

LA PLACE D'UN PEDOPSYCHIATRE EN MATERNITE

Grossesse, naissance et transmission : la place d'un pédopsychiatre en maternité
Par Françoise Fericelli-Broun

Extrait

Les pédopsychiatres et les psychanalystes ont effectué ces dernières décennies de nombreuses avancées dans le domaine de la psychiatrie du bébé. Des pratiques thérapeutiques se référant à la théorie psychodynamique du fonctionnement du psychisme se sont développées pour des enfants de plus en plus jeunes (Stern, Lebovici, Cramer...). Depuis une dizaine d'années, des pédopsychiatres et des psychologues cliniciens pour enfants se sont aventurés sur des terrains encore plus précoces, mettant en place des interventions thérapeutiques en anténatal dans le cadre de collaborations avec des maternités (Bydlowski, Missonnier...). Ces collaborations ont été largement encouragées en France ces derniers temps, avec le développement de la pédopsychiatrie de liaison périnatale et le tout récent plan périnatalité 2005-2007.

Dans cet article, nous nous proposons de rapporter l'expérience d'une petite unité de pédopsychiatrie à l'hôpital général, qui intervient en maternité et en néonatalogie. Après un bref survol des repères théoriques sur lesquels nous nous sommes fondés, nous poserons la question des possibilités d'une rencontre entre deux champs médicaux aussi différents que l'obstétrique et la pédopsychiatrie. Nous illustrerons ensuite notre propos d'une vignette clinique, à partir de laquelle nous poserons les modalités de la construction d'un cadre de travail pédopsychiatrique en anténatal. Nous verrons comment ce cadre permet une mobilisation du psychisme des futurs parents dans le but de prendre soin du bébé à venir. Nous terminerons par une modélisation des consultations thérapeutiques anténatales, en précisant leurs objectifs, leurs indications et leurs mécanismes.

Repères théoriques

C'est Winnicott (1956), pédiatre et psychanalyste, qui observe le premier l'existence d'un état psychique particulier chez les femmes normales récemment accouchées. Il désigne cet état par le terme de *préoccupation maternelle primaire*. Winnicott repère que la préoccupation maternelle primaire « se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et opérationnel à sa fin. » Ainsi la femme enceinte se désintéresse-t-elle de ses investissements habituels (qu'ils soient conjugaux, amicaux, professionnels...) pour se centrer sur elle-même et son état, ses rêveries à propos de l'enfant à venir, son monde interne. Winnicott insiste sur le fait que cet état de repli narcissique progressif est nécessaire afin que la mère puisse s'adapter au mieux aux besoins de son bébé de manière à lui assurer un sentiment continu d'existence.

Bydlowski (1997), qui fut une pionnière en France du travail psychanalytique mené en maternité, nous apporte une jolie description de *la réalité intérieure de la femme enceinte* : il s'agirait du « bébé d'autrefois, portant un enfant à naître et se souvenant dans son corps de ses propres émotions précoces ». Bydlowski évoque également le regard oblique des madones des peintres de la Renaissance, dont les yeux sont tournés vers le bas et en dehors, en un mouvement qui dirige leur regard vers l'intérieur d'elles-mêmes. Ce regard oblique et

pathétique pourrait être la métaphore de la crise émotionnelle et maturative traversée par la femme enceinte. Regard de la passion intérieure et silencieuse, tourné vers un objet invisible et mystérieux : telle pourrait être la représentation de l'objet interne des psychanalystes, avivée par la gestation. Ce même auteur a introduit la notion de *transparence psychique* chez la femme enceinte : des fragments d'inconscient viennent naturellement à la conscience, au travers de reviviscences mnésiques et de fantasmes régressifs correspondant à un afflux de représentations infantiles. Toutes ces motions inconscientes ne rencontrent pas la barrière habituelle du refoulement. Ce mécanisme se retrouve dans certaines pathologies psychiatriques telle la psychose, mais correspond chez la femme enceinte à un état normal.

De son côté, Racamier (1978), dans son ouvrage *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, a décrit chez la femme enceinte une étape essentielle, *une crise maturative ou du développement comparable à la crise d'adolescence* du fait de la réactivation de conflits latents par des facteurs hormonaux, psychologiques, sociologiques, ethnologiques. Racamier désigne cette phase du développement psychoaffectif de la femme par le terme de *maternité*. Comme l'adolescence, la grossesse n'est donc pas qu'un processus physiologique, mais également *une période d'intenses remaniements psychiques*. Ainsi, tant du point de vue du psychisme maternel que de celui de l'adolescent, la mobilisation psychique constatée peut être l'occasion d'une intervention thérapeutique visant à des réaménagements des instances, à des mobilisations identificatoires.

