

Prévention précoce :
petit traité pour construire
des liens humains

ONT COLLABORÉ À CET OUVRAGE

Alexandrine Auffret
Marie-Dominique Bligny
Corinne Chanal
Jocelyne Clutier-Seguin
Géraldine Combes
Jean-Michel Faure
William Febbraro
Claude Grolier
Kinga Havasi
Rafi Kojayan
Monique Perrier-Genas
Annie Poizat
Luc Roegiers
Joël Roy
Rose-Marie Toubin
Chrystèle Tutunovic
Reine Vander Linden
Jean-Pierre Visier
et le Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire
de périnatalité

Sous la direction de
Françoise Molénat

PRÉVENTION PRÉCOCE :
PETIT TRAITÉ POUR CONSTRUIRE
DES LIENS HUMAINS

Collection « Prévention en maternité »

The logo for Éditions érès features a stylized lowercase 'é' with a vertical line through its center, followed by the lowercase letters 'rès'.

REMERCIEMENTS

Cet ouvrage est le fruit des multiples échanges, depuis des années, au sein de notre propre équipe pédopsychiatrique à Montpellier, des gynécologues-obstétriciens, pédiatres, équipes soignantes, sages-femmes libérales, équipes de PMI, médecins généralistes, psychiatres et psychologues. Nombreux sont ceux qui auraient pu apporter un témoignage précieux mais il fallait bien se limiter.

Les centaines de professionnels rencontrés au cours des formations animées par l'AFRÉE se retrouveront dans nombre de remarques. Nos amis canadiens, grecs, espagnols, belges, suisses sont pour beaucoup dans l'élaboration de notre réflexion.

Je voudrais rendre un hommage particulier à Yvon Gauthier, qui retrace avec beaucoup de chaleur dans son tout récent livre nos débuts en médecine périnatale, débuts qu'il a partagés avec nous lors de ses séjours à Montpellier. À Jean-Louis Viala, chef de service de gynécologie-obstétrique à Montpellier jusqu'en 1993 : il a ouvert la porte de la maternité en 1980, sa disparition précoce fut une perte, mais la voie ouverte ne s'est pas refermée. À Françoise Montoya qui a partagé nos premières réflexions en pédiatrie néonatale. À Pierre Boulot, dont l'intérêt a toujours stimulé nos recherches... contre vents et marées ! Qu'il me permette de penser à sa place : la collaboration somato-psychique n'est pas un long fleuve tranquille ! À Gilles Cambonie qui maintient l'intérêt de toute l'équipe pédiatrique pour améliorer sans cesse l'accueil des nouveau-nés. Enfin à Jean-Pierre Visier, qui s'est d'emblée intéressé aux formations interdisciplinaires à ce travail et l'a soutenu à sa manière... inimitable !

Ouvrage publié avec le concours du ministère de la Santé et des Sports

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2884-6

Première édition © Éditions érès 2009

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	
UNE ARCHITECTURE DE RELATIONS	
<i>Françoise Molénat</i>	7

I. UNE MANIÈRE DE TRAVAILLER ENSEMBLE

1. Introduction au cas clinique	35
2. Facteurs de discontinuité et d'insécurité en cours de grossesse <i>Rose-Marie Toubin, Françoise Molénat, William Febbraro, Jean-Michel Faure, Claude Grolier, Jocelyne Clutier-Seguin</i>	41
3. Travailler ensemble pour creuser la différence des places <i>Rafi Kojayan, Alexandrine Auffret, Géraldine Combes</i>	57
4. Grossesse et addictions. Histoire d'une prise en charge en réseau personnalisé <i>Corinne Chanal</i>	73

II. UNE MANIÈRE DE PENSER ENSEMBLE

5. La relecture des antécédents périnataux par un soignant : quel objectif ? <i>Rose-Marie Toubin, Françoise Molénat, Jocelyne Clutier-Seguin, Rafi Kojayan, Kinga Havasi</i>	83
---	----

6. Transmettre et anticiper. Intérêts, difficultés et mode d'emploi <i>Marie-Dominique Bligny</i>	101
7. Le médecin face aux émotions en cours de grossesse. Le repérage d'un décalage émotionnel <i>Jean-Michel Faure</i>	113
8. Ajuster les réponses psychologiques / psychiatriques <i>Françoise Molénat, Rafi Kojayan</i>	125

III. POINTS DE VUE ET TÉMOIGNAGES

9. Travailler les ressentis parentaux autour du bébé <i>Jean-Pierre Visier</i>	139
10. Psychologie périnatale : à ne pas sous-traiter de préférence <i>Luc Roegiers</i>	149
11. Psy en maternité : métier de liaison <i>Reine Vander Linden</i>	163
12. Premiers pas d'une psychologue en maternité, <i>Chrystèle Tutunovic, entretien avec Françoise Molénat</i>	177
13. Émergence d'un réseau périnatalité-petite enfance et incidence sur une pratique psychomotrice <i>Monique Perrier-Genas</i>	187

