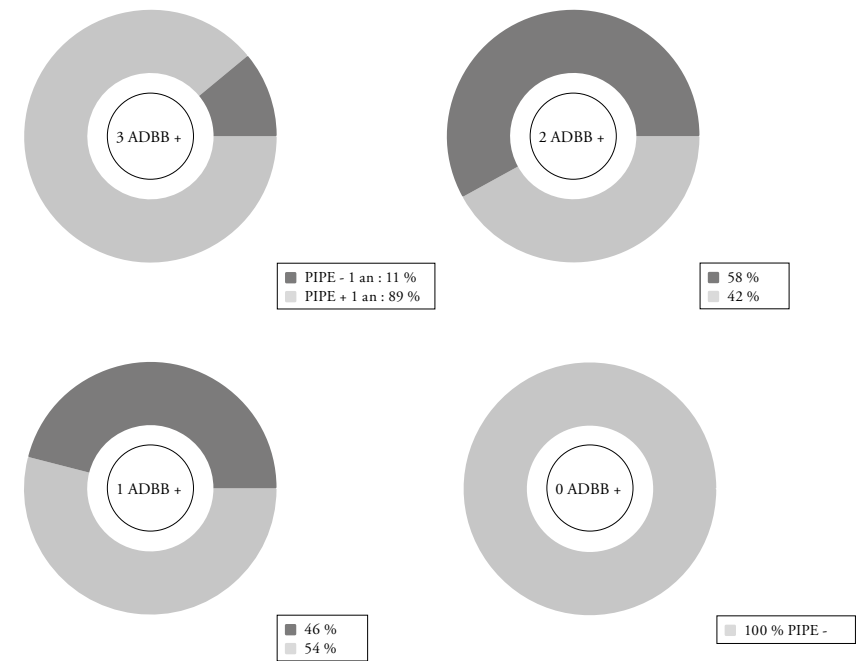
À LA RECHERCHE DES SIGNES D'APPEL EN PPI D'UN DYSFONCTIONNEMENT DE L'INTERACTION MÈRE-BÉBÉ À UN AN

L'échelle ADBB (qui donne une indication sur l'état de retrait relationnel du bébé au cours d'un examen pédiatrique de routine) peut aussi indiquer une difficulté dans le lien mère-bébé et elle est considérée comme un indicateur d'une souffrance dyadique nécessitant l'orientation vers un soin psychique.

La valeur indicative forte de l'ADBB

Nous avons montré que l'ADBB, facile à mettre en place puisque adaptée à une passation pendant l'examen pédiatrique et ne demandant aucune situation *de novo* en PMI, s'avère un outil efficace de dépistage et de prévention de la souffrance dans le lien entre mère et bébé. À condition qu'elle soit pratiquée à plusieurs reprises au cours de la première année, elle peut évaluer la dynamique développementale du bébé mais, plus surprenant, elle renseigne aussi sur les transformations et les aménagements de l'état thymique maternel et du lien entre mère et bébé. Nous avons étudié la corrélation entre la présence d'un ou de plusieurs signes de retrait du bébé (ADBB +) aux trois temps de l'administration de cette échelle (3 mois, 6 mois, un an) et le constat d'une difficulté dans l'interaction à un an, mesurés avec la PIPE.

Répartition des dyades à l'échelle PIPE en fonction des scores positifs à l'ADBB au cours de la première année



Commentaires du tableau ci-dessus : lorsque le bébé est en retrait trois fois au cours du protocole, l'interaction dysfonctionne à un an dans 9 cas sur 10. Lorsque le bébé est en retrait deux fois au cours du protocole, on trouve des difficultés dans l'interaction dans un cas sur deux. Lorsque le bébé a été en retrait une seule fois, ce score est légèrement inférieur. Pour les dyades où le bébé n'a jamais été en retrait pendant le protocole, il n'y a pas aucune difficulté à l'interaction à un an dans la cohorte (...)

Recherche des corrélations entre EDPS et ADBB

La question que nous nous posions était de savoir si les bébés en retrait avaient des mères plus déprimées que les autres.

Il n'y avait pas de corrélation significative entre un ADBB positif et un EPDS positif à un temps *t* de l'étude (par exemple lorsque le bébé est en retrait

à 3 mois, sa mère n'est pas plus souvent déprimée qu'une mère du groupe témoin « bébé sans retrait »). Par contre, élément intéressant et conforme à l'étude australienne de Stephen Matthey et *al.*¹ qui porte justement sur la corrélation entre retrait du bébé et dépression maternelle, la corrélation est significative si on se réfère à l'état thymique maternel dans le post-partum immédiat et si la dépression a été durable. Ainsi, lorsqu'un bébé est en retrait à un temps *t* de l'étude, sa mère a été plus souvent déprimée en PPI (et par la suite) que celles des bébés qui ne sont pas en retrait au même temps *t* de l'étude. Ces résultats sont conformes aux hypothèses cliniques telles celles de Ouriel Rosenblum qui parle « de la dépression maternelle comme d'une figure paradigmatique d'un dysfonctionnement interactif affectif ». Voici un argument supplémentaire pour la recommandation que nous avons déjà soulignée d'un suivi longitudinal des dyades où la mère a montré une dysthymie importante en PPI.

Le tableau suivant rassemble les données relatives aux signes d'alerte et leur valeur statistique.

**Valeur statistique des résultats aux différentes échelles
en fonction du résultat positif à la PIPE à un an**

	2 ADBB + / 3	ADBB + à 3 mois	EDBS + En PPI	EVA, EPDS en PPI et ADBB à 3 mois 2 + / 3
Sensibilité	71,43 %	70,83 %	54,55 %	71,43 %
Spécificité	77,42 %	67,86 %	70 %	70,97 %
Coef. de Yule	Très forte	Forte	Modéré	Très forte
Khi carré	0,001	0,01	non significatif	0,01

1. Résumé de l'article : « Les nourrissons peuvent faire état d'un éventail de comportements sociaux quand ils communiquent avec le mode de soin principal. Des travaux précédents ont démontré que lorsque le mode de soin est déprimé, le nourrisson peut faire état d'un comportement de repli, non seulement vis-à-vis de cette personne, mais aussi vis-à-vis des autres. Cette étude pilote a utilisé un outil d'évaluation relativement nouveau, le ADBB, afin d'évaluer le comportement social de 44 nourrissons durant une visite d'examen physique de routine. Les résultats ont indiqué que le comportement social de l'enfant replié sur lui-même, vis-à-vis du docteur, était lié au compte rendu que la mère avait fait sur le fait qu'elle se sentait irritable, triste, anxieuse ou déprimée depuis la naissance, mais n'était pas lié à son humeur du moment telle qu'elle avait été évaluée par son score à l'Échelle de dépression post-natale d'Edinburgh. Les propriétés psychométriques de l'ADBB ont aussi été explorées. Les résultats prouvent qu'il est nécessaire de dépister les difficultés d'humeur chez les femmes ayant des nourrissons, non seulement en se concentrant sur l'humeur du moment de la femme, mais aussi sur son humeur au moment de la naissance du bébé » (Source : Inisit CNRS).

Commentaires du tableau : L'ADBB pratiqué une fois à 3 mois donne des résultats mitigés pour prédire un trouble de l'interaction à 1 an. L'EPDS en PPI ne présage pas seule d'un dysfonctionnement dyadique ultérieur. Il pourrait s'agir pour la mère d'un simple *blues* transitoire. En revanche, l'association de l'EPDS et de l'EVA en PPI, suivie d'une évaluation du retrait du bébé à 3 mois, indique avec acuité la possibilité d'un trouble de l'interaction entre mère et bébé à un an.

Échelle visuelle analogue : quel intérêt ? Une pesée du contre-transfert ?

Une des « surprises » de la recherche fut de découvrir que l'EVA est un outil fiable et pertinent si les équipes sont sensibilisées à l'expression multimodale de la douleur morale de la dyade. Il s'agissait, pour le professionnel de première ligne (non-psy) de renseigner une échelle de douleur en répondant à la question : « à quel degré évaluez-vous aujourd'hui le degré de douleur morale dans cette dyade mère-bébé ? » en plaçant un trait sur une droite graduée de 0 à 10 (0 = pas de douleur, 10 = douleur maxi)

L'EVA est donc basée sur le ressenti contre-transférentiel, par définition subjectif, des puéricultrices. Pratiquée pour la recherche, elle a été utilisée par des professionnelles (puéricultrices) très sensibilisées à la dimension clinique de la pesée et soutenues par la présence d'un clinicien en position réceptive grâce au recours à la méthode de l'observation. En somme, l'EVA approche l'ambiance émotionnelle de la rencontre sans se focaliser sur la mère ou le bébé, tout en étant attentive à la dimension intersubjective. Ce travail de sensibilisation, voire de formation avant la recherche a permis l'établissement d'une culture commune et d'échanges de pratiques entre les équipes de PMI et de pédopsychiatrie

CONCLUSION
(PAGE SUIVANTE)

Résultat statistique de la valeur des signes d'alarme à 2 mois en fonction d'une interaction dysfonctionnante à un an

	EVA à 2 mois	ADBB + à 2 mois	EDBS + à 2 mois	EVA +, EPDS + et ADBB + à 2 mois
Sensibilité (probabilité que le signe soit présent chez les dyades avec troubles de l'interaction à un an)	68 %	70,83 %	47,62 %	71,43 %
Spécificité (probabilité que le signe soit absent chez les dyades sans trouble de l'interaction à un an)	70,37 %	67,86 %	67,74 %	70,97 %
Coef. de Yule (Intensité de la liaison entre deux variables)	Élevé	Élevé	Moyen	Très élevé
Khi carré	0,05	0,01	non significatif	0,01

Commentaire du tableau : aucun des signes d'appel *pris isolément* n'est suffisant, que l'on privilégie l'observation du retrait avec l'ADBB ou l'attention à la dysthymie maternelle avec l'EPDS ou à la « tonalité somato-affective de la dyade » avec l'EVA. Par contre une attention plurifocale issue du croisement des données, dans une visée diachronique rétrospective et prospective, s'avère pertinente pour déterminer le degré de souffrance dans la dyade.

Dans un souci de rationalisation des moyens trop souvent limités en PMI ou en exercice libéral (médecin généraliste ou pédiatre où le ratio temps professionnel/volume de fréquentation est réduit), nous tirions des conclusions pratiques en termes de préconisations cliniques simples à

mettre en place¹. Ce sont ces conclusions concrètes qui nous ont conduites d'abord à l'expérimentation clinique et ensuite au projet du KiT.

Phase de consolidation et d'expérimentation clinique² dans le service hospitalo-universitaire du Pr François Poinso (Unité de soins conjoints hospitaliers parents-enfant, Assistance publique-hôpitaux de Marseille, praticien hospitalier responsable Dr Michel Dugnat) 2010-2014

Le recrutement de 12 dyades présentant une pathologie avérée et l'analyse quantitative et qualitative de la trajectoire de chaque dyade sur la première année nous a permis de compléter le recueil de données de la phase précédente et d'affiner une approche sémiologique à partir des aléas de la construction de l'espace dyadique primaire en tant que matrice du lien précoce. Cette phase a montré à partir des monographies de ces trajectoires les premières données sur une corrélation entre « type de dysfonctionnement de l'investissement maternel » et catégorie de symptômes développés par les bébés. Nous ne détaillerons pas les premiers résultats qui ont été publiés par ailleurs (ROCHETTE-GUGLIELMI 2013a, 2014b, 2016a). L'exploitation fine des résultats est en cours (*cf. infra*).

PROJET 2020-2022³ : EXPÉRIMENTATION PROBANTE D'UN KiT DÉPRESSION/RETRAIT À L'USAGE DES PRATICIENS DE SANTÉ PRIMAIRE : PMI, MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PÉDIATRES LIBÉRAUX, SAGES-FEMMES LIBÉRALES

Exposé du contexte et des besoins qu'il révèle

1. – Lorsque le bébé est en retrait, à 3 mois une enquête rétrospective s'impose sur l'état thymique maternel actuel mais surtout sur la façon dont la mère s'est sentie depuis la naissance de son bébé, voire même pendant la grossesse. Conformément à nos résultats chiffrés, la mise en place systématique d'un protocole ADBB, simplement aux trois mois du bébé, donne de bons résultats en matière de détection d'un groupe à risque et dans un but de prévention.

– Lorsque la mère présente une dysthymie sensible au questionnaire EPDS ou plus largement appréciée par l'Échelle visuelle analogique issue de l'expérience des soignants, une vigilance accrue doit être mise en place pour déterminer la survenue d'un retrait du bébé. Un accueil circonstancié en PPI s'avère indispensable avec une formation des soignants à la spécificité de cette période critique. L'observation des pesées avec la méthode d'Esther Bick nous a montré toute son efficacité, à la fois comme outil sémiologique pour repérer les souffrances primitives, mais aussi comme génératrice d'une culture partagée entre PMI et pédopsychiatrie.

– Lorsque l'interaction est « alarmante » à un an on va retrouver dans la trajectoire de la dyade des signes précurseurs précoces de ce trouble de la construction de l'espace dyadique.

Seul un suivi longitudinal pratiqué de façon régulière, sur rendez-vous, par la même équipe de santé primaire, permet une pratique de ce type qui ne se contente pas d'une expertise ponctuelle mais instaure une véritable stratégie de prévention. Les parents ont pu témoigner, lors de l'entretien de bilan, de la valeur d'étayage de convocations régulières, surtout lorsqu'il y avait des difficultés.

2. Prix Mustela recherche-action 2010

3. Demandes de cofinancement en cours auprès la Fondation de France, de la Fondation Mustela, de la Fondation Apicil, et la de Fondation de l'Avenir.

RAPPEL : UTILITÉ D'UNE CONSTELLATION PRÉDICTIVE POUR APPRÉHENDER
DES DOULEURS DYADIQUES SUB-CLINIQUES

*Le besoin de contingence entre mère et bébé, un alignement des planètes?
Question de la chrono-dépendance*

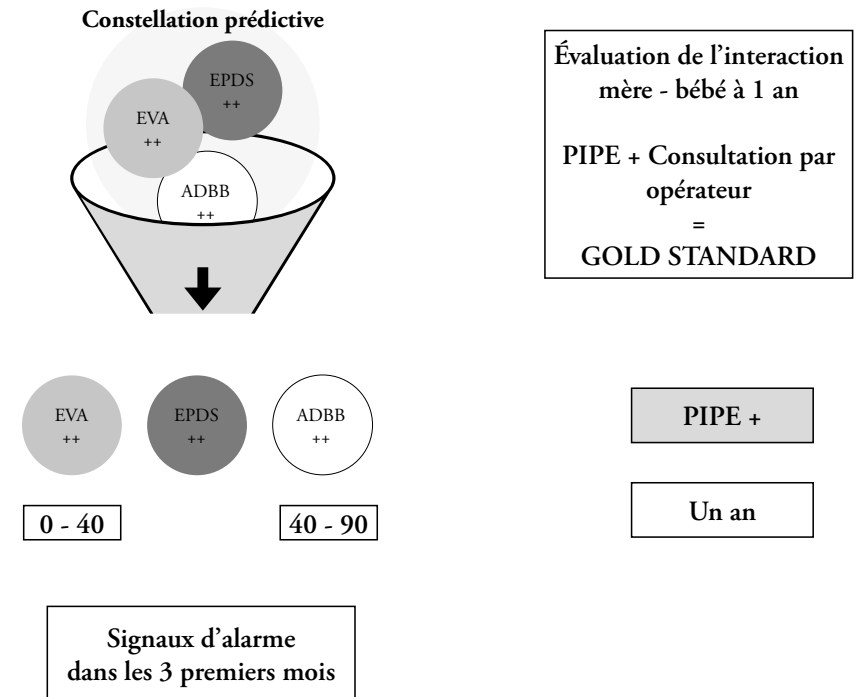
La prévention reste *le maillon faible* dans les réseaux périnataux tant régionaux que locaux. Pourtant les troubles de l'interaction à un an, précédés d'une constellation de symptômes en PPI, sont les prodromes de complications chez l'enfant (TDHA, difficultés de socialisation, etc.) et pour la femme (chronicisation, décompensations récurrentes, etc.). Ces défauts d'orientation, le plus souvent par méconnaissance, ont un coût très élevé tant pour les dyades et les familles que, dans un autre registre, pour la collectivité. Adossée à l'existant – les consultations de routine obligatoires du nourrisson – la prévention secondaire et l'orientation vers des soins gradués ont vocation à limiter la comorbidité.

La connaissance du montage somatopsychique (DELOURMEL 2014) du *perinatum* et la signification des symptômes lorsque la dyade mère-bébé dysfonctionne avaient d'abord été décrits empiriquement par les cliniciens. Ils sont depuis « scientifiquement » corroborés et documentés. Côté bébé, mentionnons les apports considérables de la micro-analyse et les progrès de la connaissance sur la cognition précoce; l'imagerie non invasive, côté mère, avec les avancées sur les phénomènes neuroendocriniens et sur la physiologie finement orchestrée du post-partum. Des études récentes, dont la méta-analyse de quelques 128 publications (MEANEY 2018) montrent l'importance de l'attention portée aux signes sub-cliniques tant du côté maternel¹, que du côté du nouveau-né², car leurs manifestations sont ténues. Le KiT met en lumière ces moments d'amorçage, à valeur de *priming*, et leurs absences qui passeraient inaperçues.

1. « L'importance de ces résultats pour la santé publique est évidente étant donné que si 10 % à 15 % des mères révèlent une dépression clinique, une proportion beaucoup plus élevée présente des niveaux sous-syndromiques élevés de symptômes dépressifs. Ces données renforcent l'idée que la dépression sub-clinique est un problème de santé publique important en raison de sa prévalence dans la population et parce que les personnes présentant des symptômes sous-syndromiques sont à la fois moins susceptibles de demander un traitement et d'être éligibles aux services cliniques, car elles ne respectent pas les seuils pour 'dépression probable' sur les évaluations de dépistage de routine. »

2. Soulignés par nos travaux : par exemple, au moment requis par la maturation de leurs possibilités attentionnelles (autour des 40 jours), les bébés de mères déprimées ne pourront pas facilement déployer le riche répertoire des proto-conversations (Trevarthen, Lavelli, Rochette). Ce saut qualitatif est pourtant le premier embrayeur d'un lien d'émerveillement et de l'hédonisme qui rendra le maternage gratifiant. Il est en quelque sorte éteint par l'absence de synchronie entre mère et bébé.

Dyades positives au Top-Test en PPI



Le KiT promeut une attention bifocale sur la mère et sur le bébé : d'usage facile, il nécessite toutefois une initiation que nous pouvons mener grâce aux supports pédagogiques utilisés lors des précédentes recherches.


LES OUTILS

ADBB


Rappelons que l'ADBB est un outil fréquemment utilisé et disponible en ligne depuis l'implication d'une association de pédiatres (AFPA) avec le concours d'Antoine Guédeny. En plus de la valeur objectivante d'une souffrance chez le bébé, elle entraîne le soignant à une observation attentive aux signaux du bébé. Nous avons mis

en évidence que l'ADBB est sensible non seulement au retrait mais aussi à l'hypervigilance du bébé. Ce phénomène est dû à l'altération du va-et-vient attentionnel entre dedans et dehors de soi, mais aussi à celle de la mise en place « normale » et souple entre l'endoperception et l'attention au monde environnant. Un ADBB positif est aussi un outil très intéressant pour engager avec le parent une recherche de l'étiologie plurifactorielle de ce trouble constaté. L'échelle n'est valide qu'à partir de 2 ou 3 mois. Avant cet âge, la néoténie du nouveau-né, même né à terme, ne lui permet pas encore de fixer durablement son attention (voir plus loin notre développement sur le saut qualitatif des 40 jours). Nous avons suivi les prescriptions de l'auteur en matière de seuil de validité : note supérieure ou égale à 5.

EPDS

 L'*Edinburgh Post-Natal Depression* (de John Cox) propose une « mesure » de l'état thymique maternel. Cette échelle s'est révélée sensible aux troubles anxio-dépressifs ainsi qu'aux états dissociatifs et aux idéations suicidaires. Elle sera administrée dès la première visite, puis chaque mois. C'est un support pour entrer en relation avec la mère (le père) à propos d'un aspect le plus souvent non exploré, celui de l'état thymique. La simple question « comment vous êtes-vous sentie depuis les 7 derniers jours écoulés ? » ouvre une fenêtre sur les états mentaux et les affects maternels. En effet, l'indisponibilité psychique d'une mère déprimée ou anxieuse – et *a fortiori* d'un épisode dépressif majeur non diagnostiqué et non soigné – est un facteur de risque pour le bébé. L'état thymique maternel étant évalué avec cette échelle de Cox, nous avons retenu une note seuil à 10 en PPI, préconisée pour prendre en compte les états sub-dépressifs. Un entretien clinique d'exploration est proposé si le score est positif¹.

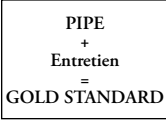
EVA

 L'*Echelle Visuelle Analogique* (EVA), est basée sur le ressenti subjectif des soignants. Il s'agit de répondre à la question : « Quel degré d'inquiétude ressentez-vous à l'égard de cette dyade ? » « Quel est

1. « L'importance de ces résultats pour la santé publique est évidente étant donné que si 10 % à 15 % des mères révèlent une dépression clinique, une proportion beaucoup plus élevée présente des niveaux sous-syndromiques élevés de symptômes dépressifs. Ces données renforcent l'idée que la dépression sub-clinique est un problème de santé publique important en raison de sa prévalence dans la population et parce que les personnes présentant des symptômes sous-syndromiques sont à la fois moins susceptibles de demander un traitement et d'être éligibles aux services cliniques, car elles ne respectent pas les seuils pour « dépression probable sur les évaluations de dépistage de routine. » (MEANEY 2018).

le degré de douleur morale pour cette dyade mère-bébé ? » en plaçant un point sur une ligne délimitée par deux bornes de 0 à 10. La note seuil était de 5 sur une échelle de 10.

PIPE

 L'évaluation de la pertinence du Top Test administré en PPI se fait à un an grâce à l'échelle *Pediatric Infant Parent Exam* (FIESE, *et al.*). Elle est utilisée seulement par l'opérateur extérieur².

Vue d'ensemble : une expérimentation probante en santé publique

Après l'aboutissement d'une période de bilan méthodologique – capitalisation en cours – (avec reprise des résultats antérieurs : traitement statistique poussé, remise à jour de la revue de la littérature, réalisation du film didactique), nous recruterons et formerons 40 praticiens de première ligne qui mettent en pratique le KiT auprès de 400 dyades « tout venant ». Une population cible de 80 dyades à risque (prévalence 20 %) devrait être dégagée. Le nouveau matériel, issu du recueil de données, sera essentiellement traité qualitativement (voir schéma expérimental) dans le but de d'apporter des arguments en faveur ou non de la pratique de dépistage du KiT.

AXES D'INVESTIGATION

Évaluation quantitative

Nous chercherons à établir la pertinence statistique du Top Test en PPI (n=80) avec une méthode test/retest, coefficient de fidélité, et si nécessaire exploration d'autres combinaisons selon méthode de rétro-prédiction, régression logistique.

2. Cet outil permet d'évaluer le degré de réciprocité de l'interaction mère-enfant lors d'une séquence de jeu (filmée ou non) d'environ deux minutes. D'après les auteurs, il est utilisable de trois à douze mois. La séquence de jeu est analysée en trois parties (début du jeu, milieu et fin). Chaque segment est coté de 1 (facile) à 6 (inapproprié ou bizarre) afin d'obtenir un score global de l'interaction (d'adaptée à mal adaptée). L'observateur note également ses impressions cliniques sur l'interaction parent-enfant (de 1 à 7) et son impression générale de l'expérience (très typique, peu typique ou atypique). La PIPE est un instrument adapté à la clinique, facile et rapide à administrer et a fait l'objet d'études de validation (FIESE, *et al.* 2001 ; HALLE, *et al.* 2011 ; LOTZIN, *et al.* 2015).