Nous assistons en particulier, tout comme chez l'adolescent, à *une mobilisation du narcissisme*. Dans le cas de la femme enceinte, ceci implique des changements contradictoires :

- Changements à la fois source de satisfaction narcissique (identification de la femme enceinte à ses propres parents et à leur puissance).
- Mais aussi changements source de renoncement (à être soi-même l'enfant merveilleux).

En tout état de cause, la grossesse favorise l'émergence d'une problématique en lien avec *les identifications de la future mère à sa propre imago maternelle*. Cette imago peut parfois correspondre à une représentation dévalorisée ou haïe, ce qui sera source d'un intense conflit au moment de devenir mère soi-même.

Nous assistons également pendant la grossesse à une *réactivation des fantasmes œdipiens*, source d'angoisse et de culpabilité. Mais ce sont incontestablement *les fantasmes les plus archaïques* et les mécanismes psychiques habituellement présents dans la psychose (déli, clivage et projections) que l'on rencontre fréquemment chez la femme enceinte, et ceci en dehors de l'existence d'une pathologie psychiatrique.

Étant donné l'ensemble des mécanismes décrits, l'intérêt d'une intervention sur le psychisme maternel, particulièrement lorsque ces mécanismes psychiques normaux sont bloqués, semble évident. Qu'en est-il maintenant de l'intérêt pour l'enfant à venir ? Car c'est bien de ce point de vue-là que le pédopsychiatre va être amené à intervenir, à savoir du côté de la construction psychique chez l'enfant. Habituellement, le pédopsychiatre est convoqué plus tardivement, sur la scène des symptômes chez l'enfant, symptômes signalant l'existence d'une souffrance psychique. A cette occasion, des entretiens familiaux révèlent

fréquemment l'existence de projections parentales invalidantes pour l'enfant ; nous arrivons parfois à les mobiliser, mais nous ne parvenons en général pas à les modifier fondamentalement. Or, pendant la grossesse, nous assistons à la mise en place de ces mécanismes de projection sur l'enfant, en lien avec l'histoire générationnelle de chacun des parents.

Par ailleurs, les développements de ces trente dernières années concernant *la psychiatrie du bébé* avec des auteurs comme Stern (1989), Lebovici (1983), Cramer (1993), nous permettent de faire le pont entre les contenus psychiques maternels et les réactions du nourrisson. J'évoque là explicitement *la théorie des interactions et la pratique des psychothérapies mère-bébé*. On a pu ainsi construire une véritable métapsychologie des relations précoces. Cramer et Palacio (1993) ont théorisé l'existence d'une nouvelle topique avec le fonctionnement mental du post-partum, nouvelle topique déterminant les mobilisations psychiques possibles au cours des thérapies conjointes mères- bébés. Palacio Espasa, en 2001, définit différents types de conflits de la parentalité (normale, névrotique, masochique, narcissique) et leur effet sur l'organisation psychique de l'enfant. Golse, dans son récent ouvrage intitulé *L'être bébé* (2006), spécifie que *les processus de transmission mère/bébé ne portent pas que sur des contenus de pensée mais aussi, voire parfois surtout, sur les contenant de pensée*. De ce fait, deux types de processus peuvent se transmettre :

- Les processus qui permettent la transmission.
- Les processus qui sont susceptibles d'entraver la transmission, phénomènes que l'on appelle aussi *travail ou transmission du négatif* (pp. 280-287).

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

Pédopsychiatrie et obstétrique : quelle rencontre possible ?

Nous venons d'aborder ce qui peut conduire un pédopsychiatre à se rapprocher des professionnels de première ligne de la grossesse et de la naissance, c'est-à-dire des sage-femmes, des obstétriciens. Soucieux du développement psychique de l'enfant, nourri des récents développements théoriques et observations cliniques concernant les bébés, le pédopsychiatre s'intéresse à la femme enceinte, à la naissance, au post-partum, en portant une attention particulière aux représentations parentales et à ce qui, du psychisme des parents, est mobilisé par ces phénomènes.

D'un autre côté, on peut se demander ce qui conduit les obstétriciens et les sage-femmes vers le pédopsychiatre. Jusqu'aux années 1970, l'accoucheur veillait essentiellement sur la santé physique de la mère et de l'enfant et se préoccupait avant tout de réduire la mortalité périnatale et les handicaps. Le psychiatre, lui, était susceptible d'être convoqué lors des décompensations psychiatriques du post-partum. Entre ces deux champs, il n'y avait pas vraiment de lien, pas d'échanges. Le développement de la technique médicale, de l'imagerie anténatale, du diagnostic anténatal a, dans la réalité de ces professionnels de première ligne, considérablement réduit la mortalité maternelle et infantile, ainsi que la naissance d'enfants porteurs de handicap. Dans ce contexte, deux axes se sont développés :