IV. DÉMARCHES DE FORMATION ET DISPOSITIFS ORIGINAUX

14. Référentiel pour la mise en place et l'animation de formations « au travail en réseau personnalisé de soins », <i>Joël Roy</i>	201
15. Naissance d'une formation en réseau à Bruxelles <i>Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité</i>	215
16. Un dispositif particulier de prise en charge médico-psychologique en périnatalité : l'Unité transversale d'accompagnement périnatal <i>Annie Poizat</i>	233

17. Un Pôle périnatal de prévention en santé mentale (P3SM) en maternités privées <i>Joël Roy, Rafi Kojayan, Chrystèle Tutunovic, Kinga Havasi</i>	247
ANNEXES.....	255
1. Le réseau personnalisé de soins.....	255
2. Pôle prévention périnatale en santé mentale	259

INTRODUCTION

UNE ARCHITECTURE¹ DE RELATIONS

Étape intermédiaire dans le rapprochement des disciplines autour de la naissance, cet ouvrage n'a pour objectif que de ponctuer un effort de réflexion collective. Il ne se présente pas comme une théorie arrêtée, mais veut rendre compte d'une lente élaboration, affinée par la mise à l'épreuve d'hypothèses cliniques et d'*outils de pensée*, au plus près de l'expression par les sujets concernés de ce qui les soutient dans leur dynamique de vie : parents, enfants, soignants de toutes disciplines, aux étapes cruciales de la procréation et de la petite enfance. Il s'adresse donc à l'ensemble des acteurs de la périnatalité, dans tous les champs concernés, en espérant que ce retour prenne sens pour chacun d'entre eux, puisque tel est le but poursuivi. Par là, ce livre se veut un hommage à tous ceux qui ont enrichi la compréhension des processus humains, de leur place souvent modeste dans la hiérarchie des soins, sans même imaginer la valeur de leurs propos. Les discussions propres au monde spécialisé dans la vie mentale *stricto sensu* en restent ici au lancement d'axes de réflexion, à explorer dans un autre cadre.

Il y est question de subjectivité et d'intersubjectivité, au sein d'une médecine qui doit rester suffisamment objective pour maîtriser au mieux le risque vital. Cet ouvrage accompagne un texte synthétique² rédigé à

1. J'emprunte cette métaphore à F. Dolto qui décrit la construction de l'image inconsciente du corps comme une « architecture relationnelle ».

2. Référentiel pour la mise en place de formations « en réseau de soins personnalisé », réalisé à la demande de la Direction générale de la Santé, sous l'égide de la Société francophone de psychologie périnatale, disponible sur les sites : www.sfmp.net, www.afree.asso.fr. La partie essentielle du référentiel dont la coordination a été assurée par H. Roy est transcrite dans le dernier chapitre.

l'issue d'expériences répétées – durant près de quinze ans – d'analyse prospective de situations complexes, en interdisciplinarité, qui ont apporté à la clinique de la naissance une rigueur remarquable, dans un va-et-vient d'émission puis de validation des hypothèses évolutives. Dans cet effort pour *apprendre à penser ensemble*, l'expression des parents a charpenté l'organisation des liens et structuré le croisement des disciplines. Leur témoignage après coup, le devenir de leur enfant seront la garantie d'une adéquation suffisante – ou non – entre leurs attentes parfois implicites et l'intuition active de ceux qui les ont accompagnés. Notre implication, comme pédopsychiatres, auprès d'enfants porteurs de troubles dans leur développement global, ou de mères souffrant de dépression postnatale, s'avère extrêmement précieuse : elle nous a offert et nous offre encore une opportunité de valider et d'enrichir les hypothèses formulées en période périnatale.

Pourquoi une telle démarche, plutôt qu'une référence à l'un des nombreux corpus théoriques préétablis concernant la vie mentale – ou le développement de l'enfant ? Pourquoi ne pas se décentrer plus vite et ne pas inscrire les processus psychiques dans un cadre plus général d'abstraction ? Il nous a paru indispensable de rester prudents et de stabiliser d'abord l'analyse des emboîtements complexes d'une multiplicité de registres, spécifiques à la *clinique de la naissance*, dont chacun sait qu'il s'agit d'un événement biologique, social, psychique, ces trois composantes nous paraissant étroitement intriquées selon des modalités qu'il fallait mettre à plat. De plus, l'évolution des contextes institutionnels oblige à préciser de nouveaux paramètres qu'aucune théorie à notre connaissance n'a encore organisés en « savoir constitué ». Le tournant opéré par le Plan périnatalité 2005-2007 permettra peut-être de stabiliser la structure environnementale dans laquelle s'engagent les couples lors d'un projet d'enfant, environnement d'autant plus complexe que le processus de reproduction s'avère lui-même complexe selon les cas.