Évaluation qualitative

Deux axes d'investigation seront appliqués pour évaluer la pertinence « préventive » du KiT :

- à l'endroit des 40 praticiens : qualité du manuel, satisfaction en termes de transfert de connaissances et de changement des pratiques, faisabilité en plus de la tâche primaire, gain qualitatif avec les patientes et les bébés, engagement pour « l'essaimage » du KiT avec la formation des internes en médecine générale et auprès de collègues,
- à l'endroit des dyades cliniques de l'étude en promouvant la dimension forte du « témoignage » et du point de vue des usagers.

Type d'échelles administrée en fonction de l'âge du bébé	EVA Douleurs dyadiques	EPDS Dépression maternelle	ADBB Retrait du bébé	PIPE échelle d'interaction + bilan opéré par un opérateur extérieur + entretien conclusif
0-40 jours (praticien)	X	X		
40-90 jours (praticien)	X	X		
3 mois (praticien)	X	X	X	
Bilan à 1 an (opérateur)	X	X	X	X

L'ÉPREUVE : LA VALEUR PRÉDICTIONNELLE DU TOP TEST

Nous procéderons à la recherche de corrélations entre résultats du KiT et trouble de l'interaction à un an.

Analyse quantitative : protocole de passation des échelles, détails des tests et des subtests, principes de notation pour la combinaison retenue

Structure du TopTest

0-40 EVA + ou EPDS +	ET 40-90 EVA + ou EPDS +	ET ADBB + à 3 mois
----------------------	--------------------------	--------------------

Valeur statistique du TopTest

Sensibilité (probabilité d'être positif au test si malade)	72,7 %
Spécificité (probabilité d'être négatif au test si non malade)	83,3 %
Valeur prédictive positive	76,2 %
Valeur prédictive négative	80,6 %

Les dyades seront recrutées en immédiat post-partum, (consentement éclairé), avec un âge moyen d'admission pour le premier rendez-vous après la sortie rapide de maternité autour de 15 jours (*cf.* la précédente étude).

Elles seront explicitement convoquées pour les intervalles du calendrier de la recherche : de la naissance à 40 jours, de 40 à 90 jours, de 3 mois à 1 an avec un bilan opéré par un investigateur extérieur.

Si le Top Test en PPI est positif (*cf.* procédure détaillée), la dyade fera partie du groupe clinique (20 % à 30 % en tout venant n = 80).

Dans le cas contraire, la dyade sera recrutée pour la recherche mais dans le groupe non clinique en PPI (n = 320). Tous les patients (400 mères ou pères et 400 bébés) sont revus et évalués à un an de l'enfant. Certains examens sont passés hors protocole pour laisser une réserve de facteurs discriminants.

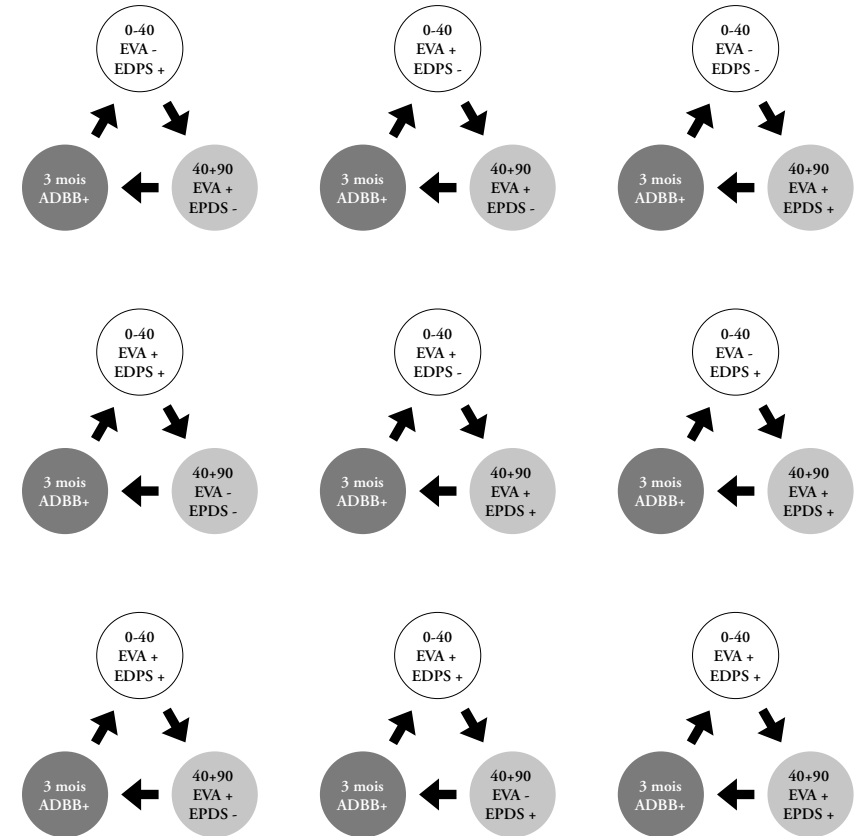
Nous testerons d'abord la « top » valeur prédictive définie en amont de cette phase.

Ce score positif sera-t-il corrélé ou non à un trouble de l'interaction à 1 an (sensibilité du test) ? Autrement dit, ce score sera-t-il un indice fiable d'un trouble de l'interaction constaté à 1 an ? Les dyades non détectées au premier trimestre présenteront-elles des troubles à 1 an (faux négatifs) (spécificité du test) ? Si la spécificité est médiocre, quelles sont les autres combinaisons qui donnent de meilleurs résultats ? Quand des dyades sans trouble de l'interaction à 1 an ont eu un score positif avant 3 mois (faux positifs), quels ont pu être les facteurs de résilience ?

D'autres tests plus poussés seront sans doute nécessaires, d'où l'utilité de mesures prises hors KiT par l'opérateur extérieur à 1 an (régression logistique, voire calcul bayésien).

Âge du bébé \ Type d'échelle administrée	EVA Échelle Visuelle Analogue	EPDS Edinburgh Depression Scale (Cox)	ADBB Alarme Détresse Bébé (Guedeney)	PIPE Échelle d'interaction (Fliess)	Entretien approfondi fait par opérateur extérieur	Score de douleur dyadique
0-40j Praticien	X (0 ou 1)	X (0 ou 1)				+ si > ou = 1
40-90j Praticien	X (0 ou 1)	X (0 ou 1)				+ si > ou = 1
3 mois Praticien	X (0 ou 1)	X (0 ou 1)	X (0 ou 1)			ADBB + = 1 ADBB - = 0
12 mois Opérateur indépendant	X (0 ou 1) Mesure pratiquée Hors KiT	X (0 ou 1) Mesure pratiquée Hors KiT	X (0 ou 1) Mesure pratiquée Hors KiT	X (0 ou 1 ou 2)	Évaluation subjective d'un trouble de l'interaction (0 ou 1 ou 2)	+ si > ou = 2
	Total X / 4	Total X / 4	Total X / 4	Total X / 2	Total X / 2	

9 CAS DE FIGURE : DYADES ÉLIGIBLES POUR LE GROUPE CLINIQUE



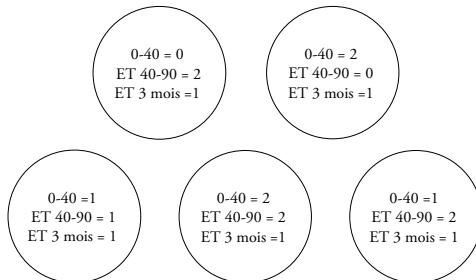
Légende :

X = subtest administré

Le recueil des données du premier trimestre de vie du bébé (trois premières lignes du tableau) se fait chez le praticien. Chaque item, à chaque temps de l'étude, reçoit une note binaire 0 ou 1 en fonction du seuil de positivité du subtest.

La dyade est éligible pour le groupe clinique dès que la somme des 2 subtests en 0-40 et 40-90 est supérieure ou égale à deux écarts-type 2 et si la dyade reçoit aussi un score 1 au subtest ADBB à trois mois.

Cinq configurations et neuf cas de figures sont donc possibles :



Légende :

➔ = Et

Analyse qualitative à l'endroit des praticiens et à l'endroit des usagers

Les récits des usagers seront élaborés, dans le cadre d'une démarche accompagnée, pour permettre aux porteurs d'actions de poser un regard réflexif sur ces actions. À travers un entretien semi-directif mené par

nous, différentes dimensions sont explorées : le contexte, les objectifs, les stratégies et compétences mobilisées, les méthodes et outils, les freins et leviers, les moments et fonctions clefs. Ces données seront complétées par des références bibliographiques et organisées de façon à être partagées.

Dans une recherche-action de ce type, la capitalisation de l'expérience est évidemment essentielle. Elle s'appuiera sur une définition du transfert de connaissances en santé publique qui intègre les savoirs issus de la recherche et les savoirs issus du terrain. Elle permettra de recueillir, structurer et partager un savoir expérientiel qui complète les données probantes par des déclinaisons pratiques de stratégies de promotion de la santé, répondant ainsi à la question de « comment agir? »

Rappel de nos objectifs

Faire pénétrer dans le champ de la santé primaire l'expertise scientifique acquise en pspérinatalité, afin de lutter côté mère contre la chronicisation des troubles psychiques périnataux de gravité éminemment variable et, côté bébé, de lutter contre les conséquences délétères d'une exposition psychoaffective toxique, si l'exposition est prolongée.

Outils les soignants de santé primaire (pour la phase 0-3 mois) afin de détecter les signes d'appel de troubles psychiques ultérieurs chez la mère et chez le bébé (constellation prédictive) et entreprendre un dialogue avec les parents usagers du dispositif « surveillance du bébé » au sujet des risques psychiques. Informer des propositions de soins existantes.

Rompre l'isolement des dyades en proposant un accompagnement thérapeutique et psycho-social gradué : groupes mère-bébé; consultations de puériculture; aide à domicile par une TISE, psychothérapie conjointe parents-bébé; association Maman Blues; voire orientation vers un CATTP, une unité de soins conjoints (parents-bébé) ambulatoire ou hospitalière, en séquentiel ou à temps plein.

Mettre en valeur les résultats de cette démarche de prévention et d'intervention précoces auprès des professionnels et des usagers : en diffuser largement l'information grâce à un film à faire financer et communiquer en colloque tout au long du projet avant publication des résultats conclusifs.

Essaimer l'outil et intégrer les informations « 40 jours » ... jusque dans le carnet de santé?

Étapes

<ul style="list-style-type: none"> • Capitalisation des données scientifiques et recrutement progressif des 40 praticiens expérimentateurs du KiT
<ul style="list-style-type: none"> • Publication d'un article de base sur notre recherche-action « KiT », sa méthodologie, ses hypothèses avec données statistiques réactualisées
<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration du synopsis et réalisation d'un film didactique « Maladies psychiques en post-partum immédiat, et alors! les nouveau-nés et leurs parents d'abord! » en appui sur l'expérience de l'équipe lyonnaise et des « dyades parents-bébé » ayant participé aux phases préliminaires. • Début du recueil de données par les 40 experts praticiens.
<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration du KiT, passation des échelles, recueil des données, pilotage et formation des 40 praticiens experts
<ul style="list-style-type: none"> • Exploitation des premières données quantitatives et qualitatives auprès des dyades recrutées (bilan complet à un an post-partum) et des praticiens experts (facilitation par l'outil, critiques à apporter, préconisation de « bonnes pratiques »).
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation qualitative et quantitative, auprès de praticiens-experts, du degré d'efficacité du KiT, en vue de modification des pratiques, facilitation pour la détection et l'orientation des dyades cliniques ... • Évaluation auprès du public cible avec bilan complet à un an post-partum.
<ul style="list-style-type: none"> • Fin des travaux-publications • Réflexions sur la transférabilité • Bilans et perspectives • Applications en santé publique

QUELQUES ARGUMENTS DE PERTINENCE AUTOUR DE LA RECHERCHE KIT (2020-2022)

L'épidémiologie

Elle est édifiante : en France, 20 % des femmes présenteront un trouble en PPI avec, parmi celles-ci, un risque important d'épisode psychiatrique sévère. Le suicide maternel reste la première cause de mortalité en suite de couche (DENEUX-THARAUX 2019).

Les études longitudinales des cohortes mère-bébé sur le long terme démontrent une prévalence marquée de morbidité chez les enfants de mères ayant été déprimées dans le post-partum (par exemple, MURRAY 2010a et 2010b, mais aussi, pour une synthèse, BAUER 2014).

La nécessité d'un changement de paradigme

L'évaluation pertinente des facteurs de risque et de protection dans cette période précoce nécessite la conceptualisation « d'un partage des symptômes » : dépression (ou trouble thymique) de la mère *versus* retrait (trouble du système attentionnel et perceptif du bébé). Le repérage sémiologique est « dyadique » et non pas en isolat. Cette souffrance psychique hybride se déplace de la mère au bébé et elle est un puissant marqueur de la qualité de l'interaction.

Les arguments du choix de période sensible

DE LA PSYCHOLOGIE DU DÉVELOPPEMENT...

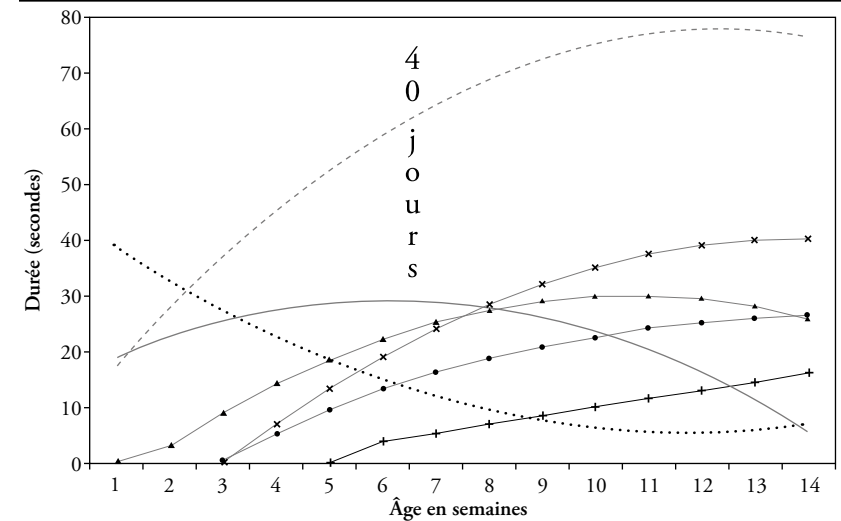
Le premier trimestre, et particulièrement le moment des 40 jours de vie, sont un repère très important et « organisateur » pour le bébé, pointé par des auteurs majeurs dans le domaine de la psychologie du développement et de la psychopathologie comme Colwyn Trevarthen, Jacqueline Nadel et Lynne Murray (voir aussi parmi d'autres ROCHAT 2013, LAVELLI 2005 et 2013). Nous y avons insisté à plusieurs reprises (ROCHETTE-GUGLIELMI 2009, 20015, 2016) à la suite de Monique Bydlowski. Les démonstrations par des micro-analyses des échanges dans la dyade ou encore, plus récemment, avec les progrès de la neuro-imagerie soulignent un saut qualitatif capital dans le développement normal du bébé et dans l'accès, pour la dyade adulte-bébé, à un mode de communication réflexif et régulé. Le bébé devient proto-conversant, capable dans des temps favorisés d'un échange conversationnel propre à apporter l'hédonisme et la satisfaction maternelle essentielle au lien. Le repérage de ce *touch point*, marqueur d'une évolution positive, devrait être systématique et son absence repérée comme un facteur de risque.

Côté mère, cette période revêt un caractère très particulier, tant au niveau d'une transition psychologique avec la nécessité d'investir le nouveau-né réel, que du point de vue physiologique, avec les intenses bouleversements

hormonaux, avec le passage d'un régime progestatif au démenagement soudain de l'accouchement et ensuite à l'adaptation nécessaire pour ce « quatrième trimestre de la grossesse » (BAYOT 2018). Ces transitions sont bien repérables dans la plupart des cultures, avec l'instauration d'une période de marge (correspondant aux 40 jours du bébé et à ses capacités neuro-développementales d'éveil croissantes). Le traditionnel rituel des relevailles venait à point nommé pour marquer et le retour de couche social de la mère, et la présentation du bébé aux membres de la communauté. Nous avons montré que ces « marqueurs rituels » correspondaient au travail psychologique et biologique de l'investissement maternel et qu'ils pointaient une démarcation nette entre le nouveau-né (pas encore présentable) et le bébé proto-conversant, montré au *socius*. (ROCHETTE-GUGLIELMI 2002, 2007, 2008)

Trajectoires développementales moyennes attendues : attention simple du nourrisson, attention concentrée du nourrisson, sourire du nourrisson (attentif ouvert) Expression roucouillante du nourrisson et attention excitée du nourrisson et pour expression neutre de la mère et discussion / sourire de la mère

— Attention simple du bébé —▲— Attention concentrée du bébé —●— Sourire du bébé
—×— Roucoulement du bébé —+— Attention excitée du bébé Expression neutre de la mère
- - - - - Sourire de la mère



Début roucoulement Début Sourire
Début attention vigile Début attention excitée

Source : Lavelli, Manuella & Fogel, Alan. Developmental Changes in the Relationship between the Infant's Attention and Emotion during early Face-to-Face Communication : the 2-Month Transition. Developmental psychology. 41.265-80

Commentaire du tableau : la chronodépendance est ici illustrée par l'exemple de la courbe « Sourires maternels ». Ce serait un contre-sens d'attendre chez une mère à J + 10 post-partum une proportion de « sourires » et d'engagement telle celle constatée à J + 40. Ces recherches à partir de la micro-analyse des interactions sont précieuses pour établir une « jauge » et comprendre l'apparition simultanée d'un faisceau de compétences dyadiques, interdépendantes et asymétriques. Les études des auteurs sur les cohortes cliniques démontrent avec acuité les variations pathologiques à 6 semaines (et ensuite) avec le développement significativement plus réduit du répertoire communicationnel chez les bébés de mères déprimées.

DE L'ÉPIGÉNÉTIQUE...

Les découvertes de l'épigénétique documentent la notion de « fenêtre de sensibilité » chez le bébé dans le premier trimestre de vie et d'un « saut qualitatif », clef majeure du développement, autour des 40 jours. Certains auteurs (Edith Heard, Claudine Junien...) insistent sur le rôle prévalent des expériences précoces vécues par l'enfant au contact de la mère et du père dans cette régulation de l'épigénome. Appuyons-nous sur Anne Gabory qui résume la position actuelle d'un certain nombre de biologistes sur cette question. Après s'être référée à l'hypothèse de David Baker (désormais incluse dans la *DOHaD*) selon laquelle l'environnement au cours de la période de développement peut conduire un individu à développer des pathologies chroniques à l'âge adulte, elle déclare : « l'environnement peut influencer le développement des organes, et les mécanismes épigénétiques peuvent être impliqués sous l'influence de l'environnement. Dans les phases du développement précoce, il y a une reprogrammation majeure de notre épigénome, avec différentes fenêtres temporelles critiques. Au cours de la période postnatale, les soins parentaux sont extrêmement importants. Si l'environnement paternel ou maternel peut modifier l'effaçage ou l'apposition des marques épigénétiques à ce stade, il va y avoir mémoire de cet environnement précoce qui va influencer le fonctionnement des organes à long terme, donc conditionner la pathologie. Dans mon champ de compétence, on trouve plus particulièrement le stress et l'adversité précoce, du côté maternel et paternel, dans l'environnement post-natal précoce... » (GABORY 2016).

ISSUS DE L'IMAGERIE...

Les interactions entre le bébé et son environnement humain exercent une influence (à double sens) non seulement sur le développement fonctionnel du cerveau, mais probablement aussi sur son développement structural – comme le montrent les études des conséquences des carences précoces (LYONS RUTH 2014) - et sont une condition de son développement neurobiologique. Les effets objectifs de l'environnement relationnel sur le développement neurobiologique, et notamment du « cerveau social », restent cependant peu connus, même si se développe une « neurobiologie relationnelle » avec par exemple les travaux de Daniel Siegel ou d'Allan N. Schore. L'hypothèse d'une douleur interpersonnelle s'appuie sur ces arguments de plus en plus documentés par la neuro-imagerie. On gagnera aussi à s'appuyer sur les travaux novateurs de Jodi Pawluski et du groupe de Toronto sur les changements structurels et fonctionnels du cerveau chez les femmes au cours du *peripartum*.

ET DE L'HISTOPHYSIOLOGIE

Enfin, la découverte d'une histophysiologie commune à la douleur physique et à la douleur morale (EISENBERG 2012; CHRISTOFORI, MAUGUIÈRE, *et al.* 2014) ouvre un champ fascinant pour la compréhension des pathologies « dérivatives » lorsque le bébé est, par exemple, exposé au *silent treatment* que lui impose l'inexpressivité de sa mère déprimée. Nous avons bâti plusieurs hypothèses qui seront explorées pendant cette recherche.

Permettons-nous de citer ici un extrait de l'argument d'un colloque organisé par l'équipe de recherche du KiT : « Ce constat empirique a été validé par des études histophysiologiques récentes qui démontrent que la douleur sociale active les mêmes zones cérébrales qu'une nociception due à une lésion physique. La douleur sociale, à l'instar de la douleur physique occasionnée par un tiers, met en alerte la reconnaissance instantanée de 'l'agresseur' ou de la situation d'agression. » (Angela Sirigu, François Mauguière). Or l'ostracisme est un phénomène relativement discret, sans violence directe ou spectaculaire. Les paradigmes expérimentaux se limitent bien souvent à des déclinaisons du *silent treatment*, c'est-à-dire une privation des « boucles de retour » qui permettent habituellement au

sujet de se situer par rapport à autrui (privation douloureuse du socle de l'intersubjectivité?). Fait marquant, cette douleur sociale est extrêmement robuste et peu sensible aux variables habituelles d'atténuation.

Avec les bébés, des découvertes récentes permettent donc de situer *in vivo* l'apparition très précoce (dans le premier semestre de vie) de la genèse de la douleur sociale : les déclinaisons du paradigme expérimental du *still face* d'Edward Tronick largement utilisé de longue date et, en France, en particulier par Jacqueline Nadel, sont des paradigmes de situations « d'absence en présence » où l'interlocuteur habituel du bébé, la personne « bien au courant », modifie ses effets de présence. Le bébé privé de retour est en quelque sorte ostracisé puisqu'il se retrouve hors de la psyché maternelle. Qu'il s'agisse d'un retrait maternel dépressif, d'une variation thymique soudaine, ou de troubles dissociatifs, le bébé n'est plus (ou n'a jamais été), l'agent des états mentaux de cet autrui primordial. Il souffre de cette perte d'agentivité primaire. Si l'on détaille les manifestations physiologiques de cette détresse, on retrouve à s'y méprendre celles décrites dans les situations de douleur sociale vues plus haut¹.

CONCLUSION GÉNÉRALE

RITUELS, CHRONO-DÉPENDANCE ET DISPOSITIFS DE SOINS : QUELS ALIGNEMENT DES PLANÈTES POUR LA PRÉVENTION ?