- D'une part la *baisse considérable de la mortalité autour de la naissance* la rend inconcevable pour les patients lorsqu'elle survient malgré tout. Les médias ont véhiculé depuis des années l'image d'une médecine toute-puissante, d'une procréation maîtrisée, d'une naissance sans risque d'un enfant parfait. Du coup, lorsque malgré tout survient la mort avant, pendant ou juste après la naissance, la déconvenue est grande pour les familles, le désespoir est majeur pour l'équipe obstétricale. Ces équipes cherchent à se doter non seulement de moyens pour aider les femmes ayant subi une telle catastrophe, mais aussi de moyens de réflexion sur leur propre pratique, afin de l'améliorer, de l'adapter à cette évolution sociétale.

- D'autre part, le souci des professionnels de la naissance est de plus en plus *d'assurer la santé globale (pas seulement physique) de la mère et de l'enfant dès le démarrage du processus vital*. En témoigne très concrètement le contenu du plan périnatalité 2005-2007 mettant l'accent sur un dépistage précoce des difficultés sociales, psychologiques, affectives des futurs parents et sur la nécessité de renforcer leur sécurité émotionnelle (Molénat, 2001).

Nous assistons donc à un souhait de passer au-delà du classique clivage somatique/psychique, en faveur de la notion d'une prise en charge plus globale, dont l'idée est fortement présente dans la formation même des professionnels de la naissance à l'heure actuelle. Le terreau est donc également présent du côté de ces professionnels pour initier et mener des collaborations avec des professionnels du psychisme des enfants.

Il n'en demeure pas moins que des difficultés structurelles rendent cette enrichissante collaboration difficile à mener au quotidien :

- D'une part, *les deux champs (obstétrique et pédopsychiatrie) n'œuvrent pas dans la même temporalité* : le rythme d'une maternité est celui de l'urgence, de l'imprévu, de décisions capitales à prendre rapidement. Le rythme de l'intrapsychique est tout autre, les interventions pédopsychiatriques s'inscrivent en général dans le temps, la durée, la fiabilité des repères et des cadres. De plus, les sages-femmes sont nombreuses, assurent une permanence vingt-quatre heures sur vingt-quatre par rotations, alors que les psychiatres et psychologues ont des horaires de journée fixes.

- D'autre part, l'équipe obstétricale est en permanence *secouée par des réalités de vie ou de mort*, tandis que l'équipe pédopsychiatrique se tourne a priori vers *les réalités psychiques* des sujets qu'elle rencontre. Pour que ces deux approches radicalement différentes puissent se rencontrer et s'enrichir l'une de l'autre, il faudra beaucoup de bonne volonté, de respect mutuel, d'écoute, de capacités de repérage et d'acceptation des différences.

Bydlowski (1997) nous propose une jolie métaphore du travail des professionnels du psychisme au sein d'une maternité, celle de *l'œil du cyclone*. Le cyclone est une tempête caractérisée par le mouvement giratoire convergent et ascendant du vent autour d'une zone de basse pression, appelée « œil ». L'œil est donc une zone de calme relatif dans la tempête. Selon cet auteur, l'équipe de pédopsychiatrie trouve sa place en maternité dans l'œil du cyclone, c'est-à-dire dans une zone un peu protégée où les soignants peuvent prendre un certain temps pour partager leurs préoccupations concernant les patients, leurs émotions, permettant une élaboration possible au sein même de l'activité mouvementée d'une maternité. Pour ma part, j'estime que la collaboration avec la maternité apporte un élan vital extrêmement précieux à l'équipe de pédopsychiatrie. En maternité, il est impossible de rester fixé à des idéologies ou des idées reçues, on est constamment remis en question,

interrogé, sollicité par ce fameux cyclone, aux confins de nos convictions théoriques. De ce fait, on ne peut que créer et imaginer une pratique sans cesse renouvelée.

Derrière Bydlowski (1997), Missonnier (2004), Molénat (2001), de nombreuses équipes de pédopsychiatrie se sont lancées dans l'aventure ces dernières années, rassemblant un important matériel clinique concernant l'anténatal et le postnatal immédiat. Pour cela, il faut pousser la porte d'une maternité, y être accueilli, et trouver des modes de collaboration.

De la théorie à la pratique : exemple d'une rencontre entre pédopsychiatrie et obstétrique dans un hôpital général

Il y a un peu plus de trois ans, nous avons cherché à mettre en place au sein de notre service de psychiatrie infanto-juvénile une petite unité de pédopsychiatrie qui puisse intervenir dans l'hôpital général de notre secteur, en maternité et en néonatalogie. Nous l'avons dénommée *antenne médico-psychologique de périnatalité*. Notre service est rattaché administrativement à l'Etablissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve. Le service de gynécologie-obstétrique, lui, dépend de l'hôpital général de Sallanches. L'hôpital général met à notre disposition des locaux qui sont situés un peu à l'écart du bâtiment principal. Trois soignants à mi-temps y travaillent : deux psychologues cliniciennes et moi-même, pédopsychiatre. Une secrétaire médicale y exerce également à mi-temps. Nous intervenons en maternité, en néonatalogie et en pédiatrie.

La maternité de Sallanches effectue environ 1200 accouchements par an. L'équipe est constituée de 7 obstétriciens, 24 sages-femmes et 19 puéricultrices. Les consultations que nous offrons en maternité depuis trois ans relèvent d'un *triple jeu de consentement* :

1. Les professionnels de première ligne (sages-femmes, obstétriciens) repèrent les patientes susceptibles de pouvoir relever de nos soins. Cette étape nécessite une attention de ces professionnels à l'égard des phénomènes psychologiques en lien avec la grossesse, la naissance et le développement psychoaffectif précoce du bébé. Cette sensibilité est présente de par les processus sociétaux décrits plus haut, mais elle est également développée par le travail quotidien d'échanges entre les deux équipes.
2. Les patientes, auxquelles notre consultation est présentée par l'obstétricien ou la sage-femme, acceptent l'idée d'une telle consultation et contactent notre secrétariat pour demander un rendez-vous.
3. A notre tour, nous proposons un créneau de consultation, reconnaissant par là que la situation qui nous est exposée relève bien de notre champ.

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

Les liens avec la maternité sont assurés par une réunion commune bimensuelle permettant d'aborder les situations qui préoccupent l'équipe de maternité et les questions de

fonctionnement entre nos deux équipes. Nous assistons le plus souvent possible aux staffs médicaux hebdomadaires du service d'obstétrique. D'autres échanges plus informels ont lieu autour d'une situation clinique précise, entre les professionnels plus spécifiquement concernés. Ces échanges s'effectuent avec l'accord des patientes.

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

Illustration clinique : le cas de Madame A.

La situation clinique particulière qui va être rapportée ci-dessous nous a paru éclairante du point de vue de *la nature des mobilisations psychiques* qui ont eu lieu et de *leur effet sur l'enfant à venir*. Par ailleurs, la toile de fond de la problématique apportée par la patiente était celle d'une maladie génétiquement transmissible : nous étions donc d'emblée face à la réalité d'une *transmission problématique*. Enfin, cette situation clinique posait de façon explicite la question du *cadre des soins pédopsychiatriques en maternité*. En effet, il s'agissait d'une patiente qui m'avait été adressée avant même d'être enceinte, ce qui a priori ne se situait pas dans le cadre de travail initialement convenu avec le service de maternité. Cette patiente avait cependant investi psychiquement l'idée d'une grossesse, et le travail a pu se dérouler depuis ce moment pour se continuer pendant la grossesse et jusqu'aux quatre semaines de l'enfant.

J'entends parler pour la première fois de M^{me} A. par une de mes consœurs, obstétricienne, qui me contacte à son sujet, me demandant si elle peut m'adresser cette patiente. Ma collègue m'expose les éléments suivants.

M^{me} A. a deux enfants de sept et cinq ans. La première grossesse est survenue après plusieurs années d'infertilité suite à une procréation médicalement assistée. La seconde grossesse a eu lieu spontanément et rapidement après la première. Actuellement, la patiente souhaite une troisième grossesse qui ne vient pas. Ma consœur gynécologue-obstétricienne a prescrit des inducteurs de l'ovulation. Trois mois plus tard, la patiente est revenue, toujours pas enceinte, mais très préoccupée par un souci concernant sa fille aînée. Cette enfant, atteignant bientôt ses sept ans, devait se soumettre prochainement à un bilan médical complexe visant à rechercher une maladie familiale touchant les organes vitaux, maladie dont la mère et le frère de M^{me} A. sont décédés il y a plusieurs années. Elle ne sait pas comment parler de cette question à sa fille. Ma consœur suppose que cette inquiétude n'est pas sans lien avec la grossesse actuellement désirée qui ne vient pas et se demande également si, dans ce contexte, un soutien de l'éventuelle grossesse à venir ne serait pas nécessaire. Au cours de cet échange avec ma collègue, il me semble reconnaître quelque chose qui serait de mon champ d'action pédopsychiatrique, concernant tout d'abord l'enfant aîné, mais aussi la maternalité, et l'éventuel enfant à venir. J'accepte donc de recevoir M^{me} A. Il s'agit d'une jolie jeune femme de 37 ans, enseignante de biologie, dont le mari est ingénieur. Son élocution est facile, elle a déjà beaucoup réfléchi à son histoire, les associations viennent sans difficulté. La vie de cette patiente lorsqu'elle était adolescente et jeune adulte a été rythmée par des décès brutaux dans son entourage. Alors qu'elle avait quinze ans, ses parents sont partis pour une banale journée de ski. A cette époque en pleine