Et si les formes actuelles de soin pouvaient se penser comme des dérivés, tantôt sophistiqués, tantôt triviaux, des productions issues des champs mythiques, rituels, artistiques ou poétiques? J'ai développé l'hypothèse selon laquelle les réseaux « modernes » sont des héritiers de formes anciennes et coutumières. Les 40 jours, dans leurs composantes fantasmatiques, biophysiques, culturelles et sociétales en sont un exemple. Annonce de la grossesse, relevailles, présentation du bébé, codification des sorties en famille et des visites sont, par exemple, illustrées dans l'iconographie. Les rituels périnataux coutumiers nous renseignent sur la teneur du travail psychique de l'enfantement. Intervenir au bon moment dans cette succession de moments devient un enjeu fondamental de santé publique.

1. Colloque Groupe WAIMH-F Lyon 17-18 janvier 2020. Actes à paraître en 2020 aux éditions érès, argument et newsletters en ligne sur www.waimh.fr

J'ai pu examiner plusieurs dispositifs, en montrant leur pertinence ou au contraire leur non-contingence au regard de la chrono-dépendance dans le procès complexe de la construction de l'espace dyadique primaire. Les moments actuels : – entretien prénatal précoce – hospitalisation en maternité – temps des congés maternité – groupe de présentation de bébés – visites à domicile ... peuvent être vus à l'aune de l'hypothèse de leur validité au croisement de plusieurs champs. En effet la connaissance du montage du *perinatum* et la signification des symptômes lorsque la dyade mère-bébé dysfonctionne sont maintenant bien documentés. L'épigénétique donne des arguments forts sur la potentialité (et les risques) des fenêtres précoces. C'est autour de cette conjonction mère et nouveau-né que nous menons ces recherches.

Le post-partum, longtemps tu et négligé, devient un sujet d'actualité largement relayé par les médias. Les réseaux sociaux se sont emparés du thème – qui nous est cher et pour lequel nous œuvrons depuis longtemps! Les récents #MonPostPartum et autres #postpartumtamere font florès et sont des espaces d'expression des douleurs physiques et des douleurs « intersubjectives » du temps de la mise au monde, qui, fait de société remédiable, se trouve banalisé, ou surmédicalisé, mais n'est plus encadré – au sens d'un étayage groupal – par le *socius*.

C'est sans doute le bon moment pour mettre en place des actions concrètes autour de ce si précieux moment. Gageons que la recherche KlT dépression/retrait pourra bénéficier de cette conjoncture favorable².

2. L'équipe opérationnelle sera constituée de 40 praticiens de terrain « experts », médecins en PMI, (20), médecins généralistes libéraux (10) et pédiatres libéraux (10). Nous avons d'ores et déjà établi des premiers contacts avec la direction de la PMI du Rhône et avec la PMI des Bouches-du-Rhône, avec un exposé des modalités de mise en place d'une collaboration. Contact a également été pris avec le Collège de médecine générale de Lyon (via le Dr Michel Bouzon) et un syndicat de pédiatres. La constitution, concomitante, le 5 juin 2019 au Ministère de la santé et le renforcement le 21 septembre 2019 à Marseille de l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale, regroupement interdisciplinaire autour de la pspérinatalité, pourrait faciliter cette collaboration souhaitée par les acteurs de première ligne. Le territoire du projet s'étendra sur trois départements de trois régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nouvelle-Aquitaine) et donc sur deux grandes agglomérations (Lyon et Marseille) et sur un territoire à faible densité. Le projet se veut généralisable à d'autres échelles de territoires et donc représentatif des composantes sociodémographiques d'une population globale, urbaine, périurbaine et non urbaine.

La convention de mécénat obtenue avec la Fondation Apicil contre la douleur en décembre 2019, l'engagement et la contribution sous forme de « valorisation » de nos partenaires : l'ARIP notamment et le Centre de recherches en psychopathologie et psychologie clinique de l'université Lyon 2, mais aussi nos relations déjà tissées dans les réseaux périnataux et locaux, notre implication dans les sociétés savantes, telles que le Groupe WAIMH-France sont des atouts pour cette recherche. Celle-ci ambitionne d'aller vers des publications mixtes dans les champs de la psy-périnatalité et de la santé publique ou communautaire.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUER A., PARSONAGE M., KNAPP M., IEMMI, ADELAJA B. (2014) *The Costs of Perinatal Mental Health Problems*, London, Centre for Mental Health and London School of Economics.
- BAYOT I. (2018) *Le quatrième trimestre de la grossesse*, Toulouse, érès, « 1001 BB ».
- BEEBE B., JAFFE J., CHEN H., BUCK K., COHEN P., FELDSTEIN S. *et al.*, (2008) « Maternal depression at 6 weeks postpartum and mother-infant 4-month self – and interactive regulation », *Infant Mental Health Journal*, vol. 29, n°5, p. 442-471.
- CRISTOFORI I., MORETTI L., HARQUEL S., POSAD A., DEIANA G., ISNARD J., MAUGUIERE F., SIRIGU A. (2013) « Theta Signal as the Neural Signature of Social Exclusion », *Cerebral Cortex*, vol. 23, n°10, p. 2437-2447.
- DENEUX-THAVAUX C. *et al.* (2013) « Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007–2009 », *Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 42, n°7, p. 613-627.
- DELOURMEL C. (2014). « Affect et pulsions en médecine et en psychosomatique : questions cliniques, théoriques et épistémologiques », *Revue française de psychosomatique*, vol. 45, n°1, p. 41-75.
- EISENBERGER N.I. (2012) “The pain of social disconnection : examining the shared neural underpinnings of physical and social pain”, *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 13, n°6, p. 421-434.
- GABORY A. (2016) *Les enjeux et les perspectives de l'épigénétique dans le domaine de la santé* Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST), tome 2, p. 58 à 61 Paris.
- LAVELLI M., FOGEL A. (2005) « Developmental Changes in the Relationship Between the Infant's Attention and Emotion During Early Face-to-Face Communication : The 2-Month Transition » *Developmental psychology*, vol. 41, n°1, p. 265-280.
- _____. (2013) « Différences entre les différences dans la communication face à face précoce mère-nourrisson : dynamique en temps réel et voies de développement », *Psychologie du développement*, vol. 49, n°12, p. 2257-2271.
- LYONS-RUTH K. (2005) « L'interface entre attachement et intersubjectivité : perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé », *Psychothérapies*, vol. 25, n°4, p. 223-234.
- MEANEY M. J. (2018) « Perinatal Maternal Depressive Symptoms as an Issue for Population Health », *American Journal of Psychiatry*, vol. 175, n°11, p. 1084-1093.
- MURRAY L., ARTECHE A., FEARON P., HALLIGAN S., CROUDACE T., COOPER P. (2010a) « The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years : a developmental approach », *J Child Psychol Psychiatry*, vol. 51, n°10, p. 1150-1156.
- MURRAY L., ARTECHE A., FEARON P., HALLIGAN S., GOODYER I., COOPER P. (2010b) « Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age », *J Child Psychol Psychiatry*, vol. 50, n°5, p. 460-470.
- NADEL J. (2018) « Avant-propos », *Enfance*, vol. 3, n° 3, p. 391-391.
- NADEL J., DECETY J. (2002) *Imiter pour découvrir l'humain. Psychologie, neurobiologie, robotique et philosophie de l'esprit*, Paris, PUF.
- NETSI E., PEARSON R. M., MURRAY L. *et al.* (2018) « Association of Persistent and Severe Postnatal Depression with Child Outcomes », *JAMA Psychiatry*, vol. 75, n°3, p. 247-253.
- PAWLUSKI J. L. (2019) « The Neurobiology of Maternal Mental Illness : Current understanding and future directions », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 22, n°3, p. 407-408.
- ROCHAT P. (2006) *Le monde des bébés*, Paris, Odile Jacob.
- ROCHETTE-GUGLIELMI J. (2013) « Séduire, transmettre, transformer : des formants de l'investissement maternel à une théorie du soin » in M. Dugnat (dir.), *Soigner, Prendre soin du bébé et de ses parents*, Toulouse, érès
- _____. (2014) « Psychopathologie de l'intersubjectivité précoce et développement d'une sémiologie dyadique », in P. Delion, S. Missonier, N. Presme (dir.), *Recherches en périnatalité*, Paris, PUF, érès.
- _____. (2012) « L'entretien en périnatalité » in B. Chouvier, P. Attigui (dir.), *L'entretien clinique*, Paris, Elsevier.
- _____. (2009) « Travail des traces en post-partum immédiat : le blues des quarante jours », in P. Ayoun (dir.), *Les traces de l'archaïque*, érès, « L'Ailleurs du corps ».

- SCHORE A. N. (2001) « The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health », *Infant Mental Health Journal*, vol. 22, n°1-2.
- TREVARTHEN C., AITKEN A. J. (2003-2004) « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », *Devenir*, vol. 15, p. 309-428.
- TRONICK E. Z., WEINBERG M.K. (1998) « À propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé : l'impossibilité de créer des états de conscience dyadiques », in P. Mazet, S. Lebovici, *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF.

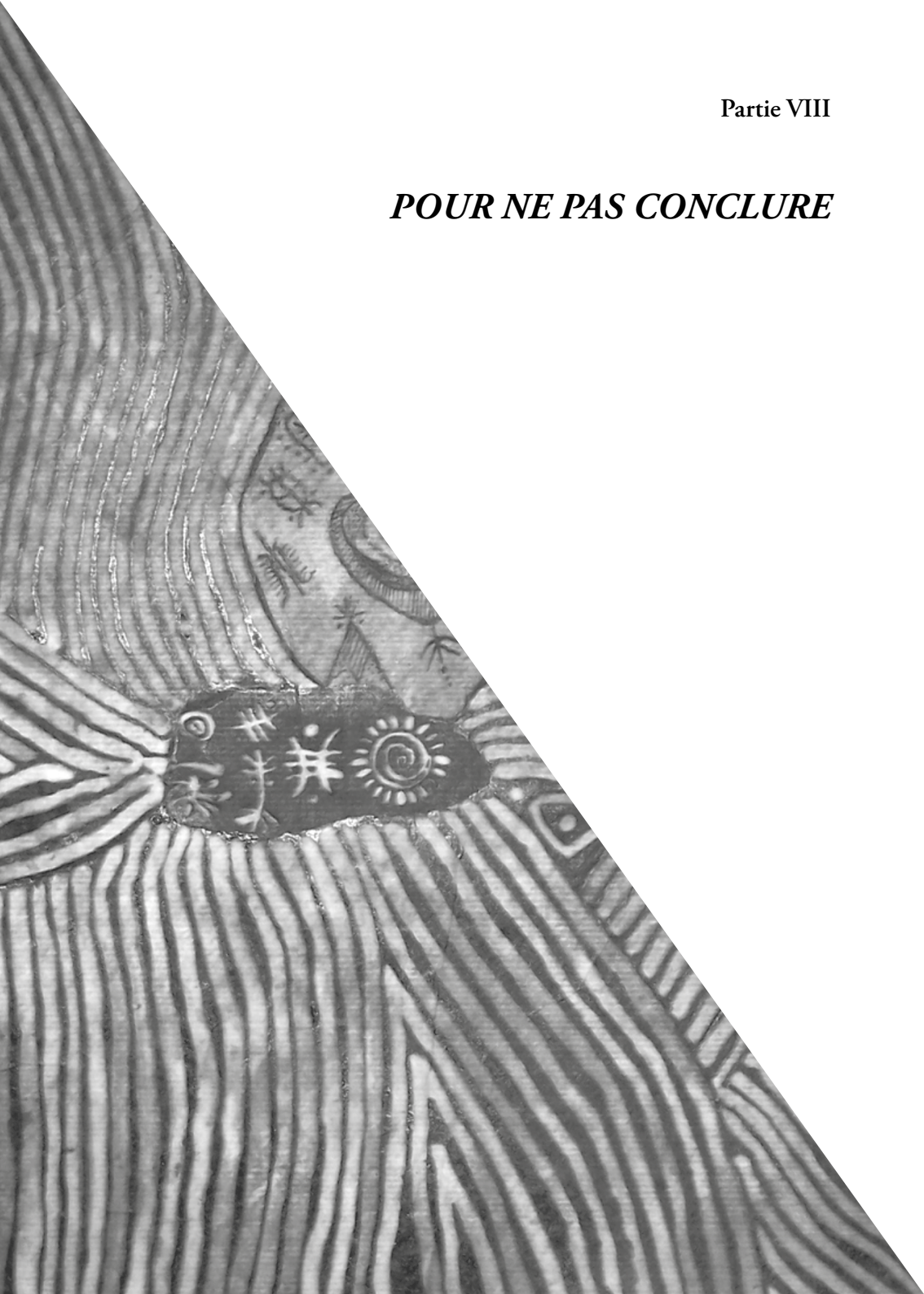
BIBLIOGRAPHIE PERSONNELLE DE L'AUTEUR

- ROCHETTE-GUGLIELMI J. (2018) « Souffrances identitaires quant au genre », in F. Joly, R. Martinez (dir.), *Corps et Psyché*, Paris, In Press.
- _____. (2016a) « Le bébé agent des états mentaux d'autrui », *Spirale*, vol. 76, n° 4, p. 77-85.
- _____. (2016b) « L'empathie « mutuelle » au cœur de l'expérience précoce : la douleur de l'incompréhension et le sens moral chez le bébé », in M. Dugnat, *L'empathie dans la relation de soin*, Toulouse, érès.
- _____. (2014a) « Le nouveau bébé du désordre épistémique : entre psychanalyse, développement et neuroscience », in M. Boubli, L. Danon-Boileau (dir.), *Le bébé en psychanalyse*, Paris, PUF, « Monographies et débats de psychanalyse ».
- _____. (2014b) « Psychopathologie de l'intersubjectivité précoce et développement d'une sémiologie dyadique » in P. Delion, S. Missonier, N. Presme (dir.), *Recherches en périnatalité*, Paris, PUF.
- _____. (2013a) « Séduire, transmettre, transformer : des formants de l'investissement maternel à une théorie du soin », in M. Dugnat (dir.), *Soigner, prendre soin du bébé et de ses parents*, Toulouse, érès.
- _____. (2013b) « De la paille au divan : ou la trajectoire neuropsychanalytique », in M. Dugnat (dir.), *Soigner, prendre soin du bébé et de ses parents*, Toulouse, érès.
- _____. (2012a) « L'entretien en périnatalité » in B. Chouvier, P. Attigui (dir.), *L'entretien clinique*, Paris, Elsevier.
- _____. (2012) « De la ritualité périnatale aux réseaux : une structure en analogon », *Spirale*, vol. 61, no. 1, p. 23-35.
- _____. (2012b) « De la paille au divan. Commentaires à partir du texte de Jean-Pierre Bourgeois », *Rhizome*, Revue de ORSPERE, 2012/1, p. 65-69.
- _____. (2011a) « La création de l'espace dyadique fondamental : un, deux, trois, « Soleil » ! Variations sur le « soi-reflet » » in M. Dugnat (dir.), *Féminin, masculin, bébé*, Toulouse, érès.
- _____. (2011b) « Figure, figuration, défiguration : « Les « joues rouges » ou la transmission de la honte », *Topique*, vol. 116, 139-154.
- _____. (2009) « Travail des traces en post-partum immédiat : le blues des quarante jours » in L. Ayoun, P. Ayoun, F. Drossart (dir.) *Les traces de l'archaïque*, Toulouse, érès
- _____. (2008) « Précarité et périnatalité précoce : quarante jours pour transformer le désordre aléatoire en « chaos organisé » », in J. Furtos (dir.), *Clinique de la précarité*, Genève, Elsevier-Masson.
- _____. (2007b) « La mélodie des émotions dans le post-partum immédiat : quarante jours pour accorder les violons », *Spirale*, n°44, p. 85-93.
- _____. (2006a), « Entre la naissance et le quarantième jour, émotion et temporalité dans le post-partum immédiat », in M. Dugnat (dir.), *Émotion autour du bébé*, Toulouse, érès.
- _____. (2006c) « Prévention et traitement des souffrances précoces dans le post-partum immédiat », *Canal psy*, n°75, p. 7- 12.
- _____. (2005) « Le temps du post-partum immédiat, une clinique du « qui-vive » et de l'après coup », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*; 53, p.11-18.
- _____. (2004b) « Médiation dans un groupe mères- bébés : le travail des attentions », *Bulletin de psychologie*, vol. 57, n° 4, 472,391-399.
- _____. (2003) « Le rituel, la mère et le bébé, un dispositif de soin en périnatalité : les groupes de présentation de bébés », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°40, p. 93-126.
- _____. (2002) *Rituels et mises au monde psychique : les nouvelles présentations au temple*, Toulouse, érès.
- ROCHETTE-GUGLIELMI J., MELLIER D., GRISI S., MARANDET A. (2010), « Hunting for Butterflies' in the Immediate Post-Partum : Reinforcing the Framework for Inter-Agency Care Using Observation According to Esther Bick's Method », *Infant Observation : International Journal of Infant Observation and Its Applications*, vol. 13, p. 79-187.

- ROCHETTE-GUGLIELMI J., MELLIER D. (2007a) « Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum : stratégies préventives pour un travail en réseau », *Devenir*, vol. 19, n° 2, p. 81-108.
- ROCHETTE-GUGLIELMI J., MELLIER D., GRISI S., MARANDET A. (2006b), « 'Chasse aux papillons' dans le post-partum immédiat : l'observation selon Esther Bick comme armature d'un dispositif de soin inter-institutionnel », *Perspectives psychiatriques*, vol. 44, n° 5, p. 394-400.
- ROCHETTE-GUGLIELMI J., MELLIER D. (2004a) « Prévention et soin dans le post-partum immédiat : un dispositif de collaboration inter-institutionnel entre psychiatrie périnatale et protection maternelle et infantile (PMI) », *L'Information psychiatrique*, 80, p. 651-661.
- DAYAN J., ROCHETTE-GUGLIELMI J. (2011) Hans, Ernest, Albert, les bébés de la science.

Partie VIII

POUR NE PAS CONCLURE



LES DISPOSITIFS EN PÉRINATALITÉ, COMMENT RÉALISER UN TRAVAIL DE LIENS ?¹

Denis MELLIER²

INTRODUCTION

Comment travaillons-nous en périnatalité? Comment penser la place des institutions et le rôle des réseaux dans ce domaine? Quel est la spécificité de nos dispositifs? Cette réflexion sur les dispositifs me concerne à plus d'un titre :

– en tant que coprésidents de la WAIMH-France, Michel Dugnat et moi avons été extrêmement sensibles au mouvement qui s'est créé à Besançon avec Sylvie Nezelof et l'équipe de l'unité père-mère-bébé de Besançon autour des dispositifs thérapeutiques des soins conjoints parents-bébé. Cela a été le coup d'envoi de l'idée de l'intérêt de faire se rencontrer les unités ambulatoires de soins conjoints parents-bébé. Ce rassemblement s'est très vite retrouvé convergent avec ce qui se fait depuis très longtemps du côté des équipes des unités hospitalières des soins conjoints (parents-bébé).

1. Texte reprenant la communication orale « Cadre, dispositif, institution et réseau, quels liens? » présentée aux journées « Soigner ensemble en (psy)périnatalité » à Marseille, le jeudi 19 septembre 2019. Mes remerciements à l'ARIP qui a pu porter ces journées, faire retranscrire cette communication par Christiane Souillot et la faire réécrire par Michel Dugnat.

2. Psychologue clinicien, professeur de psychologie clinique et psychopathologie, coprésident de la WAIMH France, une société scientifique centrée sur la vie psychique et la santé mentale du bébé. Contact : dmellier420@gmail.com.

– la question des dispositifs, ou du cadre, est extrêmement sensible pour notre profession de psychologues cliniciens. Nous nous devons d'être « tout terrain ». Quels que soit les lieux, espaces, temps, il est extrêmement compliqué de saisir les effets de l'inconscient pour pouvoir mettre au travail la vie psychique. C'est par exemple une question qui a été beaucoup posée, notamment dans la précarité avec Jean Furtos, et qui traverse l'ensemble de la psychanalyse, de son développement et de son extension. Comment arriver à travailler dans des zones où habituellement la place du psychologue n'est pas « paramétrée » ?

– c'est une question que j'ai initialement beaucoup rencontrée dans ma pratique de psychologue en crèche, puisqu'il y a une quarantaine d'années, les réunions étaient quasiment inexistantes et les temps d'observation rares ; ce n'est plus le cas maintenant et on sait à quel point ces lieux sont devenus tellement vivants, du point de vue de la prise en charge des enfants, de la réflexion, etc.

– enfin, comme enseignant, je la mets régulièrement à l'ordre du jour de la formation des psychologues cliniciens à l'université dans les masters. Elle est essentielle pour que ces étudiants puissent s'orienter dans les différents milieux institutionnels qui deviendront plus tard leur lieu d'exercice.

UN PROBLÈME

Nombre de dispositifs ont été mis en place sur les terrains. Je me situerai de manière un peu décalée par rapport à l'urgence de l'actualité pour essayer de penser comment ils fonctionnent. Comment cela marche-t-il ? Qu'est-ce qui fait que parfois on se dit : « ça y est, on met en place un groupe, ça marche, ça dure depuis un an, etc. », et que, d'autres fois, on met en place un dispositif où personne ne vient, il n'y a pas de répondant, le travail n'arrive pas à se faire. C'est une question brûlante pour tous les praticiens. On parle maintenant beaucoup de la souffrance au travail. Je pense que nous sommes effectivement profondément malmenés par les restructurations, les changements d'organisation du travail et la précarité des emplois. Une des raisons pourrait aussi se formuler ainsi : « comment peut-on avoir une certaine satisfaction dans notre propre travail » ? Il y a des choses que l'on peut travailler, d'autres pas, des choses extrêmement sensibles, surtout dans le travail avec le bébé. Le soignant est « à risque »

notait il y a bien longtemps Michel Soulé pédiatre, pédopsychiatre, psychanalyste. Le bébé mobilise chez nous des élans affectifs intenses, mais aussi une profonde culpabilité quand nous nous sentons impuissants. On a tendance « à tout accepter », on a un grand cœur et puis arrive un moment où on n'arrive plus à travailler raisonnablement. C'est une impasse. À ce moment-là, la présence des autres, la présence d'une « vraie » équipe est essentielle. On ne peut envisager ces dispositifs sans le travail d'équipe.

Je propose ici quatre pistes pour réfléchir à ce problème :

- un aspect d'abord plus théorique sur les notions de cadre et de dispositif à partir du modèle de la psychanalyse et de la consultation,
- un second point du côté de ce que l'on appelle dans notre jargon le « travail des liens ». Le bébé, la mère, les parents, le père : on peut entrer dans le soin par la « porte » du bébé, par celle de la mère, mais notre but n'est-il pas finalement *le lien potentiel* qui va pouvoir enfin se développer *entre eux* ? Une rencontre peut avoir lieu, mais celle-ci se fait aussi bien du côté de l'un que de l'autre, et nous, professionnels, allons « entrer » plutôt avec l'un, plutôt avec l'autre. Par contre, la place que nous aurons est déterminée par la situation intersubjective de fond qui caractérise la périnatalité, le besoin d'étayage,
- un troisième point, celui des qualités propres à ces dispositifs. Ce n'est pas un problème spécifique à la périnatalité. Il est commun à tout dispositif qui tente de contenir des souffrances très primitives,
- le dernier point, sur les réseaux. Ce dispositif-là a prouvé ses effets positifs. Françoise Molénat a beaucoup œuvré pour des textes qui les définissent et pour que soit reconnue l'existence de ces réseaux. Il s'agit d'un dispositif à la fois ancien et nouveau sur lequel il faudrait que nous réfléchissions plus. C'est une voie centrale pour arriver à tisser des liens autour du bébé, quelle que soit notre place de professionnel, que cela soit en psychiatrie, en pédiatrie, en maternité, en crèche, en PMI, à l'ASE, à domicile ou ailleurs...

CADRE ET DISPOSITIF, QUEL MODÈLE POUR LE SOIN ?