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

A ce moment de l'entretien, j'interviens : il m'apparaît en effet que la parole médicale professorale telle que rapportée par la patiente fait peser le poids d'un destin angoissant sur l'éventuelle descendance de M^{me} A. Un destin mortel, certes comme tout un chacun, mais un destin de mort subite et mystérieuse, pouvant survenir n'importe quand, alors que le processus vital se déroule en apparence normalement : les 40 ans d'une mère sportive et énergique, les 20 ans triomphants du frère champion d'athlétisme. Je communique à la patiente les réflexions que je me fais à propos de son histoire et de ses difficultés actuelles. La jeune femme m'arrête énergiquement : elle m'explique que cette annonce ne l'avait pas atteinte puisqu'à l'époque elle ne désirait pas d'enfant et qu'actuellement ce qui la préoccupe et ce pourquoi elle est venue me consulter, c'est pour avoir des conseils pour sa fille aînée. Cette enfant va avoir sept ans, l'âge conseillé du premier bilan à propos de cette maladie, les rendez-vous sont déjà prévus, et M^{me} A. ne sait comment expliquer la chose à sa fille.

Bien que percevant à quel point cette affirmation concernant une non-atteinte, un non-ressenti de la jeune femme à propos de l'annonce ancienne du médecin est importante du point de vue psychique, j'accepte de travailler sur la thématique apportée au sujet de la fille aînée. Je propose alors à M^{me} A. de la recevoir avec son mari afin d'en discuter. Le soulagement de M^{me} A. est visiblement intense : par ma proposition, je lui rappelle que sa fille est également celle de son mari, qu'elle ne porte pas seule la responsabilité d'expliquer la chose à l'enfant, donc pas seule non plus la responsabilité d'avoir mis au monde une enfant potentiellement atteinte de la maladie maternelle.

Assez rapidement lors de l'entretien suivant, le couple convient de parler à la petite fille du décès de sa grand-mère et de son oncle, du lien avec les examens médicaux que M^{me} A. a dû subir il y a quelques années et que l'enfant va également, comme sa mère, subir.

Après cet entretien, le discours de la patiente va se modifier lors des consultations individuelles. Il sera possible de revenir sur les affects dépressifs éprouvés suite au décès de la mère, affects dépressifs alors transformés en colère à l'égard du père qui s'est remarié si vite, qui n'a rien voulu savoir ni expliquer à ses enfants à propos du décès de sa femme... Les éprouvés ou plutôt les non-éprouvés de cette époque s'actualisent pendant les entretiens, la patiente pleure beaucoup. Des liens s'effectuent entre des ressentis passés concernant les décès et des éprouvés actuels en lien avec le projet d'enfant.

On voit bien, dans cette observation, comment le psychisme de la patiente a été mobilisé dès la survenue de l'idée même d'avoir un enfant. Il lui a fallu se confronter à sa propre imago maternelle de mère insuffisamment bonne, puisque l'abandonnant par un décès brutal à l'adolescence, à un moment où elle-même ressentait une forte agressivité envers sa mère en lien avec le processus d'adolescence. Pour cette patiente, l'existence d'une maladie familiale révélée après les décès brutaux de sa propre mère et de son frère, a rendu nécessairement préconscient et conscient le conflit intrapsychique lié à la question de la transmission de la vie, et cela avant même la grossesse. On pourrait dire que dans ce cas, le phénomène de transparence psychique est présent dès avant la grossesse, et qu'il est d'ores et déjà possible de travailler autour de l'enfant à venir. Pour M^{me} A., devenir mère, c'est pouvoir mourir brutalement comme sa propre mère, c'est aussi pouvoir transmettre à l'enfant une mort prématurée et subite comme celle de son frère. Ses mécanismes de défense jeune adulte à l'égard de la révélation de cette maladie avaient été de se sentir et de se vouloir hors de sa filiation maternelle : elle n'avait voulu retenir que la première partie de l'annonce du médecin, celle qui affirmait qu'elle n'était pas atteinte suite aux bilans effectués. Le simple fait de vouloir un enfant la replaçait dans un chaînon de risques, dans la seconde partie de l'assertion médicale : « Si vous souhaitez une grossesse, il faudra revenir me voir ». En d'autres termes : vous pourrez transmettre la vie, mais aussi la maladie et la mort. Il s'agit bien du lot de toutes les femmes autour de la procréation, la grossesse et la naissance ; mais dans ce cas, le diagnostic de maladie potentiellement transmissible avait rendu cette problématique particulièrement aiguë et « transparente ».