La question du cadre et des dispositifs n'est pas non plus une question simple à traiter, et elle est apparue centrale pour la psychanalyse depuis plusieurs décennies. Didier Anzieu a beaucoup compté pour nous dans la

mesure où il s'est rendu compte que le cadre psychanalytique (avec son *setting* traditionnel « divan-fauteuil » et la place privilégiée accordée aux associations libres de mots) risquait de mettre en difficulté certains patients. Il a introduit l'idée d'un *aménagement du cadre*, c'est-à-dire d'une réflexion sur ce qui permet de symboliser dans la cure. Dans sa forme classique, la cure permet une symbolisation à partir du moment où l'on peut parler, associer avec des mots, revenir sur son propre passé, transférer des éléments de son passé au présent, etc., bref se situer dans un processus « d'historisation » fondé sur une certaine construction de « l'absence » comme représentation. La problématique est bien différente quand dominant les effets de traumatismes précoces, de fractures psychiques ou de blessures narcissiques ouvertes. Dans ce dernier cas, le sujet ne peut « reproduire » en représentation ces situations anciennes car il les vit constamment « au présent » dans son actualité. Il est terrible de ne pas pouvoir « symboliser » ces éléments extrêmement intenses, ni les métaboliser. Le sujet est dominé par des anxiétés, des réactions, des agirs, des somatisations, des souffrances qui sont très loin de pouvoir être mises en mots et associées à d'autres expériences passées. On pourrait dire que font défaut les maillons intermédiaires pour parler. Il faut d'abord pouvoir éprouver ce que l'on a vécu, se le « représenter » au moins comme une souffrance, comme personnelle. Dans les situations traumatisantes, il faut que le sujet puisse passer par un ressenti, par une « re-connaissance », par *des affects* pour qu'à un moment donné il puisse se rendre compte que c'est effectivement « son » *expérience* et qu'il va peut-être pouvoir en parler, peut-être adresser une demande à un autre. Dans ces situations d'extrême difficulté, les sujets, paradoxalement, n'ont pas de demande, et c'est là, je crois, que la question du dispositif est centrale.

Les cadres de soin construits sur le modèle de la cure supposent *une demande* et un degré suffisant de symbolisation par la parole comme y a insisté le psychanalyste lyonnais René Roussillon. C'est un cadre où une demande se formule, où le sujet peut reproduire des choses, parler, etc. Il y a perception d'une difficulté, prise de conscience d'un besoin d'aide. Dans les situations extrêmement compliquées que nous rencontrons tous, nous savons que cette demande est très précaire, voire complètement inexistante dans son intentionnalité manifeste. La personne dit « non, non, moi pas de soucis, pas de problème », alors que tout le monde ressent qu'il y a effectivement une difficulté, alors qu'elle « transpire » parfois d'angoisse,

alors que c'est l'entourage et le bébé qui peuvent faire les frais de cette attitude.

Cela signifie que ce sera aux autres, à un autre, de porter ces souffrances. Nous ne sommes pas là dans le même paradigme que celui de la cure. Ce n'est pas le paradigme du « j'attends la demande et je vais la travailler, la personne va parler et élaborer », non ! Nous sommes dans *un autre paradigme* où l'on pourrait dire qu'il faut que je sois suffisamment disponible pour que cette personne vienne déposer quelque chose, pour qu'elle puisse être suffisamment « reconnue ». Cet autre paradigme fait que l'objectif ne va pas être de chercher tout de suite le sens des « symptômes » par rapport à des éléments que je pourrais retrouver. On est plutôt du côté de « prêter attention, ouvrir sur soi, sur l'autre » : « Que se passe-t-il ? Pourquoi ne comprend-on pas ? ». Bref, du côté d'une *offre de soin*.

En deçà de « l'interprétation » des éléments historiques, il est nécessaire de « développer l'attention » ce qui pose la question de l'observation. Ce paradigme est extrêmement important et bien sûr présent en psychothérapie. Il est « puissant » du point de vue du travail psychique de réception de la souffrance, de sa contenance et de sa transformation. La réflexion sur les dispositifs doit nous permettre aussi d'arriver à justifier et à expliciter notre travail, à valoriser des temps peu codifiés, à prendre en compte tout notre travail informel, quand les risques du découragement, de la lassitude, de l'emballement ou de l'épuisement nous guettent.

SOUFFRANCES PRIMITIVES, TRAVAIL DE LIEN ET ÉTAYAGE

L'attention dans la mise en lien

Dans le « *travail de lien* », quand la souffrance est diffuse, « primitive » (*cf.* les relations « primitives » que le bébé a avec sa mère quand il n'a pas encore pleinement conscience d'être séparé d'elle), il va falloir trouver des repérages, des portes d'entrées, des indices, des modalités de faire lien, de réceptionner cette souffrance. Ceci peut se faire dans des dispositifs très variés, répondant à des conceptualisations théoriques différentes. Un très rapide survol de tout ce qui est psychothérapie avec les bébés montre différents modèles : Françoise Dolto qui parlait directement aux bébés, la psychanalyse de l'enfant avec la forte influence de Mélanie Klein et de

Donald W. Winnicott sur Didier Houzel, le courant des interactionnistes avec Serge Lebovici, Bertrand Cramer, maintenant la guidance interactive, les travaux sur la thérapie familiale, le groupe ethno-psychiatrique avec Marie-Rose Moro ou bien tous les groupes à médiations (groupes berceuse, contes, massages, etc.). Dans chaque dispositif un « travail de lien » peut s'effectuer du côté d'une mise en liaison de souffrances qui envahissaient l'individu, les espaces, les possibilités de penser.

Dans ce *travail d'attention*, le bébé est prioritaire mais il implique tout son entourage. Le bébé est révolutionnaire dans la mesure où, en naissant, il bouscule la place de chacun. Bien sûr, lui-même va devoir se « révolutionner », trouver une autre « orbite » parce qu'il n'est plus *in utero*, qu'il découvre la faim, le besoin de sommeil, la dépendance à son environnement, ces différents attracteurs qu'il va rencontrer, etc., mais il est aussi « révolutionnaire » dans la mesure où il va faire « bouger » les places autour de lui, chacun l'investissant différemment.

Quand le bébé grandit, les personnes autour de lui vont tisser des liens avec lui. Autrement dit, il n'y a pas, d'un côté, un bébé qui se développe et, de l'autre, un parent plus ou moins compétent. Nous sommes dans un *processus mutuel et concomitant*. Nous, adultes, devons identifier le bébé et le bébé va s'identifier à nous. Chacun est déstabilisé du point de vue de son propre *self*, de son être au monde, qu'il devienne maman, papa, grand-mère, grand-père, oncle, tante, etc. Pourtant à un moment donné, ce bébé, l'identifier, ce sera dire ou penser qu'il est comme ci, comme ça, qu'il ressemble là à sa mère, ici au grand-père, etc. Cette identification du bébé fait qu'il va s'identifier aussi à nous, fait qu'il va devenir et va travailler cette identification avec nous. *Toute une famille s'organise et se réorganise avec le bébé*, ce dont il faut bien avoir conscience. On a trop vu, et on voit toujours trop le bébé seul. Il est question de sa maman auquel on va ajouter le père, mais cela ne suffit pas : c'est un groupe qui reçoit un bébé, une institution, une famille, avec toute une histoire, qui lui préexiste. Des aspects se transmettent de générations en générations et la naissance, formidable événement, impacte toutes les familles et en tout, qu'on le veuille ou non. Les enjeux de *transmission intergénérationnelle* sont vitaux. L'accouchement est un événement qui a été un risque vital depuis toujours et ce n'est que tout récemment dans l'humanité que les femmes risquent moins leur vie et que la mortalité infantile a considérablement diminuée, au moins en Occident. Ce « poids » de la vie/de la mort fait

que la naissance est un moment de transmission intergénérationnelle extrêmement fort.

Étayer selon les besoins

Nous professionnels, sommes là pour que « normalement » la famille, les parents soient étayés. Dans les sociétés traditionnelles, toute la communauté ressert ses liens à la naissance. Il n'y a que dans notre monde occidental que l'on trouve des personnes seules avec un bébé. *Cet isolement est dramatique*. Un peu comme quelqu'un qui pratiquerait seul de la plongée sous-marine, sans aucun rappel, sans avoir un autre qui vous permette de remonter et vous attende à la surface ; nous devons être « encordés », alliés les uns aux autres, pour permettre de plonger dans ce monde extrêmement complexe qu'est le nouveau-né. Celui-ci nous renvoie des éléments de sensorialité perdus depuis fort longtemps, éléments que nous devons pourtant identifier pour lui permettre de grandir. Ses premières « peaux psychiques » proviennent du travail tissé durant cette première période de sa vie. Dans les « 1000 » premiers jours dont il est désormais assez question, les 40 jours du post-partum immédiat jouent un rôle capital comme l'a montré, à sa façon et après des ethnologues, notre collègue psychologue et psychanalyste lyonnaise Joëlle Rochette.

Le bébé est en effet pour nous un « étranger » à sa naissance. Sa venue au monde suscite des émotions intenses qui frisent le merveilleux, le divin, tout en laissant entrevoir des marques étranges, bizarres, peu dicibles. Ces aspects-là sont travaillés dans l'étayage périnatal des parents. La mère doit pouvoir s'appuyer sur le père, sur ses propres parents ou sa famille, le père également. Il en va de même pour les frères et les sœurs qui sont aussi pris par ces sentiments contradictoires et qui peuvent très vite se sentir responsables du bébé, de ses pleurs. En tant que professionnels, nous nous situons à portée de cet étayage, disponibles. Il s'agit d'être présent, de *répondre présent*, d'être un répondant.

Une mère isolée, des parents isolés, - on peut se sentir très seul à deux, même avec internet et son téléphone portable -, c'est un parent qui va « s'accrocher » à son bébé, au lieu que ce soit celui-ci qui puisse, sans contrainte, trouver son parent. Cette question de la présence est, je crois, la caractéristique « basique » d'un dispositif d'offre de soin en périnatalité. Pouvoir être présent, c'est recevoir potentiellement ce qui pourra se construire

comme lien, recevoir les manifestations de détresse du bébé, s'inscrire dans des liens en souffrance, être capable d'écouter, permettre que quelque chose « fasse signal » et que tout cela puisse se transformer en sens pour les uns et les autres. Cela rejoint ce que décrit le pédopsychiatre et psychanalyste lillois Pierre Delion pour les équipes. Elles doivent d'abord assurer une « fonction phorique », porter la souffrance des patients, elles peuvent ensuite avoir une « fonction sémaphorique », traduire en signes ce qui était peu visible, ceci avant de décoder ces signes pour comprendre le pourquoi avec leur « fonction métaphorique » de trouver/construire un sens, un lien.

Dans tous ces dispositifs, il y a des *gradations selon le besoin d'étayage de la famille*. Il y a le petit étayage ponctuel d'un parent qui a besoin d'une chose ou d'une autre, l'étayage un peu plus important où il faudra agir, intervenir et parfois des étayages, des étais, qu'il faut construire d'une manière plus pérenne, institutionnelle, car l'institution familiale ne suffit pas, voire s'avère nocive. L'urgence est malheureusement beaucoup plus présente quand les défaillances d'étayage sont importantes, la famille ayant résisté à tout demande d'aide. La pluriprofessionnalité est de mise. L'offre de soins doit être, par définition, « *graduée et coordonnée* ». Problème de correspondance entre les besoins du bébé et de sa famille et les ressources des professionnels...

Comme professionnels, nous représentons ainsi pour les parents « la génération d'avant », celle qui a déjà eu l'expérience d'être parent. J'ai coutume de dire que nous sommes, quel que soit notre âge, dans une position de grands-parents en périnatalité. Les parents nous attribuent inconsciemment les fonctions que ceux-ci remplissaient pour les générations passées. En crèche, par exemple, j'entends souvent dire qu'il y aurait une rivalité entre tel professionnel et tel parent, comme s'ils se « disputaient » la « bonne » place auprès du bébé. Ce qui se rejoue là est souvent le rapport que les parents ont avec leurs propres parents, ou qu'ils ne peuvent pas avoir avec eux... Hypothèse que je soumets à la réflexion du lecteur.

LES CARACTÉRISTIQUES DES DISPOSITIFS D'OFFRE DE SOIN

Ces dispositifs ont leurs qualités attractives : la pluriprofessionnalité et le fait que les professionnels vont « faire signal d'alarme » et « aller vers » le parent en situation difficile. Ils dépendent aussi, et on ne s'en rend pas

toujours compte, des possibilités qu'une société accorde aux parents pour concilier le travail et la famille après la naissance.

De la nécessaire séduction

Ils peuvent aussi apparaître à l'opposé de ce qui est classiquement appelé « dispositif thérapeutique de consultation ». En effet l'offre de soin peut avoir *un aspect un peu séducteur, attractif, pro-actif*. Si les parents n'ont pas envie de venir, si on ne les aguiche pas (excusez cette expression ...), ils ne répondent pas, tout simplement parce que nous sommes dans une situation avec ces souffrances primitives où la question du plaisir est très confuse. Il nous faut ranimer le désir. La présence du *désir des soignants* est ici extrêmement importante pour permettre aux parents de déposer leurs souffrances. Des enjeux pulsionnels existent entre le bébé, sa mère, sa famille et avec les personnes avec qui nous travaillons. Ne pas s'en cacher, cela fait partie du travail. Il faut prendre en compte ces aspects et se donner les moyens de ne pas pervertir les situations, en installant et soutenant des espaces pour élaborer notre investissement, notre positionnement.

De la pluridisciplinarité

Elle est par essence présente parce qu'il n'y a pas de distinction initiale claire dans les possibles besoins ou demandes : est-ce psychologique, social, médical ou éducatif? Bien souvent ces dimensions sont tellement intriquées que les différences ne peuvent se construire qu'après coup, notamment la dimension psychique.

Si quelqu'un se noie, ne va pas bien, ce n'est que plus tard qu'on se dira « oui, c'est psychologique, cela vient de l'histoire que j'ai pu avoir », ou « j'ai besoin en fait de telle aide au niveau social » etc. Quand la personne coule, ses souffrances - c'est ce qui les caractérise - ne sont pas « psychiques » encore au sens d'une « angoisse ». Elle est submergée, et ne sait pas pourquoi. Tout est bon alors pour pouvoir l'étayer, tout est bon du point de vue des différentes réalités qui peuvent l'aider. Ces réalités très diverses impliquent les différents professionnels. Cela suppose qu'ils pensent ensemble le soin le plus judicieux dans l'immédiat et à plus long terme.

De « l'aller vers »

Autre aspect caractéristique de cette offre de soin que cette dimension, mieux perçue actuellement, d'aller au-devant des personnes, de mettre en place quelque chose, de se déplacer, de ne pas attendre que la situation empire. La pratique, par exemple, des visites à domicile s'est développée, mais aussi la venue d'un professionnel d'une institution dans une autre institution (entre la PMI, la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, entre différents services hospitaliers, avec les lieux d'accueil, l'ASE, les TISF etc.).

Du problème de la demande des parents

Ces dispositifs doivent encore pouvoir rendre présents les affects déniés face aux souffrances trop intenses en périnatalité. Le soignant va souvent tirer la sonnette d'alarme, être inquiet par rapport à une mère, par rapport à un bébé qui ne pleure même pas. En se faisant *signal d'alarme* pour le bébé, il porte une saine inquiétude. La situation familiale traumatique fait qu'il y a une sorte de paralysie, ou de crise, entre les personnes. Cette situation gèle l'expression d'une inquiétude réaliste pour le bébé.

Du cadre social

Nous ne devons pas négliger le cadre social qui permet aux parents et à leur famille d'être plus ou moins disponible pour leur bébé. Le congé maternité, les congés parentaux, sont un élément important dans l'équation de la périnatalité. Une mère qui sait qu'elle va devoir reprendre le travail 2 mois et demi ou 3 mois après la naissance de son enfant a des réactions particulières. Avec un petit peu plus de temps, elle sera dans une situation plus confortable quant aux enjeux de la séparation. Quand le bébé n'a pas encore conscience de la séparation (ce qui est son cas à 10 semaines, quand prend fin la durée légale du congé maternité), c'est beaucoup plus compliqué. La séparation risque d'être une rupture, un arrachement. Il y a alors un *gros travail psychique* qui est imposé à tous : parents, professionnels et enfants.

Cette situation sociétale est propre à la France et à la Belgique. Dans les pays nordiques où les congés sont considérés comme extrêmement « longs » chez nous, alors qu'ils sont seulement, en fait, « normaux », les femmes travaillent le plus souvent autant ou plus qu'en France et peuvent,

comme les pères, beaucoup mieux concilier le travail et le fait d'être avec un bébé. C'est une sécurité sur laquelle la théorie de l'attachement rejoint complètement la psychanalyse. Et elle a une dimension sociétale.

Qui travaille en périnatalité doit prendre en compte ces éléments car ils induisent des tensions et anxiétés au sein de la famille qui vont perdurer et risquent de se pérenniser. Cela implique une attention aux conditions sociales des parents, en amont en maternité, mais aussi à la sortie de la maternité, autour de la reprise du travail et tout au long de ces premières années où le bébé est complètement dépendant de son entourage.

LES RÉSEAUX, « FAIRE ENVELOPPE » AUTOUR DU BÉBÉ ET DE SA FAMILLE

En périnatalité, par essence, on travaille en réseau, avec le corps, avec la psyché et différents besoins, sociaux, médicaux, éducatifs, psychologiques. Ces dispositifs impliquent de « *faire équipe* » autour d'une situation, de la contenir, de créer « une enveloppe » d'autour d'elle grâce à un travail en réseau.

Les *réseaux* sont ainsi logiquement au cœur du travail en périnatalité. Ce n'est pas par hasard qu'ils se développent en périnatalité, mais aussi en cancérologie, en gériatrie, autour du sida et de différentes maladies, pas un hasard si les expériences de réseaux sont de plus en plus essentielles en périnatalité. Le réseau permet l'étayage multiple dont ont besoin les parents et leur bébé pour se développer. Leur théorisation n'est pas facile, j'essaierai ici de les situer du côté du travail des équipes et du cadre institutionnel.

Des réseaux, des institutions et de leurs relations

Je vais être provocant. Rappelons d'abord que les institutions ne sont pas faites pour le travail en réseau : la crèche est faite pour accueillir les enfants, l'hôpital pour les soigner, la PMI pour protéger, etc. Ces institutions ont été créées à une époque où toutes ces tâches étaient bien séparées les unes des autres. Nous avons ainsi en héritage un *cadre institutionnel* qui a organisé ces tâches et qui perdure, mêmes si ces tâches se sont diversifiées, complexifiées.

À côté de ceci, nous avons au niveau sociétal un fort *courant managérial*, gestionnaire et de marchandisation qui voudrait faire « table rase » de ce « vieux monde » et « s'autocréer » autour de problèmes très fonctionnels, coupés de leurs dimensions historiques et relationnelles. Les équipes ont

ainsi à faire face à *cette double pression, interne* quant à leur propre cadre institutionnel, *externe* quant à leur insertion dans des organisations gagnées par le néo-libéralisme.

Il faudrait s'attarder longuement le problème de la psychopathologie, des institutions, des groupes et des équipes pour bien le présenter. Arrêtons-nous sur un point, qui me paraît essentiel. Pour schématiser, disons que s'il y a trop d'angoisses, d'anxiétés ou de troubles, nul n'arrive à travailler. Ces tensions-là, on va les projeter, les déposer, les « immobiliser », c'est-à-dire neutraliser leurs effets délétères, s'en protéger parce qu'*on ne peut pas les « contenir »*, les penser, les transformer. Par exemple, à l'hôpital, si on était toujours en empathie avec tous les patients et leurs souffrances, on ne pourrait plus fonctionner, on ne pourrait plus assurer un soin somatique, médical. Donc, que se passe-t-il ? Nous nous sommes coupés de nos affects quelque part, car on ne peut pas être « au four et au moulin ». Des peurs, des anxiétés sont mises de côté, « sous le tapis ». Nous nous coupons de certaines angoisses car sinon elles nous envahiraient et contribueraient à installer un climat de crise, d'insécurité, de conflits et d'empiétement des espaces psychiques les uns sur les autres. Toutes les institutions ont des dénis communs aux agents par rapport à certaines angoisses, peurs ou anxiétés. S'il n'y en avait pas, les équipes ne pourraient pas travailler : elles ont besoin de telles *défenses institutionnelles*. Les équipes, qui doivent lutter contre ce risque d'envahissement, développent un fonctionnement collectif qui permet de gérer, d'être en interaction, de parler et de travailler dans certaines limites, implicites et inconscientes.

Au début d'un partenariat pour une équipe avec une autre institution, cette autre institution a une autre manière de traiter ces angoisses, ces peurs. Ce qui veut dire que si, à un temps *t*, j'élabore des choses avec des collègues et partenaires, cela risque de bouleverser les alliances que je peux avoir au sein de ma propre équipe et de son cadre institutionnel. Je vais introduire en plus des problèmes que mon équipe, d'une certaine manière, avait mis de côté. *Travailler en réseau est extrêmement coûteux* du point de vue de l'énergie des équipes parce que cela signifie qu'elles ont à se décentrer d'une certaine manière de leur propre institution, de leur propre cadre institutionnel. Chaque équipe doit revisiter son projet en réalisant un vrai travail groupal, en interne, sinon il y a risque de scission de ceux de ses membres qui vont travailler en réseau.

De la deuxième vague des réseaux

Bien sûr, il y a maintenant des réseaux créés dès le départ de manière interinstitutionnelle, dans la seconde vague des réseaux, celle des réseaux de partenariats. Ils peuvent être plus organisés, avec des personnes nommées directement sur/par le réseau pour coordonner plus facilement les différentes institutions impliquées. Mais cela ne met pas à l'abri le réseau d'une psychopathologie groupale. Par exemple, la tenue d'une réunion interinstitutionnelle peut entraîner des clivages entre celui qui n'est pas invité mais qui s'invite par rapport aux autres, entre le groupe et certains que l'on oublie, sans compter les projections sur les uns et les autres, chacun défendant « son bébé » ou « son parent », sans parfois beaucoup de recul. Les réseaux sont aussi pris par ces mouvements, ce qui suppose des temps de recul par rapport aux temps d'action avec les familles et les bébés. Françoise Molénat a développé d'un travail passionnant à ce sujet à partir des reprises de cas complexes qui vont plus loin que les traditionnelles études de cas. Ce modèle est très pertinent et significatif car dans le travail en réseau personnalisé, c'est notre propre attention qui est sollicitée et celle-ci a une fin, elle se fatigue. Il y a lieu, ensemble, de maintenir vivant le travail de lien, sinon l'ennui ou le *burn-out* nous gagne.

Travailler avec d'autres implique de redéfinir notre attitude et, pour cela, il nous faut, à nous les professionnels, des espaces pour pouvoir penser. Dans une situation familiale extrêmement compliquée, si nous n'arrivons pas à émettre des hypothèses entre nous pour les vérifier ou les invalider, c'est-à-dire en essayant de comprendre ensemble, nous n'arriverons pas à supporter le choc de poussées parfois extrêmes, de forces puissantes qui nous dépassent. Chaque professionnel vit avec, en tête, des situations qu'il ne comprend pas.

Pour qualifier ce travail, j'ai introduit l'idée d'espace *de contenance* et de « dispositifs à double-détente ». Il y a d'une part le temps ciblé avec les familles, avec le bébé, sur le terrain, et d'autre part le temps sans eux, entre professionnels qui pouvons traduire en émotion notre vécu, mettre à l'épreuve des hypothèses et ranimer notre attention, voire notre désir, pour ensuite à nouveau retourner sur le terrain. Ces temps de partage sont à mon avis un pendant nécessaire à tout dispositif direct au contact des bébés et de leur famille. Il s'y agit de travailler l'attention, la contenance, la parole. Ces temps permettent l'élaboration des situations et ceci même,

ou surtout, si ce n'est pas toujours bien compris par les gestionnaires ou responsables administratifs. Ils permettent aussi de s'oxygéner, de donner/trouver du sens, d'interpréter, de penser, pour retourner sur le terrain.