Au cours des entretiens que j'ai eus avec M^{me} A., la patiente a pu se formuler cette problématique avec ses propres mots. A l'issue de cinq consultations étalées sur presque trois mois, M^{me} A. s'est déclarée soulagée. Parallèlement, la troisième grossesse est survenue et le bilan médical de la fille aînée est revenu négatif. La patiente est venue me consulter à plusieurs reprises pendant sa grossesse : son déroulement a été plus calme que celui des deux précédentes grossesses qui avaient été marquées de beaucoup d'anxiété quant aux capacités à faire avec l'enfant à venir. Cette fois-ci, M^{me} A. se sentait apaisée, disponible pour sa grossesse et le futur bébé.

Un beau bébé garçon est né, sans difficulté obstétricale particulière. Je suis passée voir la patiente et son bébé lors de son hospitalisation en maternité, puis M^{me} A. est venue me consulter une dernière fois avec l'enfant, alors qu'il avait un mois. L'accordage mère-enfant était de bonne qualité, M^{me} A. était très enveloppante et précautionneuse dans ses gestes, elle parlait beaucoup à l'enfant. Le bébé s'est assoupi dans ses bras au cours de l'entretien. A la fin de cet entretien, M^{me} A. m'a dit : « Vous voyez, j'ai pris le risque d'avoir un garçon. J'ai pris le risque qu'il meure un jour, peut-être même trop jeune comme mon frère. Transmettre la vie, c'est transmettre la mort, je ne peux pas en faire abstraction, je suis trop

bien placée pour le savoir ». La patiente pleure, le bébé ouvre les yeux et la regarde intensément. Je lui fais remarquer l'intensité de ce regard. « Vous croyez qu'il comprend ? », demande M^{me} A. Comme je ne réponds pas, la patiente reprend : « Je lui ai peut-être transmis la maladie ; mais il y a aussi plein d'autres choses que je peux lui transmettre ; je ne me l'explique pas bien, ce sont des regards, des idées, de la tristesse, du rêve... »

Cette situation clinique paraît assez exemplaire de ce qui peut se jouer au cours des consultations anténatales à propos des questions de transmission. Dans ce cas, on voit nettement que les *processus de transmission (et leur blocage éventuel) commencent avant même la conception de l'enfant*, alors que le projet de grossesse se dessine. Le processus est essentiellement langagier mais aussi affectif, émotionnel, sollicitant les futurs parents au plus profond de leur histoire personnelle. L'élaboration lors des consultations anténatales associée au suivi gynécologique aboutissent au rétablissement d'un processus de transmission : rétablissement des capacités à penser sa propre histoire et sa propre filiation d'abord, puis rétablissement de la fertilité, poursuite du travail de transmission pendant la grossesse, et enfin installation d'une capacité de sollicitude appropriée à l'égard du nouveau-né. L'attitude de la patiente avec le bébé, ses mots lors de la dernière consultation et la réaction du bébé confirment la vitalité des processus de transmission à l'œuvre de la mère vers l'enfant et de l'enfant vers la mère.

Construction d'un cadre de travail pédopsychiatrique en anténatal, mobilisation du psychisme parental et intérêt pour l'enfant

La question générale du cadre des soins psychiques en pédopsychiatrie est fondamentale dans notre pratique quotidienne. Il y a des cadres sociétaux, des cadres politiques (en particulier celui de la politique de santé) dans lesquels nous sommes d'emblée inscrits et avec lesquels nous devons faire. Le cadre des soins psychiques, quant à lui, se crée, se modèle autour de chaque patient et de chaque situation, c'est une de nos originalités propres de professionnels du psychisme à laquelle nous ne devons pas renoncer. Dans les situations d'exercice en milieu somatique, les psychiatres et les psychologues cliniciens se doivent d'être encore plus vigilants aux questions de cadre, faute de quoi une confusion générale est susceptible de s'installer, chacun perdant alors l'idée de ses objectifs et de ses fonctions propres.

La situation de M^{me} A. montre ce que peut être la construction d'un cadre de soins et de prévention pédopsychiatriques en maternité. Ce cadre se crée d'abord à plusieurs, par des transmissions entre professionnels. Contrairement à ce qui se passe dans une structure de soins classique en pédopsychiatrie, ce n'est que dans un second temps que le professionnel du psychisme devient réellement chef d'orchestre et parvient à amener les patients sur son terrain. On peut ainsi décrire trois pans dans la construction du cadre de soins pour M^{me} A. et son bébé :

1. M^{me} A. avait consulté ma consœur pour faire céder une stérilité secondaire, ce qui est classique de son champ d'action de médecin gynécologue. Recevant cette femme, au-delà du symptôme présenté ma collègue perçoit une problématique en lien avec une maladie familiale et sa transmission. Elle s'appuie alors sur sa formation et son expérience propre ainsi que sur les échanges professionnels antérieurs que nous avons eus elle et moi concernant nos pratiques respectives, pour reconnaître chez M^{me} A. quelque chose qu'elle

situé dans mon champ à moi, celui de l'intrapsychique. Bien sûr, elle n'abandonne pas sa patiente et continue de la suivre, évitant ainsi le classique clivage du somatique et du psychique. Elle pense au contraire que ce avec quoi je travaille pourrait également aider sa patiente. *Le repérage par le professionnel de première ligne et l'adresse au pédopsychiatre constituent le premier pan du cadre de soins.*

2. Dans ce que ma consœur me transmet de cette jeune patiente, je reconnais à mon tour une problématique psychique, liée non pas comme souvent à la réalité de la grossesse elle-même, mais à l'investissement intrapsychique par la patiente de l'idée d'une grossesse. En acceptant de recevoir M^{me} A., j'accepte l'idée d'un accompagnement psychique pour cette patiente, dans le chemin de ce qui fait, pour elle, transmission, ou plus précisément blocage du processus de transmission. J'accepte ainsi de me situer moi-même dans une chaîne de transmission entre professionnels. *L'échange entre le professionnel de première ligne et le pédopsychiatre constitue le deuxième pan du cadre de soins.*

3. Reste la question de la patiente elle-même et de son consentement propre. Certes, elle accepte le conseil de sa gynécologue et prend rendez-vous avec moi. Mais dans un premier temps, elle ne se reconnaît guère dans ce que je lui propose. Si elle vient voir un pédopsychiatre, c'est pour avoir des conseils pour parler de la maladie familiale à sa fille, ce n'est pas pour recevoir des interprétations de ma part sur les craintes qu'elle pourrait avoir à propos de ce qui risque de peser sur sa descendance. M'appuyant sur ma pratique de pédopsychiatre, je souligne que cette enfant de sept ans est issue non seulement de la lignée maternelle, mais aussi de la lignée paternelle, et que s'il s'agit de discuter cette question, il serait opportun que le mari de la patiente vienne également pour un entretien à trois. Ce faisant, en rappelant le tiers et son rôle dans la transmission, je constitue le troisième pan du cadre de soins. *L'espace de la consultation anténatale avec le pédopsychiatre constitue le troisième pan du cadre de soins.*

C'est à l'intérieur du cadre spécifique des entretiens, lui-même inscrit dans ce cadre à trois volets, que M^{me} A. a pu aborder sa propre conflictualité psychique en lien avec la maternalité. Comme nous avons pu le voir, l'accès à la parentalité chez M^{me} A. était barré par une double identification mortifère : d'une part l'identification à la mère morte, insuffisamment bonne, abandonnant sa fille adolescente à ses pulsions agressives susceptibles de se réaliser dans la réalité ; d'autre part l'identification à la mère d'un enfant mort : la mère du frère décédé de M^{me} A. L'intrication de ces identifications n'est sûrement pas étrangère aux symptômes d'infertilité présentés par la patiente à plusieurs périodes de sa vie. C'est probablement la première de ces identifications qui a été source des difficultés lors de la première grossesse (crainte de ne pas être à la hauteur avec l'enfant à venir). La deuxième de ces identifications (identification à la mère d'un enfant mort) aurait pu être source de projections extrêmement toxiques pour le troisième enfant, premier enfant garçon de la patiente.

Cramer et Palacio (1993), dans leur ouvrage sur les psychothérapies précoces mères/bébés, insistent sur le fait que les effets thérapeutiques de ces thérapies sont liés essentiellement à *la réduction des projections maternelles sur l'enfant et aux modifications interactives qui en résultent*. Il est donc raisonnable de penser que si l'on peut *assouplir ces projections dès la grossesse*, ou même dans ce cas dès avant la grossesse, on améliore la nature des interactions mère/enfant et donc, de ce fait, la qualité de la construction du psychisme du bébé. Ainsi, lorsque M^{me} A. vient me voir avec son fils après la naissance, les deux membres de la dyade me donnent à voir une relation mère/bébé détoxifiée des projections mortifères qu'on aurait pu craindre dans cette situation.

Les consultations thérapeutiques anténatales (CTA)

En référence aux données théoriques que nous avons développées dans le premier chapitre et suite à l'illustration de notre propos par la situation clinique de M^{me} A., il nous est maintenant possible de décrire plus explicitement les objectifs, les indications et les mécanismes des consultations thérapeutiques anténatales sur le psychisme parental et celui du bébé.