Il faudrait qu'il y ait plus de ces temps de va-et-vient entre des dispositifs très différents, certains plus liés à l'attention directe auprès du bébé et du parent mais d'autres plus liés à la réflexion clinique, aux hypothèses de ce qui aurait pu se passer entre eux et pour nous.

Des parcours de soin

Une troisième forme de réseau se met actuellement en place au niveau local, les « parcours de soin ». Le risque de ces parcours de soin est de se réduire à une simple modalité technique. À la limite, on pourrait s'y passer du bébé – ou se passer le bébé- puisqu'après tout, il suffit d'avoir telle personne puis telle autre, puis telle autre et le parcours est fait. La difficulté des parcours, c'est ainsi l'effacement de la *dimension transférentielle* présente dans tout soin. Si le parent dépose quelque chose chez un professionnel et que tout à coup, pour différentes raisons, il se trouve déporté sur une autre personne puis encore une autre, n'y aurait-il pas quelque chose du *sens du soin* qui risque de se perdre? Dans le logiciel du parcours, s'introduit peut-être une référence « technique », mais cette personne saura-t-elle se mobiliser, trouver des ressources, internes et externes, pour « porter » la potentielle demande du parent? C'est une question absolument centrale. La référence et la confiance entre les uns et les autres passent par les *relations humaines* que les personnes ont les unes avec les autres, le travail d'équipe en arrière-fond est essentiel.

POUR CONCLURE, (FAIRE) RECONNAÎTRE L'INTÉRÊT DE TISSER DES LIENS

Nous devons aller ensemble du côté de la reconnaissance de tous ces dispositifs, formels ou informels, qui se sont créés « par la force des choses » pour savoir comment ils marchent, pourquoi ils sont apparus, et comment ils peuvent perdurer. Nous avons besoin de ces temps.

Nous devons aller du côté d'une reconnaissance de la spécificité de ce type de travail, *qui fait enveloppe*. Un peu comme s'il fallait faire un tissage pour permette que ces liens, qui n'arrivent pas à se transformer au

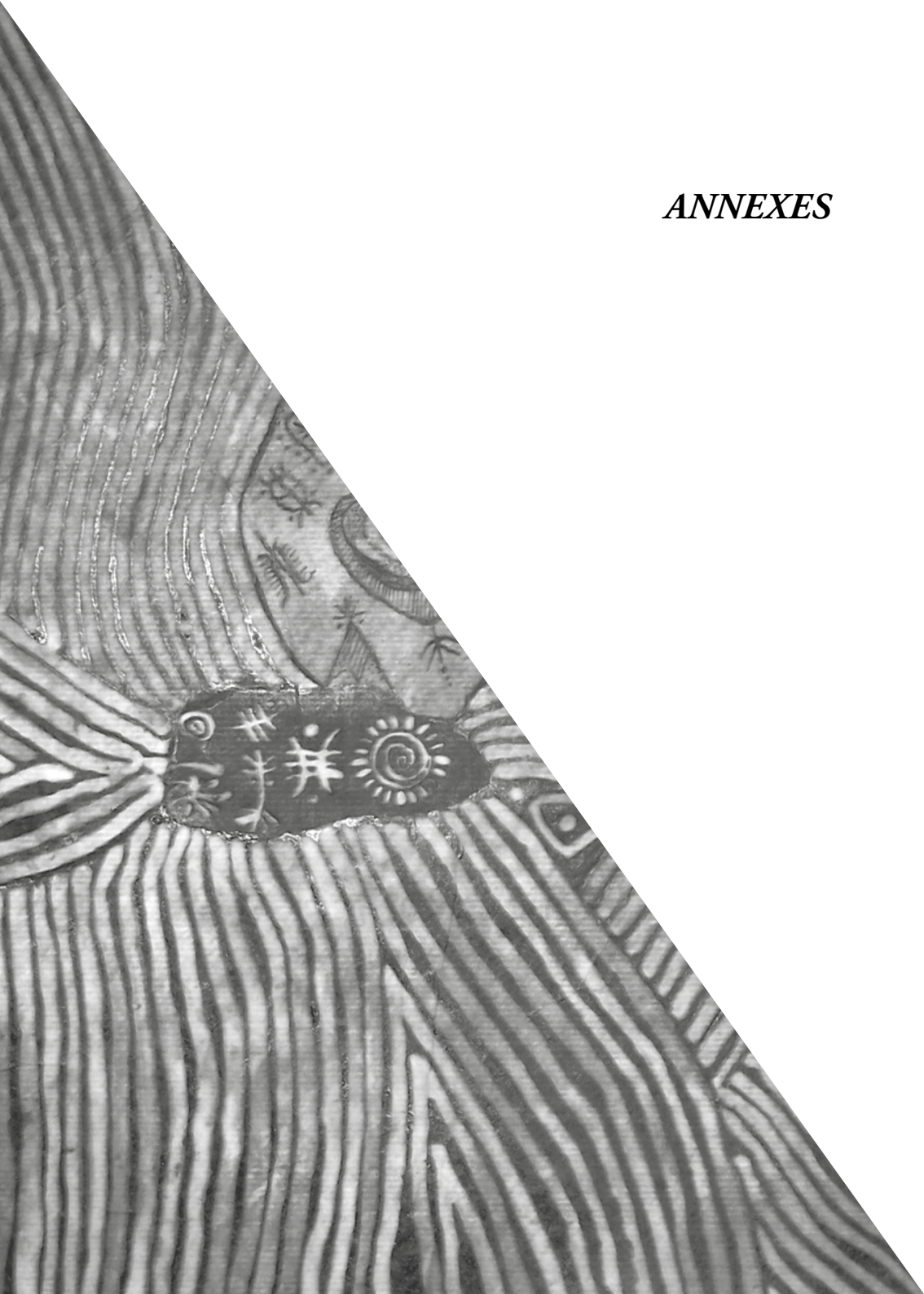
sein même d'une famille, entre le bébé, sa mère et son père, deviennent potentiellement présents. Nous essayons, non pas de faire à leur place mais d'apporter un étayage, des conditions pour que ce tissage ait lieu. Quitte à être bien sûr plus tard complètement oubliés, ce qui est le propre de tout environnement auquel chaque sujet a droit.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D. (1986) « Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 2, p. 12-24.
- ANZIEU-PREMMEREUR C., CORNILLIOT-POLLACK M. (dir.) (2003) *Les pratiques psychanalytiques avec des bébés*, Paris, Dunod.
- APPELL G., TARDOS A. (dir.) (1998) *Prendre soin d'un jeune enfant. De l'empathie aux soins thérapeutiques*, Toulouse, érès.
- AUBERT A., SCELLES R. (dir.) (2007) *Les dispositifs de soin au défi des situations extrêmes*, Toulouse, érès.
- DELION P. (2018) *Fonction phorique, holding et institutions*, Toulouse, érès.
- DUGNAT M. (dir.) (2018), *Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)*, Toulouse, érès.
- FURTOS J. (2008) *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Paris, Masson.
- GOLSE B. (2019) « Les réseaux de périnatalité, faciles à créer, difficiles à maintenir vivants », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 2, n° 73, p. 17-26.
- GUSTIN P. (2015) *Le temps des naissances en souffrance*, Paris, PUF.
- KAËS R. (2012) *L'extension de la psychanalyse*, Paris, Dunod
- MELLIER D. (2017 [2000]) *L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés*, Paris, ESF, nouvelle édition en 2002, Toulouse, érès.
- _____. (2005) *Les bébés en détresse, travail de lien et intersubjectivité. Une théorie de la fonction contenante*, Paris, PUF.
- _____. (2015) « Géographie familiale et risque d'implosion : le berceau psychique familial », in _____. (dir.) *Le bébé et sa famille. Place, identité et transformation*. Paris, Dunod.
- _____. (2018) *La vie psychique des équipes. Institution, soin et contenance*, Paris, Dunod.
- _____. (2019) « Souffrances primitives, réseau et travail d'équipe », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 2, n° 73, p. 47-60.
- _____. (dir.) (2011) [2001] *Observer un bébé : un soin*, Toulouse, érès.
- MELLIER D., DUGNAT M., BELOT R.-A., NEZELOF S. (dir.) (2019) *Quelles psychothérapies pour bébé?* Toulouse, Érès.

- MOLÉNAT F., TOUBIN R.-M. (2001 [1996]) « Vers des réseaux de soins précoces », in M. Dugnat (dir.) *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins?* Toulouse, érès.
- ROCHETTE J. (2002) *Rituels et mise au monde psychique, les nouvelles présentations au Temple*, Toulouse, érès.
- ROUSSILLON R. (2009) « L'associativité », *Libres cahiers pour la psychanalyse*, vol. 2, n°20, p. 19-37.
- SIMON A. (2017) *La psy qui murmurait à l'oreille des bébés*, Paris, Dunod.
- SOULÉ M. (dir.) (1986) *Les Soignants à risques dans les interactions en faveur de la petite enfance*, Issy-les-Moulineaux, ESF.
- VASSE D. et al. (1995) *Se tenir debout et marcher. Du jardin œdipien à la vie en sécurité*, Paris, Gallimard.
- VENNAT D., BELOT R.-A., CAPPONI I., MELLIER D. (2018) « Le défaut de soutien familial dans l'immédiat post-partum : quels impacts sur l'émergence de la détresse maternelle? », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 66, n°6, p. 370-381.

ANNEXES



**DISPOSITIFS DE SOINS CONJOINTS
PARENTS-BÉBÉ AMBULATOIRES
ET HOSPITALIERS
DE L'AIRE FRANCOPHONE EN EUROPE
RÉPERTOIRE ALÉATOIRE DES RESSOURCES AUGMENTÉ**

Avertissement

Il n'existe pas de définition rigoureuse des unités de soins conjoints parents-bébé ambulatoires comme hospitaliers. On entendra ici par là soit un dispositif ressortant du secteur sanitaire, soit un dispositif partenarial dont au moins une des institutions ressort du sanitaire. Le critère pourtant utilement discriminant de l'existence d'une unité fonctionnelle spécifique avec un praticien hospitalier responsable n'a pas été retenu, pour faire place à quelques-uns des dispositifs intégrés dans des CMP (il en existe sans doute de nombreux autres dont le recensement est en cours). Il n'a pas non plus été tenté d'établir une typologie raisonnée de ces dispositifs qui sont, on le sait, le fruit d'histoires toujours singulières. Il faut préciser en particulier que l'icône VAD désigne parfois une capacité d'intervention à domicile plutôt qu'une équipe mobile¹.







1. L'extraordinaire vitalité des lieux d'accueil enfants-parents (plus de 1600 en France soutenus par la CNAF) ne se donne pas à voir dans cet annuaire, les institutions à type centre maternel ou parental dont le rôle reste injustement méconnu non plus.

Nous avons essayé, pour les adresses dont nous disposons, au-delà de chaque nomination, de qualifier sommairement l'activité (voir légende ci-après). Merci par avance d'excuser d'éventuelles erreurs mais surtout l'incomplétude. Dans la mesure où cela a été souhaité et/ou possible, le détail des équipes a été donné pour rappeler que depuis 1993 les rencontres des unités, dont cet ouvrage est un témoignage vivant, reposent sur la mobilisation des soignant-e-s.

La belle ambition d'une impulsion nationale en faveur d'une authentique réponse aux besoins et aux attentes des parents en souffrance psychiques et de leurs bébés (et inversement...) dépend largement de l'engagement des associations et des sociétés de l'Alliance, mais aussi d'une mobilisation citoyenne incluant la représentation nationale. Le recensement et l'enquête engagés, sous la houlette de Sylvie Viaux, Sylvie Nezelof et Denis Mellier, par le Collectif des unités de soins ambulatoires parents-bébé, la co-commission groupe WAIMH-F/ Société Marcé francophone et le Collectif des unités de soins conjoints hospitaliers permettront prochainement la mise à disposition du plus grand nombre des parents et des professionnels d'une liste plus complète, plus détaillée et plus accessible que celle-ci, grâce à un outil numérique.

Les femmes de Maman Blues, du CIANE, de France Assos Santé et des différents *hashtags* (comme, par exemple, le récent #MonPostPartum) qui se multiplient n'ont que trop attendu pour que soit entendu le besoin de reconnaissance de la dimension psychique de la santé périnatale du bébé comme de ses parents.

Légende

Ambulatoire	Hôpital de jour	HTP HDS	Liaison	VAD	Autres
					

BELGIQUE

BRUXELLES

HÔPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS
REINE FABIOLA (HUDERF)

Service de pédopsychiatrie

Liaison périnatale
Antenne SOS enfants

Avenue J.J. Crocq, 15
1020 Bruxelles
+32 (0)2 477 31 80
Vildan Goban, pédopsychiatre, responsable
vildan.goban@huderf.be



HÔPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS
REINE FABIOLA (HUDERF)

Unité parents-bébé (UPB)

Avenue J.J. Crocq, 15
1020 Bruxelles
+32 (0)2 477 33 70
unite-parents-bebe@huderf.be
Géraldine Poncelet, psychomotricienne
geraldine.poncelet@huderf.be
Audrey Moureau, pédopsychiatre
audrey.moureau@huderf.be



CHU BRUGMANN

Liaison maternité

Place A. Van Gehuchten, 4
1020 Bruxelles
+32 (0)2 477 26 58
Joëlle Rabinowitch, psychologue
joelle.rabinowitch@chu-brugmann.be



SERVICE DE SANTÉ MENTALE (SSM) ULYSSE

Aïda, service d'accompagnement périnatal

www.ulyссе-ssm.be
Maison de la Solidarité
Rue du Viaduc 133 (1er étage)
1050 Ixelles
+32 (0)2 533.06.70



Nicolas du Bled, psychologue
nicolas.du.bled@ulyссе-ssm.be
Alexandra d'Oultremont, psychologue
equipe@ulyссе-ssm.be

WALLONIE

SITE SSM ACCOLADE

Fil-à-Fil ambulatoire

Rue des Bruyères, 127-129
4000 Liège
+32 (0)4 227 36 41
+32 (0)4 254 78 74/72
Heidy Allegaert, médecin, psychanalyste
h.allegaert@isosl.be
Anne Reinaers, pédopsychiatre, psychanalyste
a.reinaers@isosl.be
Caroline Rinné, psychologue
c.rinne@isosl.be



ISOsl HÔPITAL PETIT-BOURGOGNE

Unité hospitalière Fil-à-Fil

Rue Professeur Mahaim, 84
4000 Liège
+32 (0)4 254 78 72
Heidy Allegaert, médecin, psychanalyste
h.allegaert@isosl.be
Anne Reinaers, pédopsychiatre, psychanalyste
a.reinaers@isosl.be
Caroline Rinné, psychologue
c.rinne@isosl.be



CHR DE LIÈGE, SITE DE LA CITADELLE

Service de pédopsychiatrie
Damien Lermينياux, chef de service

Unité parents-bébé « Parenthèse »

Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
4000 Liège

+32 (0)4 321 54 85

uniteparenthese@chrcitadelle.be

www.chrcitadelle.be

Damien Lermينياux, pédopsychiatre

+32 (0)497 42 51 54

damien.lermينياux@chrcitadelle.be

Jacques Gros-Gean, psychiatre ; Christine

Thiriart, psychologue ; Jean-Baptiste

Claessens, Monique Bronckart, infirmiers ;

Nathalie Janssen, Anne Salée, éducatrices.

HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DU BEAU VALLON

Clinique de la parentalité « PsyGogne »

Rue de Bricgnot, 205

Saint-Servais

5002 Namur

contact@psygogne.be

+32 (0)81 721 469

Caroline de Beaufort, psychiatre, responsable

de l'unité : +32 (0)81/721 401

Magali Ramlot, psychologue de liaison et clinicienne

magali.ramlot@beauvallon.be

+32 (0)81 721 319



CENTRE MÉDICAL CLAIRS VALLONS

Unité mère-bébé/parents-bébé

Rue de Mont-St-Guibert, 24

1340 Ottignies

+32 10 480.330 /335

Pascale Tielemans, pédopsychiatre

pascaletielemans@clairsvallons.be

infirmieresmerebebe@clairsvallons.be

Valérie Baron, Krystal Roqueplo, infirmières.



FRANCE

— AUVERGNE-RHONE-ALPES —

LOIRE (42)

CHU SAINT ETIENNE - HÔPITAL NORD

Pôle de psychiatrie

Catherine Massoubre, chef de pôle

Service des urgences psychiatriques

Unité de crise et psychiatrie de liaison

Avenue Albert-Raimond

Bât G 1^{er} étage

42270 Saint-Priest-en-Jarez

+33 (0)4 77 82 80 00



psychiatrie.liaison@chu-st-etienne.fr

Catherine Massoubre, psychiatre,

responsable de l'unité

catherine.massoubre@chu-st-etienne.fr

Secrétariat : +33 (0)4 77 12 05 84/03 43

psychiatrie.avis.liaison@chu-st-etienne.fr

Rodolphe Ollier, cadre de santé

rodolphe.ollier@chu-st-etienne.fr

Ingrid Garnier, psychologue

ingrid.garnier@chu-st-etienne.fr

Agnès Nelva, psychiatre

agnes.nelva@chu-st-etienne.fr ;

agnes.nelva@ch-forez.fr

PUY-DE-DÔME (63)

CHU CLERMONT-FERRAND

Service de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent

Françoise Noton-Durand,

responsable du service

26 rue de la Garde

63110 Beaumont

**Unité de périnatalité et de soins
ambulatoires pour jeunes enfants (UPSAJE)**

58 rue Montalembert

63003 Clermont-Ferrand

Isabelle Baron, secrétariat :

+33 (0)4 73 75 21 45

Isabelle Fontarnou, cadre de santé

ifontarnou@chu-clermontferrand.fr

Françoise Noton-Durand, pédopsychiatre,

responsable de l'unité

fnotondurand@chu-clermontferrand.fr

Patricia Claveirole, pédopsychiatre ;

Églantine Beaury-Pitois, psychologue ;

Lydie Guyonnet, infirmière puéricultrice.



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU PUY-DE-DÔME

Protection Maternelle et Infantile

(en partenariat avec l'UPSAJE)

4 place Michel-de-l'Hospital

63000 Clermont-Ferrand

Secrétariat : +33 (0)4 73 42 20 20

Françoise Chardon, médecin ;

Laure Valadou, psychologue clinicienne ;

Stéphanie Pradier, infirmière puéricultrice.



RHÔNE (69)

CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER

PÔLE EST

Hôpital de jour « Serge Lebovici »

95 boulevard Pinel

69678 Bron

Secrétariat : +33 (0)4 37 91 55 84

Nathalie Elbaz-Cuoq, psychiatre,

responsable de l'unité, Pôle Est, 69Z19

nathalie.elbaz-cuoq@ch-le-vinatier.fr

Gaspard Prunayre, psychiatre, Pôle Est, 69G08

gaspard.prunayre@ch-le-vinatier.fr,

+33 (0)4 72 75 53 20



PÔLE DE PÉDOPSYCHIATRIE

Nicolas Georgieff, chef de pôle

Unité parents-bébés-Meyzieu

5 rue Mélina-Mercouri

69330 Meyzieu

Secrétariat : +33 (0)4 26 73 85 73/75

upbbmeyzieu@ch-le-vinatier.fr

Mathilde Modeste, pédopsychiatre,

responsable de l'unité

mathilde.modeste@ch-le-vinatier.fr

Solène Tardieu, psychiatre,

solene.tardieu@ch-le-vinatier.fr ;

Marie Avena, psychologue.



Service de pédopsychiatrie 69I03,

3^e, 6^e et 8^e arrondissements de Lyon

Frédérique Juttet, responsable de service

Unité de soins pour les bébés

70 rue Étienne-Richerand

69003 Lyon

+33 (0)4 26 73 85 68 usb@ch-le-vinatier.fr

Gaëlle Rozenberg, psychiatre

gaelle.rozenberg@ch-le-vinatier.fr



Service 69I13

Louis Forgeard, responsable de service

Centre thérapeutique parent-bébé

« Croix Rousse »

12 rue de Cuire

69004 Lyon

+33 (0)4 72 98 07 50

Julie Vignalou, pédopsychiatre

julie.vignalou@ch-le-vinatier.fr

Marie-Charlotte Cacaud, psychiatre

**SANTÉ MENTALE ET COMMUNAUTÉS****Lien accueil parentalité et soin (LAPS)**

136, rue Louis-Becker

69100 Villeurbanne

Secrétariat médical :

Isabelle Brou-Cortina

+33 (0)4 72 65 75 35

laps@sms.asso.fr

Céline Monloubou, psychiatre ;

Anne Ferrari, psychologue ;

Aurélien Davat, Emmanuelle Manini,

Claire Marc, Amandine Rissoan, infirmières.

**CLINIQUE NATECIA**

En partenariat avec le Centre hospitalier

Le Vinatier

Pôle de pédopsychiatrie

Nicolas Georgieff, chef de pôle

Service 69I03

Frédérique Juttet, chef de service

frederique.juttet@ch-le-vinatier.fr**UPPP (Unité de psychopathologie périnatale)**

22 avenue Rockefeller

69008 Lyon

Secrétariat : +33 (0)4 37 90 33 08

Eve Lumbroso, pédopsychiatre,

responsable de l'unité

eve.lumbroso@ch-le-vinatier.fr

Guillaume Cézanne-Bert, pédopsychiatre

guillaume.cezanne-bert@ch-le-vinatier.fr**CHU LYON**

HÔPITAL FEMME-MÈRE-ENFANT

Service de psychopathologie du développement

Unité de soin et accompagnement précoce (USAP)

59 boulevard Pinel

69677 Bron

Secrétariat : +33 (0)4 27 85 61 06, +33

(0)4 72 12 95 66

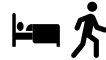
Amélie Clément, pédopsychiatre

amelie.clement@chu-lyon.fr

Caterina Maggi-Perpoint, pédopsychiatre

caterina.maggi-perpoint@chu-lyon.fr

Anne Villand, pédopsychiatre

anne.villand@chu-lyon.fr**—BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ—****CÔTE D'OR (21)****CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE**

Pôle de psychiatrie de l'enfant

et de l'adolescent

Unité père-mère-bébé (UPMB)

1 boulevard Chanoine-Kir

21000 Dijon

Secrétariat :

+33 (0)3 80 42 48 31

Stéphanie Leclercq, psychiatre

stephanie.leclercq@chlcdijon.fr

Stéphanie Dupuis, psychologue

stephanie.dupuis@chlcdijon.fr

Marie Gentil, sage-femme

+33 (0)3 80 42 48 32

marie.gentil@chlcdijon.fr**DOUBS (25)**

Dispositifs gradués associant le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (CHU Besançon, Sylvie Nezelof, chef de service) et le Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Centre hospitalier de Novillars, Dominique Frémy, chef de pôle).

CENTRE HOSPITALIER DE NOVILLARS

Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Dominique Frémy, chef de pôle,

dominique.fremy@ch-novillars.fr

Ingrid Plathey, cadre supérieur du pôle

ingrid.plathey@ch-novillars.fr**Unité d'accueil père-mère-bébé (UPMB)**

(convention tripartite avec le CHU de Besançon et la Polyclinique de Franche-Comté)

8 rue Joseph-Jacquard

25000 Besançon

Secrétariat : Aurore Sanna

+33 (0)3 81 88 33 62

secretariat.pmb@ch-novillars.fr

Alicia Rousselière, cadre de santé

cs.pmb@ch-novillars.fr

Camille Cheval, pédopsychiatre,

responsable de l'unité

camille.cheval@ch-novillars.fr

Lucie Galdon, pédopsychiatre ;

Martine Courtot-Condamine,

Florence Gallet, Myriam Mahjoub-Evrard,

psychologues ;

Elisabeth Pflieger, psychomotricienne ;

Angélique Roy, sage-femme ;

Hélène Dahy, Maria Pinto Pereira,

Sandra Perreux infirmières.