Objectifs

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

Indications

Les consultations thérapeutiques anténatales s'adressent à toute femme (et son conjoint) ayant investi psychiquement l'idée d'une grossesse ou étant enceinte. L'indication se pose lorsque *les processus psychiques propres à la grossesse sont bloqués, lorsque la construction de la parentalité est barrée*, en lien avec l'histoire générationnelle des futurs parents.

Mécanismes

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

Particularités

La particularité de la place du pédopsychiatre dans les consultations thérapeutiques anténatales vient du fait que lorsqu'il intervient, *l'enfant n'est pas encore là*. Comme nous l'avons vu, les objectifs de ces consultations à l'égard du bébé virtuel impliquent la connaissance de la psychopathologie de l'enfant. Il n'en reste pas moins que les femmes enceintes sont parfois surprises qu'on les adresse à un pédopsychiatre.

Dans notre expérience, nous avons pu repérer que le fait de proposer une telle rencontre aux futurs parents a plusieurs effets :

- *Les mécanismes de régression*, déjà présents de par l'état de grossesse, sont souvent massivement convoqués lors des entretiens. Cela donne un accès facilité à l'enfant souffrant présent chez l'adulte qu'est la future mère (et/ou le futur père). A ce sujet, une patiente disait : « Je crois que j'ai pu vous parler des souffrances de mon enfance parce que vous êtes pédopsychiatre et que c'est votre métier de comprendre ce que les enfants ressentent. »
- Par ailleurs, cela *facilite le développement des représentations concernant l'enfant à venir*. Ainsi, lors d'une consultation, une jeune femme enceinte de vingt ans, qui observait les jouets dans mon bureau, me demanda : « Vous croyez que mon bébé jouera avec ce hochet ? » Cela m'a permis de lui demander comment elle imaginait la chose, et de déclencher une rêverie à propos du bébé que la patiente s'interdisait jusque-là.

Conclusion

Le travail d'une équipe de pédopsychiatrie en maternité est aventureux et passionnant. Comme nous avons pu le voir, ce travail ne se mène pas seul, mais nécessite, outre les consultations, des échanges, des confrontations et des ajustements permanents de nos pratiques respectives, bref, des transmissions de qualité entre les professionnels de la naissance et ceux des soins psychiques pour les enfants. Par ailleurs, le pédopsychiatre, qui s'appuie sur les théories psychodynamiques de fonctionnement du psychisme, doit pouvoir poser clairement ses objectifs et ses limites dans le cadre de ses interventions auprès des futurs parents.

Comme le précise Missonnier (2004), « les consultations thérapeutiques anténatales proposent aux apprentis parents un espace où ils peuvent intégrer leurs conflits de fœtus/bébé dans l'adulte pour reconnaître, enfin, la singularité de l'enfant virtuel plutôt que l'objet des identifications projectives souffrantes qu'ils projettent à partir de leur histoire générationnelle. »

Dans notre pratique, les consultations thérapeutiques anténatales constituent *un espace d'accueil des avatars du développement de la parentalité anténatale*. Une écoute attentive de ces moments psychiques préalables à la naissance ouvre à *des possibilités de mobilisation et d'assouplissement des processus à l'œuvre*, dans la mesure où *le thérapeute garde en tête ses objectifs vis-à-vis de l'enfant virtuel : une prévention précoce de la psychopathologie infantile*.

Accueillir l'enfant souffrant chez les futurs parents en cours de processus de parentalisation, travailler sur les contenus psychiques inconscients de la transmission, avec l'objectif de prendre soin du psychisme de l'enfant virtuel à naître : tels sont les enjeux du travail d'un pédopsychiatre en maternité.

Bibliographie

- Bydlowski M. (1997) : *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, PUF, 2005.
- Cramer B., Palacio-Espasa F. (1993) : *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. Paris, PUF.
- Golse B. (2006) : *L'être-bébé*. Paris, PUF
- Lebovici S. (1983) : *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris, Païdos Le Centurion.
- Missonnier S. (2004) : De la consultation thérapeutique parents/ bébé selon S. Lebovici à la consultation thérapeutique anténatale, *in* : *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris, PUF, pp. 527-558.
- Molenat F. (2001) : *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Toulouse, Erès. [Consulter sur Cairn.info](https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2008-4-page-235?lang=fr)
- Palacio-Espasa F. (2001) : La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique de l'enfant. *Psychothérapies*, 21/1 : 3-10.
- Racamier P.C. (1978) : *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris, ESF.
- Stern D.N. (1989) : *Le monde relationnel du bébé*. Paris, PUF.
- Winnicott D.W. (1956) : La préoccupation maternelle primaire, *in* : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969, pp. 168-174.