Accueil de jour parents-bébé (AJPB)

(convention bipartite avec le CHU de Besançon)

8 A rue Joseph-Jacquard

25000 Besançon

Secrétariat : Aurore Sanna

+33 (0)3 81 88 33 62

secretariat.pmb@ch-novillars.fr

Alicia Rousselière, cadre de santé

cs.pmb@ch-novillars.fr

Camille Cheval, pédopsychiatre,

responsable de l'unité

camille.cheval@ch-novillars.fr

Lucie Galdon, pédopsychiatre,

lucie.galdon@ch-novillars.fr

Emeline Collot,

Dominique Plume-Galmiche, psychologues ;

Carole Blanchot, psychomotricienne ;

Hélène Dahy, Maria Pinto Pereira,

Sandra Perreux infirmières ;

Sylvia Balanche, auxiliaire de puériculture.

**CHRU BESANÇON**

Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Sylvie Nezelof, chef de service

sylvie.nezelof@univ-fcomte.fr

Secrétariat : +33 (0)3 81 21 81 52

ahaas@chu-besancon.fr

Djamila Zaouis, cadre de santé

dzaouis@chu-besancon.fr**Équipe ressources en santé mentale périnatale**

(convention bipartite avec le Centre hospitalier de Novillars)

Site : Jean Minjoz

3 boulevard Alexandre-Fleming

25030 Besançon

Secrétariat : +33 (0) 81 21 81 54

ersmp@chu-besancon.fr

Lucie Galdon, pédopsychiatre,

responsable de l'unité

lgaldon@chu-besancon.fr

Hélène Dahy, infirmière



Unité de pédopsychiatrie de liaison

(en lien avec le service d'obstétrique et le service de réanimation et néonatalogie)

3 boulevard Alexandre-Flemming
25000 Besançon

+33 (0) 81 21 81 54

Emilie Bolopion, pédopsychiatre,
responsable de l'unité

ebolopion@chu-besancon.fr

Anne Bassegio, cadre de santé, sage-femme
abasegio@chu-besancon.fr

**Unité mère-bébé**

Pavillon Pasteur
2 place Saint-Jacques
25000 Besançon

Secrétariat : +33 (0)3 81 21 81 54

Noëlle Darcq, pédopsychiatre,
responsable de l'unité

ndarcq@chu-besancon.fr

**SAÔNE-ET-LOIRE (71)****CENTRE HOSPITALIER WILLIAM-MOREY**

Pôle de psychiatrie infanto-juvénile
Chantal Pichet, chef de pôle
chantal.pichet@ch-sevrey.fr

Unité de soins de jour des liens précoces Tintinnabule

4 rue Capitaine Drillien
71100 Chalon-sur-Saône

Rattachée au service de psychiatrie
infanto-juvénile du CH de Sevrey

Secrétariat :

+ 33 (0)3 85 91 02 53/+ 33 (0)3 85 92 82 09

Sylvie de Abreu, cadre de santé :

sylvie.de-abreu@ch-sevrey.fr

Hélène Pigot, psychiatre, responsable de l'unité
Isabelle Chaveneau, pédopsychiatre

isachanele@gmail.com

**BRETAGNE****ILLE-ET-VILAINE (35)****CHU DE RENNES**

Pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent

Sylvie Tordjman, chef de pôle

Unité régionale de psychologie et de psychiatrie périnatales (U3P)

Secrétariat :

+33 (0)2 99 51 06 04

Jacques Dayan, psychiatre,
responsable de l'unité

**MORBIHAN (56)****ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE MORBIHAN**

CPEA DE BEAUPRÉ

Olivier le Marec, pédopsychiatre,
responsable

olivier.lemarec@epsm-morbihan.fr

Rue Blaise-Pascal

56000 Vannes

Unité thérapeutique bébé-parents

(0-2 ans)

+33 (0)2 97 42 53 26

Florence Daligault, psychologue

florence.daligault@epsm-morbihan.fr



CPEA DE PLOËRMEL

Éric Cao, pédopsychiatre, responsable

28 rue du Général-Leclerc

56800 Ploërmel

Unité de soins ambulatoire parents-bébé

+33 (0)2 97 74 06 85

**EPSM JEAN-MARTIN CHARCOT**

Pôle de psychiatrie pour l'enfant
et l'adolescent

56101

Juliette Rastoin, chef de pôle et respon-
sable de l'unité

Unité petite enfance

7 rue de Kéramont

56240 Plouay

Ludovic Peucheyrand, cadre de santé

+33 (0)2 97 33 17 38

**CHRU BREST**

HÔPITAL DE BOHARS

Route de Ploudalmézeau

Bohars, Finistère, Bretagne 29820

Secteur 4 de psychiatrie générale

Philippe Genest, chef de service

+33 (0)2 98 01 51 37

Liaison en psychiatrie périnatale à l'Hôpital Morvan

Marie-Caroline Géraud-Welby,
psychiatre



Service universitaire de pédopsychiatrie

Guillaume Bronsard, chef de service

Unité bébé et parentalité, visites à domiciles thérapeutiques.

Cécile Granier, pédopsychiatre,
responsable de l'unité

+33 (0)2 98 01 50 47

**Liaison en pédopsychiatrie périnatale à l'Hôpital Morvan**

Adeline Gourbil,

pédopsychiatre

**CENTRE-VAL DE LOIRE****INDRE ET LOIRE (37)****CHIC AMBOISE/CHÂTEAU-RENAULT**

Pôle de psychiatrie de l'adulte

Fanny Puel, chef de pôle

Pôle de pédopsychiatrie

Magdalena Edon, chef de pôle

HOPE – Hôpital parent-enfant

« Bernard Lamarsaude »

Rue des Ursulines - BP 329
37403 Amboise Cedex

Secrétariat consultations :

+33 (0)2 47 23 31 02

secretariat.perinatalite@chicacr.fr

Clémence Couturier, pédopsychiatre,
responsable de l'unité

ccouturier@chicacr.fr

Élise Fidry et Lisa Rouet, psychologues

e.fidry@chicacr.fr, l.rouet@chicacr.fr

Hélène Vernon, cadre sage-femme

h.vernon@chchicacr.fr

Philippe Grebert, pédopsychiatre ;

Agathe Saby, psychiatre ;

Dominique Saillant, pédiatre ;

Christian Prot, gynécologue-obstétricien ;

Julie Richet, assistante sociale.

**GRAND EST****ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ALSACE NORD (EPSAN)**

Intersecteur de pédopsychiatrie 67102

CENTRE DE RESSOURCE ET DE SOINS EN
PSYCHIATRIE PÉRINATALE (CRSPP)


Vivien Triffaux, chef de pôle

141 av. de Strasbourg


67170 Brumath


Secrétariat : Estelle Christ et Jacqueline Têtu
+33 (0)3-88-64-61-09
secretariat02@ch-epsan.fr
Martine Kolb, cadre de santé
martine.kolb@ch-epsan.fr
Brigitte Hahusseau, psychologue
+33 (0)3 88 64 61 09
Béatrice Thiebo, psychomotricienne

Unité d'hospitalisation de jour « La Frimousse », activité ambulatoire et de liaison

Sarah Sananes, 
pédopsychiatre, responsable de l'unité
sarah.sananes@ch-epsan.fr
Marion Barth, assistante spécialiste
Noémie Atzenhoffer, Marie Valentin,
Isabelle Boux, infirmières ;
Caroline Roesch, Ambre Winter, puéricultrices ;
Marie-Jeanne Trompeter, AMP.

Unité d'hospitalisation complète


Aude Triffaux-Ghesquière, 
pédopsychiatre, responsable de l'unité
aude.triffaux-ghesquieres@ch-epsan.fr
Séverine Torrec, Nathalie Weiss, puéricultrices ;
Florence Atzenhoffer, Laëtitia Bomo,
Christelle Febvre, Nathalie Ferre,
Christine Kahl, Joëlle Lobstein,
Danièle Lose Schranckenmuller,
Sylvie Provostic, Véronique Schott,
infirmières.

ÉQUIPE MOBILE en cours de constitution
(financée) 

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Pôle de psychiatrie, santé mentale et ad-
dictologie
Gilles Bertschy, chef de pôle
Service de psychiatrie de l'adulte /psychiatrie 1
Fabrice Berna, responsable de service

Unité mère-nourrisson (UMN)

1 Place de l'Hôpital - BP 426
67091 Strasbourg cedex 
+33 (0)3 88 11 66 48
Marie-Agathe Zimmermann, psychiatre,
responsable de l'unité
marie-agathe.zimmermann@chru-strasbourg.fr
Carmen Schmitt, cadre de santé carmen.
schmitt@chru-strasbourg.fr
Fatima Hethat, assistante sociale
Kathryn Martin, psychologue


Psychiatrie de liaison en maternité

Marie-Agathe Zimmermann, 
psychiatre

SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Carmen Schröder, responsable de service

Hôpital de jour parents-enfants

15 rue Cranach 
67200 Strasbourg
+33 (0)3 88 11 59 26
Carmen Schmitt, cadre de santé
+33 (0) 03 88 11 62 13
carmen.schmitt@chru-strasbourg.fr
Valérie Vecchionacci, pédopsychiatre,
responsable de l'unité
valerie.vecchionacci@chru-strasbourg.fr
Natalie Louis-Lucas, psychologue ;
Iona Strugariu, psychologue ;
Bernadette Diss, puéricultrice ;
Nathalie Mang, infirmière ;
Virginie Durand, auxiliaire de puériculture ;
Elisabeth Peiffer, éducatrice de jeunes enfants ;
Pauline Stritmatter, psychomotricienne.


Pédopsychiatrie de liaison en maternité

Marie-Emmanuelle Mériot, 
pédopsychiatre

CENTRE HOSPITALIER ERSTEIN

Pôle périnatalité enfance et adolescence (PPEA)
Grégory Hauswald, chef de pôle

Unité de périnatalité et soins précoces


13 route de Krafft 
BP 300 63
67152 Erstein cedex
Secrétariat : N. Buffet
+33 (0)3 88 99 02 20
Nicole Steinberg, responsable de l'unité
n.steinberg@ch-erstein.fr
Valérie Menand, cadre de santé
+33 (0)3 90 64 21 76
(Convention avec le Centre périnatal de
proximité de la Clinique Saint-Luc, Schirmeck)

HAUT-RHIN (68)

GROUPE RÉGIONAL HOSPITALIER DE MULHOUSE SUD-ALSACE (GHRMSA)

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de
Haute-Alsace

Unité mère-enfant et de soin périnatal

87, avenue d'Altkirch 
BP 1070 - 68051
Mulhouse Cedex
+33 (0)3 89 64 72 88
Isabelle Schertz, pédopsychiatre,
responsable de l'unité
schertzi@ch-mulhouse.fr
Germain Dillenseger, pédopsychiatre
germain.dillenseger@ghrmsa.fr
Dominique Ditner, psychologue
ditner.dominique@gmail.com
Agnès Sordet, cadre de santé ;
Aline Richard, psychologue.


MEURTHE ET MOSELLE (54)

CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE NANCY

1 rue du Dr Archambault - BP 11010
54521 Laxou cedex
www.cpn-laxou.com


Pôle universitaire de psychiatrie infanto-juvénile
Bernard Kabuth, chef de pôle

Hôpital de jour parents-bébés

7 rue Jacquard 
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Secrétariat : +33 (0)3 83 92 84 01
uhjpb@cpn-laxou.com
Fabienne Ligier, pédopsychiatre,
responsable de l'unité
Laure Decker, cadre supérieur de santé
Anne-Marie Vergnat, cadre de santé

Pôle universitaire de psychiatrie de l'adulte
Vincent Laprevote, chef de pôle

Capacité d'hospitalisation conjointe mère-bébé temps plein

Secrétariat : + 33 (0)3 83 92 68 22 
secretariat.united@cpn-laxou.com
Caroline Alvarez, psychiatre

HAUTS DE FRANCE

NORD (59)

CHRU DE LILLE

HÔPITAL FONTAN 1 & 2
Clinique de psychiatrie adulte
et infanto-juvénile, et d'addictologie
Pierre Thomas, chef de pôle
Renaud Jardri, chef de service

Service de psychiatrie périnatale

1 et 2 rue André-Verhaeghe, CS 70001
59037 Lille cedex

Christine Beets, cadre supérieur de santé
Anne-Sophie Broutin, cadre de santé

Unité mère-bébé

Secrétariat :
+33 (0)03 20 44 58 03



– Hospitalisation dyadique temps plein
– Hospitalisation dyadique de jour
Aline Picard, pédopsychiatre,
responsable de l'unité

Psychiatrie périnatale de liaison en maternité et néonatalogie

Catharina Schoemaker, pédopsychiatre,
responsable de l'unité



Visites à domicile

Catharina Schoemaker, pédopsychiatre,
responsable de l'unité



Consultations prénatales

Emmanuelle Brunais, pédopsychiatre,
responsable de l'unité



ESPACE LBOVICI

Rosa Mascaro, médecin directeur
Jean-Baptiste Bourgeois,
cadre administratif
Centre Vauban – Immeuble Lille – 3^e étage
199/201 rue Colbert
59045 Lille Cedex
+33 (0)3 28 14 10 31

Unité mère-enfant « Myriam David »

camsp@lasauvegardedunord.fr
Rosa Mascaro,
médecin responsable de l'unité
Florence Golberg, Lucile Caroni, psychologues ;
Marie Coquerelle, psychomotricienne ;
Hélène Legrand, Céline Charlier, infirmières.



ILE DE FRANCE

PARIS (75)

DISPOSITIF D'APPUI À LA PÉRINATALITÉ ET AUX SOINS AMBULATOIRES (DAPSA)

59 rue Meslay
75003 Paris

Secrétariat
+33 (0)1 42 09 07 17

reseau@dapsa.org

Tommy Caroff, directeur ;
Rosine Reat, psychologue ;
Stéphanie Detrez, psychomotricienne ;
Cécile Peltier et Catherine Machi,
éducatrices spécialisées ;
Brigitte Dalet, assistante sociale.



HÔPITAL MÈRE-ENFANT DE L'EST PARISIEN

9, rue des bluets
75011 Paris

Jean Ebert, pédopsychiatre, chef de service
direction@ssrmere-enfant.fr

Unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé temps plein

Secrétariat :

Catherine Maublanc
catherine.maublanc@ssrmere-enfant.fr

+33 (0)1 55 28 03 02

Julien Yadak, pédopsychiatre
julien.yadak@ssrmere-enfant.fr

Sarah Enser, médecin généraliste en charge
du suivi pédiatrique des bébés hospitalisés
sarah.enser@horizons.asso.fr

Virginie Gomas, cadre sage-femme ;
Marion de la Taille, Clémentine Henri,
sages-femmes ;
Caroline Maugez, Frédérique Rouveau,
psychologues cliniciennes ;
Carla Deron, infirmière puéricultrice ;
Doriane Lemarchand, éducatrice spécialisée ;
Mahalia Fadiga, assistante sociale ;



Catherine Novel, auxiliaire de puériculture ;
Anne Kulesza, éducatrice de jeunes enfants.

Unité d'hospitalisation conjointe de jour « Préludes »

Secrétariat : hdj@ssrmere-enfant.fr
+33 (0)1 83 97 40 10

Catherine Agbokou, psychiatre,
responsable de l'unité
catherine.agbokou@ssrmere-enfant.fr

Véronique Simon, psychiatre
veronique.simon@estrelia.fr



GHU PARIS « PSYCHIATRIE-NEUROSCIENCES »

CENTRE DE PSYCHOPATHOLOGIE
PÉRINATALE (CPBB)

Marie-Noëlle Vacheron, psychiatre,
chef de pôle

Romain Dugravier, pédopsychiatre,
chef de service

r.dugravier@ghu-paris.fr

r.dugravier@ch-sainte-anne.fr

Unité de jour parents-bébé

Institut Paris Brune
26, boulevard Brune
75014 Paris

Secrétariat : 01 45 65 64 80

wachman@ghu-paris.fr ;

marechal@ghu-paris.fr

Karine Ronen, psychiatre

k.ronen@ghu-paris.fr ;

k.ronen@ch-sainte-anne.fr

Léa Conversy, psychiatre

l.conversy@ghu-paris.fr



SECTEUR 75103

Laure Gontard, chef de pôle

Unité d'hospitalisation parents-bébé

« La Pomme »

Hôpital Bichat

46 rue Henri-Huchard

75018 Paris



Secrétariat : +33 (0)1 81 69 91 73

admission_UHPB@ghu-paris.fr

Cécile Corfdir, pédopsychiatre,
responsable de l'unité

c.corfdir@ghu-paris.fr

Claire Puybaret-Bataille, pédopsychiatre

claire.puybaret-bataille@ghu-paris.fr

HÔPITAL PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Service de psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent

David Cohen, chef de service

Unité petite enfance et parentalité Vivaldi

28, allée Vivaldi
75012 Paris

01 42 17 85 50

Didier Rabain, pédopsychiatre,
responsable de l'unité

didier.rabain@aphp.fr

Sylvie Viaux-Savelon, pédopsychiatre ;

Amélie Bion, pédopsychiatre ;

Lyphea Khun-Franck, EJE.



FONDATION DE ROTHSCHILD

SESSAD Myriam David

76 avenue Edison
75013 Paris

+33 (0)1 45 82 91 15

Frank Bonelli, médecin chef

f.bonelli@f-d-r.org

Claire Dorin, puéricultrice coordinatrice

c.dorin@f-d-r.org



HÔPITAL NECKER – ENFANTS MALADES, APHP

Service de pédopsychiatrie

David Cohen, chef de service par intérim

Sandrine Rannou, Elise Parcheminal,
psychologues ;
Anne-Laure Gourtay, psychomotricienne ;
Frédérique Jallet, Marjorie Bezagut, infirmières ;
Fabienne Rousset, assistante sociale.

GRUPE HOSPITALIER NORD-ESSONNE

Site d'Orsay
Pôle de psychiatrie
Secteur de Psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent (91I04)

Unité de soins Parents-bébé « La Paruline »

2 bis rue de la Hacquinère
91440 Bures sur Yvette
Secrétariat : Virginie Wojtowicz



01 64 46 90 36
Marie Flaquière, pédopsychiatre
Marie-Claude Faucher, cadre de Santé ;
Pascale Belanger, psychologue ;
Stéphanie Degardin, psychomotricienne ;
Marie-Agnès Avoine, Sandrine Lourenco,
infirmières ;
Annabelle Plançon, assistante sociale.

HÔPITAL SUD-FRANCIEN

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile (91I03)
Sébastien Rouget, chef de pôle
Marie-Pierre Spengler, cadre de pôle
Mounia Terki, chef de service
Carole Walemme, cadre de santé

CMP de l'agora, équipe Trio

110 Grand Place de l'Agora – 3^e étage
91000 Évry
+33 (0)1 61 69 65 00

INSTITUT EDOUARD-CLAPARÈDE

Olivier Pariset, médecin directeur

Unité périnatalité et petite enfance

5, rue du Général-Cordonnier
92200 Neuilly-sur-Seine
+33 (0)1 47 45 23 70



Olivier Pariset, pédopsychiatre responsable
de l'UPPE

Liaison en néonatalogie au Centre
hospitalier Rives de Seine, site de Neuilly
Elisabeth Chaillou, pédopsychiatre
e.chaillou@institut-claparede.fr
Mélanie Robiquet, assistante sociale
m.robiquet@institut-claparede.fr

SEINE-SAINT-DENIS (93)

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS

Pôle de pédopsychiatrie et d'addictologie
Service de pédopsychiatrie
Jean-Pierre Benoit, chef de pôle,
chef de service

Unité d'accueil mère-enfant

6 bis rue Auguste-Poullain
93200 Saint-Denis
Secrétariat : +33 (0)1 48 22 19 51
cmp.poullain@ch-stdenis.fr



Laure Quantin, pédopsychiatre,
responsable de l'unité
laure.quantin@ch-stdenis.fr

Unité de psychopathologie périnatale

Hôpital Delafontaine
2 rue du Dr Delafontaine
93200 Saint-Denis
Service gynécologie-obstétrique
Secrétariat : +33 (0)1 42 35 30 49
secretariat.upp@ch-stdenis.fr



Jean-Luc Kurukgy, pédopsychiatre assistant

Maison du bébé

Hôpital Delafontaine
2 rue du Dr Delafontaine
93200 Saint-Denis
Secrétariat : +33 (0)1 42 35 64 97
Gabrielle Lesvenan, responsable de l'unité



ÉTABLISSEMENT DE SANTE PUBLIQUE DE VILLE-EVRARD

Pôle 93I03
Bertrand Welniarz, chef de pôle

Unité de pédopsychiatrie périnatale de Montreuil/Noisy-le-Sec

53-55 boulevard de la Boissière
93130 Noisy-le-Sec
Secrétariat +33 (0)1 48 58 96 04
i.descombes@epsve.fr
Patricia Pichard, cadre de santé
p.pichard@epsve.fr
Benoît Quirot, pédopsychiatre,
responsable de l'unité
b.quirot@epsve.fr
Christine Desvignes,
psychologue clinicienne
c.desvignes@epsve.fr



VAL DE MARNE (94)

HÔPITAL DE BICÈTRE, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS-SUD – APHP

Service de psychiatrie
Emmanuelle Corruble, chef de service
Secrétariat +33 (0)1 45 21 22 02
sylvie.jegouzo@aphp.fr

Unité Louis-Victor Marcé

78 rue du Général-Leclerc
94275 Le Kremlin-Bicêtre
Cedex
Florence Gressier, psychiatre,
responsable de la psychiatrie périnatale
florence.gressier@aphp.fr



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CRÉTEIL (CHIC)

5^e secteur de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent – 94I05
Jean-Marie Baleyte, chef de service

Unité de psychiatrie périnatale

40 avenue de Verdun
94000 Créteil
Secrétariat :
+33 (0)1 45 17 51 30
carole.sosson@chicreteil.fr
Chantal Haven, cadre de santé
Nathalie Presme, pédopsychiatre,
responsable de l'unité,
nathalie.presme@chicreteil.fr
Corinne Amzallag, psychiatre ;
Francesca Mosca, Amélie Barbier,
Christian Arias, psychologues.



HÔPITAUX DE SAINT-MAURICE

Pôle de psychiatrie infanto-juvénile
94I03/04
J.P. Bouvattier, chef de pôle

CMP enfants Anatole France Unité périnatalité « La Maisonée »

33 avenue Anatole-France
94220 Charenton-le-Pont
+33 (0)1 48 93 29 29
perinatalite.maisonnee@ght94n.fr
Christine Ruel,
pédopsychiatre responsable



CMP Gambetta
Unité de périnatalité

6 avenue Gambetta
94600 Choisy-le-Roi
+33 (01) 48 52 44 44
cmp-gambetta.94i04@ght94n.fr
Catherine Raude Garret,
pédopsychiatre responsable



VAL D'OISE (95)

CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE

Pôle 95109 – Secteur de psychiatrie-infanto-juvénile
Anne Rozencwajg, chef de pôle

Unité d'accompagnement parents-bébé

Pavillon Destors
2 bd du 19 mars 1962
95500 Gonesse
Secrétariat : +33 (0)1 30 11 58 21
Christine Demarty, cadre socio-éducatif
christine.demarty@ch-gonesse.fr
Marie-Claire Reppel, pédopsychiatre,
responsable de l'unité



NORMANDIE

CALVADOS (14)

CHRU DE CAEN

Pôle femme-enfant
Philippe Ravasse, chef de pôle
Service de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent
Fabian Guérolé, chef de service

Unité périnatalité et petite enfance

Avenue Georges Clemenceau
CS 30001
14033 Caen cedex 9
Secrétariat : +33 (0)2 31 27 26 65



Gwenaëlle Andro, pédopsychiatre,
PH responsable de l'unité
andro-g@chu-caen.fr
Pierre Desaunay, pédopsychiatre
desaunay-p@chu-caen.fr
Laure Mendelsohn, psychologue ;
Anne Renet-Hurel, psychomotricienne ;
Équipe de VAD (puériculteur-riche) :
Fabien Lesclous, Catherine Longueville,
Laurence Bertrand, Marie-France Leroyer.

GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

Pôle de psychiatrie
Olivier Legat, responsable médical du pôle

HÔPITAL JACQUES MONOD
Service universitaire de pédopsychiatrie
Gisèle Apter, chef de service

Unité de psychiatrie périnatale de liaison

29 Avenue Pierre-Mendès-France
76290 Montivilliers
Secrétariat : +33 (0)2 32 73 44 30
claire.barrey@ch-havre.fr
Lisa Vitte, pédopsychiatre,
responsable de l'unité
lisa.vitte@ch-havre.fr

HÔPITAL FLAUBERT
55 bis rue Gustave-Flaubert
76600 Le Havre

Unité de psycho-pathologie périnatale

(U3P) « P'tit Hans »
+33 (0)2 32 73 35 95
Florence Sarazin, psychiatre, responsable
de l'unité

NOUVELLE AQUITAINE

CREUSE (23)

FILIÈRE DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE
(Centre hospitalier Esquirol -Limoges)

CMP périnatalité

17 avenue Pierre Mendès France
23000 Guéret
Secrétariat
+33 (0)5 55 52 50 35
Christine Rainelli, pédopsychiatre, respon-
sable de la filière
06 35 32 58 47
esa-perinat@ch-st-vauiry.fr



GIRONDE (33)

**CENTRE HOSPITALIER CHARLES-PERRENS/
CHU BORDEAUX**

Pôle UNIVA
(UNIVERSITAIRE de psychiatrie Adulte)
Hélène Verdoux, chef de pôle

Réseau de psychiatrie périnatale

interne
alsutter@ch-perrens.fr
121, rue de la Béchade
CS 81285- 33076
Bordeaux cedex
Secrétariat : +33 (0)5 56 56 17 82/35 85

Centre ressource

Anne-Laure Sutter-Dallay,
psychiatre et pédopsychiatre,
responsable



Équipe mobile

Anne-Laure Sutter-Dallay,
psychiatre et pédopsychiatre,
responsable



**Hospitalisation de jour
et liaison maternité**

Site :
Groupe Hospitalier Pellegrin
Centre Aliénor d'Aquitaine
Place Amélie Raba Léon
Bordeaux
Secrétariat : +33 (0)5 57 82 19 10
Léa Escriive, psychiatre,
responsable de l'hôpital de jour
et de la liaison maternité/CHU
lescrive@ch-perrens.fr
Elisabeth Glatigny, psychologue,
coordination liaison maternité/CHU
eglatigny@ch-perrens.fr
Ingrid Lacaze, psychologue,
hôpital de jour
ilacaze@ch-perrens.fr



Hospitalisation temps plein

Anne-Laure Sutter, psychiatre,
responsable de l'hospitalisation temps plein
Giulia Scotta, psychiatre,
PH coresponsable
Site :
Centre Hospitalier Charles-Perrens UNIVA
Centre Carreire
146 rue Léo Saignat
Bordeaux
Secrétariat : +33 (0)5 56 56 35 38
Marine Crespin, psychologue
mccrespin@ch-perrens.fr ;
Frédérique Joncheray, psychomotricienne ;
Maud Gassama, assistante sociale.



HAUTE-VIENNE (87)

CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL -LIMOGES

Pôle de psychiatrie enfant, adolescent et
périnatalité
15, rue du Dr Raymond-Marcland
87025 Limoges Cedex

Filière de psychiatrie périnatale

Christine Rainelli, pédopsychiatre, responsable de la filière
 Secrétariat +33 (0)5 55 43 13 88 perinatpsy@ch-esquirol-limoges.fr

Liaison de psychiatrie périnatale en maternités et pédiatrie**Unité de soins ambulatoires****Unité mère-bébé d'hospitalisation temps plein**

Christine Rainelli, pédopsychiatre, responsable de l'unité
 Secrétariat : +33 (0)5 55 43 11 34
 Émilie Frachet, pédopsychiatre

**Unité parents-bébé d'hospitalisation de jour**

Émilie Frachet, pédopsychiatre, responsable de l'unité



VIENNE (86)

CENTRE HOSPITALIER HENRI-LABORIT

Pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
 Ludovic Gicquel, chef de pôle

Unité de soins mère-bébé

Pavillon Pierre Janet (entrée n° 4)
 370 avenue Jacques-Cœur
 86021 Poitiers cedex



Secrétariat +33 (0)5 49 52 34 93

charlotte.jarry@ch-poitiers.fr

Sylvie Lemaire, cadre socio-éducatif
sylvie.lemaire@ch-poitiers.fr

Myriam Added, pédopsychiatre, responsable de l'unité

myriam.added@ch-poitiers.fr

Agnès Paget, psychologue

Titalée

370 avenue Jacques-Cœur
 86021 Poitiers cedex
 Secrétariat : +33 (0)5 49 44 57 58



titalée@ch-poitiers.fr

Charlotte Xavier-David, pédopsychiatre, responsable de l'unité

charlotte.xavier-david@ch-poitiers.fr

CORRÈZE (19)

CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE

Pôle de psychiatrie

François Vieban, responsable de pôle
 Service de psychiatrie infanto-juvénile
 Agnès Berthommier, pédopsychiatre, chef de service
agnes.berthommier@ch-brive.fr

Unité de psychiatrie périnatale

(rattachée au Réseau Périnatal
 Nouvelle-Aquitaine)



Bd du docteur Verlhac

BP 70432 – 19312 Brive cedex
 Secrétariat : Pauline Chassaing,
secretairepsyperinat@ch-brive.fr
 + 33(0)5 55 88 85 57

Sandrine Dales, cadre supérieur de santé

Sophie Porte-Fraisse, cadre de santé

Julie Carcenac, pédopsychiatre

julie.carcenac@ch-brive.fr

OCCITANIE

HAUTE-GARONNE (31)

HÔPITAL PAULE-DE-VIGUIER

Jean-Philippe Raynaud, chef de pôle,
 chef de service

Unité mobile de psychiatrie périnatale

Maternité du CHU de Toulouse
 330, avenue de Grande-Bretagne
 TSA 70034



31059 Toulouse cedex 9

+33 (0)5 67 77 13 15

Marie-Jeanne Frerot, cadre de santé
 Ludivine Franchitto, psychiatre, responsable

franchitto.l@chu-toulouse.fr

Yolaine Martin, Carole Gentilleau,
 psychiatres.

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE
DE LA MGEN**Capacité d'hospitalisation de jour en périnatalité**

67, boulevard Deltour

31500 Toulouse

Secrétariat : + 33 (0)5 62 71 67 05

Perrine Helias,

psychiatre.phelias@mgen.fr



HERAULT (34)

CHU MONTPELLIER

Site : St-Eloi

Service de médecine psychologique
 des enfants et adolescents (SMPEA)

Unité parents-nourrisson (0-18 mois)

80, avenue Augustin-Fliche

34295 Montpellier cedex 5

+33 (0)4 67 33 71 90

Laurence Hébrard, pédopsychiatre

l-hebrard@chu-montpellier.fr

Marie-Joëlle Hervé, pédopsychiatre

mj-herve@chu-montpellier.fr

Frédéric Russet, psychologue ;

Corine Bompard, infirmière.



PAYS DE LA LOIRE

LOIRE-ATLANTIQUE (44)

CHU DE NANTES

Service de psychiatrie infanto-juvénile

Françoise Dupont, chef de service

françoise.dupont@chu-nantes.fr

Centre nantais de la parentalité

Françoise Dupont, pédopsychiatre référent

françoise.dupont@chu-nantes.fr

Claudine Plaire, cadre

claudine.plaire@chu-nantes.fr

Unité ressource de pédopsychiatrie périnatale

1 rue Marmontel

44000 Nantes

Secrétariat : +33(0)2 28 08 84 90

Françoise Dupont, pédopsychiatre

françoise.dupont@chu-nantes.fr

Perrine Deswert, pédopsychiatre

perrine.deswert@chu-nantes.fr

**Les Âges Premiers**

1 rue Marmontel

44000 Nantes

Secrétariat : +33(0)2 28 08 84 90

Françoise Dupont, pédopsychiatre

françoise.dupont@chu-nantes.fr

Perrine Deswert, pédopsychiatre

perrine.deswert@chu-nantes.fr

**Le « Home »**

Pavillon Pierre-Janet (3^e étage)

85 rue Saint-Jacques

44093 Nantes cedex 01

Secrétariat : +33(0)2 40 84 60 58

Françoise Dupont, pédopsychiatre

françoise.dupont@chu-nantes.fr

Katell Faure, pédopsychiatre

katell.faure@chu-nantes.fr

Perrine Deswert, pédopsychiatre

perrine.deswert@chu-nantes.fr



MAINE-ET-LOIRE (49)

CENTRE DE SANTÉ MENTALE ANGEVIN
(CESAME)


CENTRE ROGER MISÈS

Pôle ouest

Jean Malka, chef de pôle et de service
Olivier Roux, cadre supérieur coordonnateur
Service de psychiatrie infanto-juvénileCentre d'accueil thérapeutique à temps
partiel33 rue de la Charnasserie
49100 Angers

Unité de soins pour et autour du bébé

+33 (0)2 41 80 77 41

Aude Krembel, pédopsychiatre, 
responsable de l'unité
aude.krembel@ch-cesame-angers.fr
Camille Brasme Kossovski pédopsychiatre,
Fabrice Dardant, Marie Moquillon,
Albertine Julié psychologues,
Anne-Laure Couty, AMA

SARTHE (72)

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE
(EPSM) DE LA SARTHEPôle de psychiatrie infanto-juvénile
Mariane Piron-Prunier, chef de pôle

Unité ambulatoire de périnatalité

Bâtiment Saint Exupéry (1^{er} étage)
194 avenue Rubillard
72000 Le Mans
Secrétariat : Malvina Pitout
+33 (0)2 43 76 16 08
secretariat.pij.perinatalite@epsm-sarthe.fr
Camille Rébillard, pédopsychiatre,
responsable
c.rebillard@epsm-sarthe.frCécile Lecornu, Marie Jamet,
psychologues ;
Jennifer Chandonnay, puéricultrice ;
Aurore Gonzaleves,
Christèle de Willecot de Rincquesen,
infirmières ;
Sandra Berger cadre de santé.

VENDÉE (85)


CENTRE HOSPITALIER GEORGES-MAZURELLE

Pôle du secteur Nord de pédopsychiatrie
Jacky Gautier, chef de pôle
jacky.gautier@ch-mazurelle.fr
Isabelle Di Nicola,
cadre supérieure de santé


Centre Donald Winnicott

Rue Raymond-Prunier
85026 La Roche-sur-Yon Cedex
winnicott@ch-mazurelle.fr
Secrétariat : +33 (0)2 51 08 80 07
Laurence Hermouet,
infirmière coordinatrice
m.bouchard-fernandes@ch-mazurelle.fr

Winni à Dom

(en collaboration avec HAD Vendée)
SPIAD (soins pédopsychiatriques de
particulière intensité à domicile) 
Marie-Charlotte Bouchard-Fernandes,
pédopsychiatre coordinateur
m.bouchard-fernandes@ch-mazurelle.fr
Laurence Hermouet,
infirmière coordinatrice
m.bouchard-fernandes@ch-mazurelle.fr

Centre du Tout Petit

Jacky Gautier,
PH responsable 

CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL


Boulevard Stéphane-Moreau
85000 La Roche-sur-Yon

HAD Vendée

(en collaboration avec Winni à Dom)
+33 (0)2 51 24 14 45 
contact@hadvendee.com

— PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR —

BOUCHES-DU-RHÔNE (13)

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
AIX-PERTUISPôle femme-mère-enfant
Yves Rimet, pédiatre, chef de pôle
par intérim
yrimet@ch-aix.fr
Service de pédiatrie-néonatalogie
Yves Rimet, chef de serviceRéseau parentalité du pays
d'Aix-en-ProvenceCapacité d'hospitalisation conjointe 
en médecine néonatale, en appui
sur les unités d'Avignon et de Marseille
Avenue des tamaris
13616 Aix-en-Provence cedex 1
Chantal Bline, cadre
cbline@ch-aix.fr
+33 (0)4 42 33 56 95
Martine Garin, coordinatrice ;
Stefka Ivanov, psychiatre ;
Agnès Lucas, psychologue.


CENTRE HOSPITALIER MONTPERRIN

Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Pascale Louarn, chef de pôle
Service de psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescentVéronique Rivière, pédopsychiatre,
chef de service
veronique.riviere@ch-montperrin.fr


Unité Passerelle

Pavillon Anne-Dauphin – 1^{er} étage droite
Centre hospitalier de Salon-de-Provence
207 avenue Julien-Fabre
13300 Salon de Provence
Liaison au pôle femme-mère-enfant,
Centre hospitalier Salon-de-Provence,
maternité, pédiatrie
+33 (0)4 90 44 94 98**Liaison** à la maternité de Vitrolles
Pascale Mizzi
pascale.mizzi@ch-montperrin.fr,
Céline Onate
celine.onate@ch-montperrin.fr,
psychologues


CMPE Paul Cézanne

53, boulevard Carnot 
13100 Aix-en-Provence
+33 (0)4 42 91 41 99
Véronique Rivière
veronique.riviere@ch-montperrin.fr
Anaïs Axelrad, psychologue clinicienne
anaïs.axelrad@ch-montperrin.fr
Delphine Morin, éducatrice de jeunes enfants
delphine.morin@ch-montperrin.fr

CMPE Miramas

Place des Vents Provençaux 
13140 Miramas
+33 (0)4 90 58 13 79
Dominique Nannero, psychiatre
dominique.nannero@ch-montperrin.fr

CMPE Lambesc


Avenue de la Résistance 
13410 Lambesc
+33 (0)4 42 92 83 03
Estelle Gouriou, pédopsychiatre
estelle.gouriou@ch-montperrin.fr

CHU SAINTE MARGUERITE AP-HM


Pôle de psychiatrie, addictologie, pédopsychiatrie
David Da Fonseca, chef de pôle
Service de psychiatrie du bébé de l'enfant et de l'adolescent
François Poinso, chef de service

Secrétariat du service :
+ 33 (0)4 91 74 47 61/67

Unité parents-enfant

270 boulevard Sainte-Marguerite
BP 29
13274 Marseille Cedex 9 
Poste infirmier : +33 (0)4 91 74 47 64
Michel Dugnat, pédopsychiatre, responsable de l'unité
michel.dugnat@ap-hm.fr
Léo Gonnet, psychiatre assistant ;
Nicole Le Claire, psychologue ;
Céline Arnaud, Pascale Giovanetti,
Anne-Valérie Linglin, puéricultrices ;
Pascale Blanc Bouchon, Laurence Gatti,
Corinne Pothier, infirmières ;
Éliane Breton, aide-soignante ;
Nadine Diaz, assistante sociale ;
Nathalie Bonnes-Perrot, art-thérapeute.


Activité de liaison

à la maternité du CHU
de la Conception
Sabine Caminade, médecin 


CENTRE HOSPITALIER ÉDOUARD TOULOUSE

Pôle de pédopsychiatrie
Sigrid Martin, chef de pôle

Unité de soins précoces Didier Houzel

118 chemin de Mimet
13015 Marseille 
Secrétaire : Carine Decahagnes
+ 33(0)4 96 13 04 48

Marie-Pierre Gay, pédopsychiatre, responsable de l'unité
marie-pierre.gay@ch-edouard-toulouse.fr
Malika Koussa, cadre infirmière ;
Nathalie Romagné, psychologue clinicienne ;
Celine Derderian et Nelly Glomski, infirmières ;
Sylvie Vallet Marechal, psychomotricienne ;
Murielle Leguyader, assistante sociale.

Liaison à la maternité
du CHU Nord 

VAR (83)

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL TOULON-LA SEYNE-SUR-MER (CHITS)

Pôle de pédopsychiatrie
Isabelle Carbonel, chef de pôle
Yves Bernaud, pédopsychiatre, chef de service
yves.bernaud@ch-toulon.fr

Unité d'accueil parents-bébé (UAPB)


3 rue Charles-Gounod
83500 La Seyne-sur-Mer
Secrétariat : +33 (0)4 91 11 30 66
magali.julien@ch-toulon.fr
Ahmed Slimani, cadre de santé
Véronique Morville, psychiatre
veronique.morville@ch-toulon.fr
Nathalie Agostini, sage-femme de coordination
nathalie.agostini-ferrandes@ch-toulon.fr

VAUCLUSE (84)

CENTRE HOSPITALIER DE MONTEFAVET-AVIGNON

Pôle de psychiatrie infanto-juvénile
du Vaucluse
Christine Bonnauron, chef de pôle

Unité parents-bébé (UPB)

2 avenue de la pinède
CS 20107 
84918 Avignon
Poste infirmier : + 33(0)4 90 03 92 37
Catherine Saugues, pédopsychiatre, responsable de l'unité
catherine.saugues@ch-montfavet.fr
Michel Dugnat, pédopsychiatre praticien attaché
Marie-Line Perdiguier, cadre de santé
marie-line.perdiguier@montfavet.fr

Lucie Charial, Caroline Monin,
Aude Penel, psychologues ;
Jeanne-Elisabeth Prévôt, psychomotricienne ;
Nathalie Aroca, Florence Mairey, puéricultrices ;
Nada Benjaber, Virginie Carles,
Julie Pelouard, éducatrices spécialisées ;
Trine Caroe Saupic, Audrey Peyric,
Jessica Ramos, Isabelle Sbricci, infirmières ;
Marie-France De Lange, assistante sociale ;
Claire Capron, psychologue intervenante ;
Élisabeth Meunier, musicienne intervenante.


SUISSE

CANTON DE GENÈVE


HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG)

Département de l'enfant et de l'adolescent
(DFEA)
Service de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent (SPEA)

Guidance infantile


41 chemin des crêts de Champel
1206 Genève 
+41 223 72 89 89
Marie Schneider, pédopsychiatre
marie.schneider@hcuge.ch
Nathalie Nanzer, pédopsychiatre
nathalie.nanzer@hcuge.ch

Accordages


Villa Maurer 
2 avenue Louis-Aubert
1206 Genève
Fabienne Wälli Phaneuf, pédopsychiatre
fabienne.waelli@hcuge.ch
François Hentsch, pédopsychiatre
francois.hentsch@hcuge.ch

Fabienne Luethi Faivre, psychologue
fabienne.luethi@hcuge.ch
Aurore Couasnay Deschamps, infirmière
spécialisée, consultante en lactation ;
Marie-Pierre Rigolet, aide-soignante ;
Stéphanie Friedli May, assistante sociale.


Pédopsychiatrie de liaison,

service de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent, 
HUG
eve.henzen@hcuge.ch


Unité de périnatalité,

service d'obstétrique, HUG 
manuella.epiney@hcuge.ch

Psychiatrie de liaison de l'adulte,

service de psychiatrie de liaison
et de crise, 
HUG
lamyae.benzakour@hcuge.ch

Service de développement et de croissance,

lits d'hospitalisation pédiatriques, 
HUG
stephane.sizonenko@hcuge.ch

**Service des spécialités psychiatriques,
HUG**

jean-michel.aubry@hcuge.ch

Sandra Rusconi Serpa,
psychologue spécialiste en psychothérapie
sandra.rusconiserpa@unige.ch



CANTON DE VAUD

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
VAUDOIS (CHUV)**

Département de psychiatrie

Psychiatrie de liaison

Rue du Bugnon 23
CH-1011 Lausanne
+41 (0)21 314 10 91

Carlo Delli Noci, psychiatre de liaison
carlo.delli-noci@chuv.ch



Département de psychiatrie
Service universitaire de psychiatrie de
l'enfant et de l'adolescent (SUPEA)

Pédopsychiatrie de liaison

Avenue Pierre Decker 5
CH-1011 Lausanne
+41 (0)21 314 35 35

Mathilde Morisod Harari, pédopsychiatre
de liaison

mathilde.morisod@chuv.ch

Aline Yersin, infirmière en pédopsychiatrie
aline.yersin@chuv.ch



**CENTRE DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOTHERAPIE – LES TOISES**

Consultation de psychiatrie périnatale

Avenue des Mousquines 4
CH-1005 Lausanne
+41 584 580 580

Oguz Omay, psychiatre en périnatalité,
psychothérapeute
oguz.oday@lestois.ch



CANTON DE VALAIS

**CENTRE DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOTHERAPIE – LES TOISES**

Consultation de Psychiatrie Périnatale

Rue de l'Industrie 10
CH-1950 Sion
+41 584 580 580

Oguz Omay, psychiatre en périnatalité,
psychothérapeute
oguz.oday@lestois.ch



ASSOCIATION MAISON D'ACCUEIL MATERNEL

Lieu d'accueil parent-bébés

« **Le berceau** »

Route de Martoret 29
CH-1870 Monthey
leberceaudemam@gmail.com

<https://leberceau.ch>

Claire Morreale, psychologue
claire.morreale@gmail.com



Cette liste est le fruit du travail tenace de Christiane Souillot qui a recueilli des adresses, compilé des listes et épluché des sites internet des hôpitaux correspondants. Ces sites étant rarement à jour, il est possible que certaines informations manquent ou soient obsolètes. Cette liste est disponible sur le site de l'ARIP (www.arip.fr), elle sera tenue à jour et complétée grâce à vous. Toutes vos corrections utiles (sans doute nombreuses) peuvent être adressées à l'adresse : chris.graphie@wanadoo.fr. Une liste plus complète (en particulier pour les unités ambulatoires) sera disponible ultérieurement grâce au travail collectif des réponses faites par chacun-e et collectées par Sylvie Viaux et al. dans le cadre du groupe recensement de la co-commission Groupe WAIMH-France / Société Marcé Francophone.

ACRONYMES

ADBB : alarme détresse bébé

ADEMIE : aide départementale envers les
mères isolées et leurs enfants – plateforme
spécifique au territoire parisien

ADSAN : agence pour l'évaluation des
politiques de santé

AME : accompagnement mère-enfant

AMP : aide médico-psychologique

APLF : association Pickler-Lóczy de France

ARIP : association recherche (in)formation
périnatalité

ARH : agence régionale de l'hospitalisation

ARS : agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

ASH : agent de service hospitalier

ATCD : antécédents

ATTP : accueil thérapeutique à temps partiel

BDI : *Beck Depression Inventory*

BMI : bébé mère interaction

CAP : centre d'accueil permanent

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps
partiel

CCA : chef de clinique des universités-assistant
des hôpitaux

CDVP : carnet de dépistage de la vulnérabilité
périnatale

CHR : centre hospitalier régional

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion
sociale

CHRU : centre hospitalier régional universitaire

CHS : centre hospitalier spécialisé

CHU : centre hospitalier universitaire

CIM : classification internationale des maladies

CMD : consultation multidisciplinaire
 CMP : centre médico-psychologique
 CMPE : centre médico-psychologique enfants
 CMPP : centre médico-psycho-pédagogique
 CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
 COS-MPS : consultation d'obstétrique spécialisée médico-psycho-sociale
 CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
 CPEA : centre psychothérapique pour enfants et adolescents
 CRIP : cellule de recueil des informations préoccupantes
 CRPPC : centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique
 CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

 DAL : dispositif d'aide à la lactation
 DOHaD : origine développementale de la santé et des maladies

 EDIN : échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né
 ELFE : étude longitudinale depuis l'enfance
 EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
 EPS : établissement public de santé
 ESPT : état de stress post-traumatique
 EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*
 EPP : entretien prénatal précoce
 EPNP : entretien postnatal précoce
 EPSM : établissement public de santé mentale à vocation départementale
 ETP : éducation thérapeutique en psychiatrie
 ETP : équivalent temps plein
 EVA : échelle visuelle analogue

 GO : gynécologue-obstétricien
 GRS : *Global Rating Scale*

 HDJ : hôpital de jour
 HDS : hospitalisation de semaine
 HDR : habilitation à diriger des recherches
 HTP : hospitalisation temps plein

 IDE : infirmier diplômé d'état
 IDEF : institut départemental de l'enfance et de la famille
 INAMI : institut national d'assurance maladie-invalidité
 INED : institut national d'études démographiques
 IO : *Infant Observation*
 IP : information préoccupante
 IVG : interruption volontaire de grossesse

 LAEP : lieu d'accueil enfant-parent

 MAPE : maisons d'accompagnement parents-enfants
 MDR : maison départementale du Rhône
 MFIU : mort fœtale *in utero*
 MG : médecin généraliste

 NBAS : *Neonatal Brazelton Assessment Scale*
 NICE : *National Institute for Health and Care Excellence*
 OMS : organisation mondiale de la santé
 ONE : office de la naissance et de l'enfance
 OPP : ordonnance de placement provisoire

 PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur
 PH : praticien hospitalier
 PHRC : programme hospitalier de recherche clinique

PIPE : *Pediatric Infant Parent Exam*
 PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
 PNP : préparation à la naissance et à la parentalité
 PPI : post-partum immédiat
 PTI : psychothérapie interpersonnelle
 PUF : presses universitaires de France

 QCM : questionnaire à choix multiple

 RCB : réunion clinique bébé
 RCIU : retard de croissance intra-utérin
 RGO : reflux gastro-œsophagien
 RMEF : réseau mère-enfant de la francophonie
 RIP : recueil d'information préoccupante
 RMM : revue morbidité mortalité
 RSPP : réseau de santé périnatal parisien

 SAD : soins à domicile
 SDF : sans domicile fixe
 SDN : salle de naissance
 SMF : société Marcé francophone

 SMPS : staff médico-psychosocial
 SPPI : admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent
 SROS : schémas d'organisation des soins
 SSM : service de santé mentale
 STAI : *State Trait Anxiety Inventory*
 STAXI : *State-Trait Anger Expression Inventory*

 TISF : technicien-ne en intervention sociale et familiale
 TFPP : thérapie familiale psychanalytique périnatale
 TMS : travailleurs médico-sociaux
 TSA : trouble du spectre autistique

 ULB : université libre de Bruxelles
 ULICE : unité locale d'intervention de crise et d'évaluation

 WAIMH : *World Association for Infant Mental Health*

SOMMAIRE DU SPIRALE 92 (ÉRÈS)

COORDONNÉ PAR L'ALLIANCE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE PÉRINATALE

Codirigé par Natacha COLLOMB, Michel DUGNAT et François POINSO

MICHEL DUGNAT

Alliance pour la santé mentale périnatale

« À cause des bébés » : soigner les parents, prendre soin des bébés... et inversement ?

ADRIEN TAQUET

Extraits de l'allocution enregistrée pour le colloque « Soigner ensemble en psypérinatalité » (19, 20 et 21 septembre 2019, Marseille)

ALLIANCE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE PÉRINATALE

« À cause des bébés » : l'Appel de Marseille (21 septembre 2019)

ANNE-MYRILLE RIVOAL

Seule avec cette étrangère, réunies par le Village

MARTINE HOULIER

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

Je suis la maman d'une jeune femme qui souffre de schizophrénie depuis l'âge de 19 ans et, par elle, je suis devenue grand-mère d'un petit garçon

ÉLISE MARCENDE

Maman Blues

Informier, prévenir et témoigner

UMBERTO SIMEONI

Le développement et les 1000 premiers jours : une opportunité de prévention précoce en santé

CHANTAL ZAOUCHE GAUDRON

Bébé, petite enfance en contexte (BECO)

Les bébés aussi ont une histoire

ISRAËL NISAND

Collège national des gynécologues-obstétriciens de France (CNGOF)

La solitude des mères

DENIS MELLIER

World Association for Infant and Mother Mental Health-France

La WAIMH-France et la santé mentale du nourrisson et des bébés

CHRISTINE FAURE ET JÉRÔME PERRIN

Adessadomicile

Présence périnat¹, réseau médico-social périnatal de proximité : pour des TISF au cœur du travail en réseau personnalisé

CÉCILE BOSCHER

Société française de pédiatrie (SFP)

Soutenir toutes actions et travaux concernant la santé psychique des mères en période périnatale, pour le bien de leurs enfants

GISÈLE APTER ET MICHEL DAVID

Fédération française de psychiatrie (FFP) et Société de l'information psychiatrique (SIP)

Priorité à la périnatalité

JEAN-LAURENT CLOCHARD

Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (FNAAFP)

L'Alliance, *la* structure de référence pour la construction de politiques publiques périnatales

DOMINIQUE BRENGARD ET SYLVIE TORDJMAN

Association des équipes mobiles en psychiatrie (AEMP)

Pour des équipes mobiles en psypérinatalité

ÉLISABETH DARCHIS ET PIERRE BENGHOZI

Société internationale de psychanalyse familiale périnatale (SIFPF)

Une approche familiale opérante pour la prévention en psypérinatalité

ANNE LUCAS

Association nationale des puéricultrices diplômées d'état (ANDPE)

La pesée enveloppée en centre de PMI : d'une pratique de puériculture à un enveloppement psychique contenant

SERVANE LEGRAND

Association nationale des psychologues petite enfance (ANAPSY.pe)

Instantanés de la pratique des psychologues en périnatalité et petite enfance

FLORENCE BRONNY, MAGALI CHATAGNAT

ET MONIQUE PERRIER GENAS

Syndicat national d'union des psychomotriciens (SNUP)

Psychomotricité : une indication pour le tout petit et sa famille en périnatalité

SARAH SANANÈS

Collège de psypérinatalité

L'Alliance : une promesse à tenir ensemble

BENOÎT BAYLE

Société Marcé Francophone (SMF)

Intégrer l'évaluation de la santé psychique dans le parcours de soin de la grossesse et du post-partum

CATHERINE SALINIER-ROLLAND

Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)

Une consultation pédiatrique de second recours

PASCAL MARIOTTI

Association des établissements de santé mentale (ADESM)

Plaidoyer pour la pédopsychiatrie périnatale

SARAH SANANÈS, NATACHA COLLOMB,
MICHEL DUGNAT, ALAIN GRÉGOIRE

Global Maternal Mental Health Alliance (GMHA)

Santé mentale périnatale Outre-Manche : une inspiration possible pour la France ?

COLLÈGE DE PSYPÉRINATALITÉ, ALLIANCE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE PÉRINATALE

Dix mesures concrètes d'organisation de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge conjointe (parents-bébé) graduée et coordonnée des troubles psychiques en périnatalité

DRINA CANDILIS-HUISMAN

Le développement du bébé de 0 à 2 ans ; mieux le connaître pour mieux prendre soin de lui et de ses parents

SYLVIANE GIAMPINO

Haut conseil à la famille, à l'enfance et à l'âge (HCFEA)

Texte cadre pour l'accueil du jeune enfant : refonder l'accueil du jeune enfant

MICHEL DUGNAT

Perspectives fragmentaires de la psypérinatalité

Carte des besoins

SYLVIE VIAUX ET SYLVIE NEZELOF

Les unités de soins conjoints périnataux : état des lieux et perspectives

Répertoire aléatoire des ressources

Lettre de mission au Dr Boris Cyrulnik

REMERCIEMENTS

Ont aussi communiqué dans le colloque, outre les auteurs rassemblés dans l'ouvrage – (en espérant n'oublier personne...) :

Marie-Joëlle Hervé, pédopsychiatre; Laurence Hébrard, pédopsychiatre; Frédérick Russet, psychologue; Corine Bompard, infirmière; Marion de la Taille, sage-femme; Clémentine Henri, sage-femme; Caroline Maugez, psychologue clinicienne; Catherine Novel, auxiliaire de puériculture; Nathalie Lampre, infirmière; Camille Giancesini, infirmière; Justine Perotin, psychologue clinicienne; Emmanuelle Letamendia, pédiatre; Bénédicte Goudet-Lafont, pédopsychiatre; Marie Schneider, pédopsychiatre; Nathalie Nanzer, pédopsychiatre; François Hentsch, pédopsychiatre; Carlo Delli Noci, psychiatre de liaison; Mathilde Morisod Harari, pédopsychiatre de liaison; Aline Yersin, infirmière en pédopsychiatrie; Anaïs Axelrad, psychologue clinicienne; Delphine Morin, éducatrice de jeunes enfants; Véronique Rivière, pédopsychiatre; Agnès Nelva, psychiatre; Ingrid Garnier, psychologue; Camille Rébillard, pédopsychiatre; Elisabeth Peiffer, éducatrice de jeunes enfants; Bernadette Diss, puéricultrice; Virginie Durand, auxiliaire de puériculture; Jeanne-Elisabeth Prévôt, psychomotricienne; Trine Carøe Saupic, infirmière; Audrey Peyric, infirmière; Elysabeth Meunier, musicienne; Yolaine Martin, psychiatre; Sylvie Viaux-Savelon, pédopsychiatre; Fabienne Wälli Phaneuf, pédopsychiatre; Fabienne Luethi Faivre, psychologue; Aurore Couasnay Deschamps, infirmière spécialisée, consultante en lactation; Marie Pierre Rigolet, aide-soignante; Stéphanie Friedli May, assistante sociale; Guillaume Cézanne-Bert, pédopsychiatre; Isabelle Schertz, pédopsychiatre; Agnès Sordet, cadre de santé; Dominique Ditner, psychologue; Lucie Thiriet, infirmière; Ludivine Barbier, infirmière; Lyphea Khun-Franck, éducatrice de jeunes enfants; Didier Rabain, pédopsychiatre; Catherine Agbokou, psychiatre; Marie Laure Gourdy, socio-esthéticienne; Justine Bonnotte, puéricultrice; Virginie Carles, éducatrice de jeunes enfants; Isabelle Sbricci, infirmière; Aude Penel, psychologue; Jean-Charles Lachambre, infirmier; Pascale Tielemans, pédopsychiatre; Valérie Baron, infirmière; Krystel Roqueplo, infirmière; Marie-Eve Artiaga, éducatrice de jeunes enfants; Sandrine Fabre, infirmière.

Qu'ils en soient remercié-e-s.

Ce colloque « soigner ensemble en psypérinatalité » a bénéficié du soutien du Dr Christine Bonnauron (responsable du pôle de psychiatrie infanto-juvénile du Vaucluse) et de l'équipe de l'unité parents-bébé du centre hospitalier de Montfavet-Avignon : Nathalie Aroca, Nada Benjaber, Virginie Carles, Lucie Charial, Marie-France De Lange, Michel Dugnat, Stéphanie Escriva, Virginie Jabrin, Florence Mairey, Caroline Monin, Julie Pélouard, Aude Penel, Marie-Line Perdiguier, Jessica Ramos, Catherine Saugues, Caroline Sallé, Trine Saupic, Isabelle Sbrissi et de toute l'équipe de l'unité parents-enfant du service du Pr François Poinso à Marseille : Céline Arnaud, Pascale Bouchon-Blanc, Éliane Breton, Michel Dugnat, Laurence Gatti, Pascale Giovanetti, Sophie Joly, Nicole Le Claire, Anne-Valérie Linglin, Solange Louis, Martine Olivares, Marie-Pierre Pignolo, François Poinso, Corinne Pothier.

Monsieur Jean-Pierre Staebler, directeur du centre hospitalier de Montfavet-Avignon a manifesté, à nouveau, le soutien de cet établissement à l'ARIP. Sans ce soutien, ce livre ne serait pas ce qu'il est.

L'ARIP a mobilisé son conseil d'administration : Michèle Anicet, Josette Briat, Natacha Collomb, Françoise Dame, Michel Dugnat, Simone Frégni, Trine Saupic, Aude Penel ont soutenu le projet de cet ouvrage.

Ont prêté le concours de leur attention : Clara Caudron, Paul-Émile Dugnat, Dominique Gouguenheim, Sarah Sananès.

Léo Gonnet a fait bénéficier *En acte(s)* de son expérience d'éditeur (La Conquête) en conseillant comme maquettiste Thomas Floris-Courtaillier dont l'accompagnement tout au long de la confection de cet ouvrage a été aussi professionnel que convivial.

Que tou-te-s en soient vivement remercié-e-s.

Raouf Karray (Route d'El-Ain, El Alia, BP 80-3051 Sfax, Tunisie. raouf.arte@yahoo.fr), a mis à disposition son talent pour les œuvres de la couverture et des pages introduisant les parties. Il œuvre au bénéfice d'associations sfaxiennes que vous pouvez aussi soutenir :

✓ **Errafik** pour les enfants abandonnés et sans soutien (Tél : +216 74 242 351- Fax : +216 74 242 364 ; C.C.B. : UBCI SFAX 11 107 002046900878878)

✓ **El Mouroua**, pour les enfants polyhandicapés (Siège : Route Ellain km 6,5 – fax – Tunisie-Tél/Fax : +216 74 630 698. Mail : association.elmouroua@gmail.com C.C.B. : STB.Sfax Chaker : 10 701 004013896978885)

✓ **Ibnou Sina** pour les enfants autistes.

Qu'il soit, à nouveau, cette fois par écrit, chaleureusement remercié. Au-delà de vos soutiens aux associations qu'il parraine, n'hésitez pas à lui acheter des œuvres par correspondance.

Infatigable cheville ouvrière, Marie-Claire Rogier s'est dévouée à la coordination de l'organisation de cette manifestation en poupées russes.

Christiane Souillot a mis sa ténacité exceptionnelle au service de la collecte des textes des auteurs de cet ouvrage. Qu'elle en soit tout particulièrement remerciée.

Si certains de ceux-ci ont une habitude des publications, d'autres ont eu besoin de l'aide des directeurs de l'ouvrage pour la mise en forme de textes moins aboutis... Qu'ils n'hésitent pas à remercier les directeurs de l'ouvrage.

IN FINE

Les colloques de l'ARIP sont à l'origine d'autant d'ouvrages publiés aux éditions érès (Toulouse) : <https://www.editions-eres.com/nos-auteurs/49212/dugnat-michel?page=1>

<i>Temp(s) et rythmes en périnatalité</i>	(19-21 novembre 2020?)
<i>Soins, corps & langage</i>	(15-17 novembre 2018)
<i>Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)</i>	(17-19 novembre 2016)
<i>Empathie autour de la naissance</i>	(20-22 novembre 2014)
<i>L'art d'accueillir embryons, fœtus et bébés</i>	(21-23 mars 2013)
<i>Soigner, prendre soin du bébé et de ses parents</i>	(17-19 mars 2011)
<i>Féminin, masculin, bébé</i>	(16-18 octobre 2008)
<i>Bébés et cultures</i>	(26-28 octobre 2006)
<i>Émotions autour du bébé</i>	(21-23 octobre 2004)
<i>Prévention précoce, parentalité et périnatalité</i>	(24-26 octobre 2002)
<i>Observer un bébé avec attention</i>	(24-25 octobre 2000)
<i>Devenir père, devenir mère</i>	(8-9 octobre 1998)
<i>Le monde relationnel du bébé</i>	(22-23 juin 1996)
<i>Troubles relationnels précoces père-mère/bébé</i>	(8 avril 1995)

L'ARIP a aussi soutenu :

« -9+9. Coopérer en périnatalité » (2016) *Spirale*, Toulouse, érès
 « Les paysages intersubjectifs du bébé; hommage à Daniel Stern » (2013) *Spirale* 64, Toulouse, érès
 « Les réseaux de périnatalité » (2012) *Spirale* 61, Toulouse, érès
 « Nounous et modes d'accueil » (2004) *Spirale* 30, Toulouse, érès
 « L'hospitalisation mère-bébé » (1999) *Spirale* 10, Toulouse, érès
 Dugnat M., Glangeaud-Freudenthal N., Isserlis C., Sutter-Dallay A-L. (co-dir). (2008) *Guide pour la pratique de l'Entretien Périnatal Précoce*, Toulouse, érès
 Dugnat M., Neyrand G., Revest, G., Trouvé J-N. (co-dir) (2006) *Familles et petite enfance*, Toulouse, érès

Et tout particulièrement, sous la direction de Drina Candilis et Michel Dugnat, l'ouvrage issu de la semaine de Cerisy (septembre 2015) *Bébé Sapiens – Du développement épigénétique aux mutations dans la fabrique des bébés*. 2017. Toulouse, érès

Enfin, disponible en français, dans la belle traduction de Hélène Colombo, l'ouvrage de Lynne Murray, *The Psychology of Babies, How Relationships Support Development from Birth to Two*, est un précieux guide illustré pour les parents, où professionnels de tous métiers trouveront l'essentiel des recherches récentes sur la « socialité joyeuse » (Colwyn Trevarthen) des bébés, et sur leurs besoins développementaux (physiques, affectifs, sociaux et cognitifs ...). Présentée à partir de séquences de photos, l'importance des relations comme support du développement y est démontrée par Lynne Murray, une des plus grandes scientifiques de la relation parents-bébé.

SOUS LE HAUT PATRONAGE D'AGNES BUZYN, Ministre des solidarités et de la santé
 et D'ADRIEN TAQUET, Secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance

SOIGNER ENSEMBLE EN PSYPÉRINATALITÉ

14^{èmes} Journées francophones biannuelles des Unités d'hospitalisation parents-bébé
 6^{ème} Journée des Unités ambulatoires parents-bébé

DERNIÈRE MINUTE
 M. Adrien TAQUET, secrétaire d'État
 à la protection de l'enfance (allocation enregistrée)

19 & 20 septembre COLLOQUE DE PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE ET SANTÉ MENTALE PÉRINATALES

Pour répondre à une priorité de santé publique,
 des dispositifs de soins conjoints, gradués
 et coordonnés : les unités ambulatoires et
 hospitalières parents-bébé... et leurs partenaires

21 septembre ASSISES

Vers une Alliance francophone
 pour la psychiatrie, la psychologie
 et la santé mentale périnatales

INTERVENANTS : Gisèle Apter · Benoît Bayle · Roubil
 Balzaux · Jean-Marc Chabannes · Philippe Deruelle · Michel Dugnat ·
 François Edouard · Nicolas Falaise · Nicole Garret-Glancec · Maya
 Gravier · Alain Grégoire · Florence Grésier · Elisabeth Martin-Lebrun ·
 Sophie Guillaume · Fabienne Lacoude · Sylvie Mezard · François Poinson ·
 Denis Mellier · Sylvain Missemier · Sandra Rusconi · Sarah Santanes
 Anne-Myrtille Rivault · Yvonne Savalon · Chantal Zaouche ·
 Emilie Vareilles · Sylvie Finaux-Savalon · Claire Pitollat (13), Marine
 Jean-François Césari (84), Clotilde Pitollat (13), Marine
 Wanner (87) pour la partie ASSISES

19, 20 & 21 septembre 2019 MARSEILLE

Amphithéâtre Toga
 Faculté de Médecine (Aix-Marseille Université)
 27, boulevard Jean Moulin - 13005 Marseille
 Métro ligne 1 « la Timone »

IFSI La Blancarde 59, rue Peyssonnel - 13003 Marseille
 Métro ligne 2 « Desirée-Clary »

arip@wanadoo.fr / www.arip.fr

APHM
 ASSOCIATION FRANÇAISE
 DES UNITS PÉRINATALES DE MARSEILLE

Centre Hospitalier
 Montfavet
 Avignon

La Société
 Marce
 Francophone

INFANT MENTAL HEALTH

Ministère
 DES SOLIDARITÉS
 ET DE LA SANTÉ

Sous le Haut Patronage de Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN
Avec MAMAN BLUES et le COLLÈGE 2PSMP

SOIGNER LES PARENTS (malades psychiques) PRENDRE SOIN DES BÉBÉS (en souffrance) ... ET INVERSEMENT ?

Mieux répondre aux besoins de soins psychiques conjoints (parents-bébé) en développant
une offre graduée et coordonnée promouvant l'égalité dans l'accès aux soins

JOURNÉE DE (PSY)PÉRINATALITÉ : PSYCHIATRE, PSYCHOLOGUE ET SANTÉ MENTALE PÉRINATALES (2PSMP)



5 juin 2019
Ministère des
Solidarités et de
la Santé - PARIS

Matinée

Accueil : 8h15

BESOINS ET ATTENTES
Allocation d'ouverture (à préciser)
Introductions Valérie MEZGER (DR CNRS) - Anne Myrtille RIVOAL (mière hématologue d'une difficulté maternelle soignée et traversée) - Alain GREGOIRE (R.U., Global Maternal Mental Health Alliance)

Table ronde : ATTENTES ET RESSOURCES DES PARTENAIRES
Modération : Michel DUGNAT / Olivier BERNARD (pédiatre, responsable à la PMI des Bouches-du-Rhône) - Jean-François CESARINI (député de la première circonscription du Jura) - Sylviane GIAMINO (vice-présidente du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge) - Sophie GUILLAUME (présidente honoraire du CNSF) - Israël WISAND (président du CNGOFP) - Catherine SALINIER (représentante de l'AFPA)

Après-midi

EXISTANT ET PERSPECTIVES
Tables rondes :
POINTS DE VUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES
Modération : Sarah SAMANÉS / Florence GRESSIER (présidente de la SMF) - Denis MELLIER (co-président de la WAMH-F)

ASSOCIATIONS
Modération : Catherine MASSOUBRE / Arnelle BOISVION (UNAF-FAM) - Claude FINKELSTEIN (FNAPSY) - Elise MARCENDE (MAMAN BLUES)

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS
Modération : (à préciser) / François EDOUARD (FNAPFP/CSF) - Sylvie NEZELOF (pédiopsychiatre, SMF) - Sylvie VIAUX (pédiopsychiatre, WAMH-F)

POUR UN PARCOURS GRADUÉ ET COORDONNÉ DE SOINS CONJOINTS
Modération : Yvan HALIMI (président du comité de suivi "psychiatrie et santé mentale" HAS) / Raouf BELZEAUX (psychiatre) - Danièle CAPGRAS-BABERON (sage-femme) - Eve LUMBROSO (pédiopsychiatre)

SOINS CONJOINTS
Modération : Yvan HALIMI (président du comité de suivi "psychiatrie et santé mentale" HAS) / Raouf BELZEAUX (psychiatre) - Danièle CAPGRAS-BABERON (sage-femme) - Eve LUMBROSO (pédiopsychiatre)

DEBAT GÉNÉRAL animé par Michel DUGNAT (Collège 2PSMP)

Conclusion(s) Katia JULIENNE (dir. HAS) - (à préciser)

Fin : 17h15

Sous l'égide de



à scanner avec application ad hoc sur téléphone intelligent



Entrée gratuite / inscription obligatoire (nombre de places limité)
<https://www.survio.com/survey/d/C314K8Q6L6B3R9C4F>