En effet, voici plus de trente ans que deux mondes, à l'époque quasiment étrangers l'un à l'autre, tentent de se rapprocher et de délimiter une base de représentations communes. L'un, celui de la psychiatrie d'enfants, confronté alors à une sorte d'impuissance devant des troubles sévères vus tardivement, s'interrogeait sur la genèse de ces distorsions dans le développement. Dans un certain nombre de situations, les parcours familiaux se révélaient, à l'écoute des parents, marqués par de profonds malentendus et des ruptures précoces des liens. L'autre monde, celui de la médecine dénommée depuis peu « périnatale », s'était mobilisé pour la maîtrise de la mortalité maternelle et infantile. L'effort technique s'était soldé par une mise à l'écart de la dimension affective, et des voix s'élevaient pour « réhumaniser la naissance ». La perception s'en

trouvait caricaturée : marquée par la « folie » d'un côté, par la « froideur clinique » de l'autre.

La solitude des familles n'avait d'égale que celle des professionnels encore barricadés dans les institutions médicales, sociales, psychiatriques. L'isolement se nourrissait de peurs : formations inadéquates, vocabulaires étanches, perception mutuelle déformée par le constat de quelques tableaux évolutifs dramatiques. L'obstétricien redoutait de rencontrer le handicap au coin de la rue, dont il porterait une part de responsabilité. Dans les nouveaux services de pédiatrie néonatale, les décès ou la révélation d'un handicap potentiel scandaient douloureusement le quotidien, se vivaient comme un échec, et sidéraient les capacités de communication avec les parents. Pourtant, quelques exceptions avaient ouvert la voie : des chefs de service d'obstétrique ou de pédiatrie, du fait de leur trajectoire personnelle, avaient saisi l'influence sur la santé d'une part obscure dans chaque être humain, et l'importance des liens familiaux pour la construction de l'enfant. Des collaborations innovantes et un accueil de qualité s'étaient mis en place ici ou là. Il est impossible de citer dans le cadre de ce livre les travaux remarquables de pionniers souvent modestes. De rares publications en témoignaient. Quelques sages-femmes ou puéricultrices passées au moule de la sécurité « technique » se battaient, mais sans moyen véritable d'étoffer leur implication auprès des enfants et des parents.

Dans les années 1970, l'ébranlement commence à prendre forme. Les travaux sur l'attachement secouent les institutions, l'isolement des très jeunes enfants dans les pouponnières et même dans les crèches passe sous le feu des projecteurs. La « violence de la naissance » suscite des mouvements sociologiques réactionnels.

Dans le rapprochement, à la fois redouté et souhaité, des diverses instances auxquelles les familles les plus vulnérables se trouveraient confrontées, un nouveau champ épistémologique se délimitait progressivement : comment se rencontrer sans se confondre, s'entendre sans substituer une logique à une autre, ne rien perdre de ses propres acquis et intégrer des données issues d'un autre champ d'exercice ? Quelques dérives nous alerteraient bientôt, au fur et à mesure que s'ouvriraient les oreilles. Luc Roegiers les décrit plus loin.

Ce fut une chance de participer à une telle recherche collective, et surtout d'avoir un pied sur chaque bord : l'aiguillon des perturbations affectives vues plus tard, parfois sévères, nous renvoyait à nos propres limites malgré l'explosion des courants de recherche sur le bébé. L'émergence de questions neuves dans le champ de la naissance invitait à *agir et penser ensemble* dans ce moment de vie intense et d'ouverture émotionnelle que constitue l'attente d'un enfant.

Trente ans en arrière, c'était une gageure : pouvions-nous imaginer une approche collective de la dimension humaine des êtres – parents, enfant – que nos métiers si éloignés nous entraînaient à rencontrer, en des espaces et des temps disparates, du fond de nos représentations disjointes par un fond de culture dualiste (soma/psyché) ? Quel montage pourrait nous permettre de nous parler, de nous entendre, *in fine* d'approcher sans nous confondre cette réalité commune : la construction de l'humain, dans ses composantes biologiques, sociales, psychiques ? Malgré des avancées considérables, la question reste d'actualité.

Ayant largement décrit les premières étapes de collaboration dans les ouvrages précédents (*cf. bibliographie*), je ne m'y attarderai pas, mais tenterai d'en rappeler les bases essentielles, pour ne pas perdre de vue les contextes d'où sont issues nos hypothèses actuelles de prévention. Pour le « praticien du psychisme », le monde « somatique » de la naissance sidérait en effet, dans un premier temps, les capacités de penser : autre temporalité, notion d'urgence et de risque, intensité des émotions de vie et de mort, nécessité de rendre des comptes... toutes ces caractéristiques éloignent de l'exercice habituel du pédopsychiatre. Certes, mon regard s'était nourri de divers apports. Après coup je réalise l'importance des influences préalables : l'enfant « acteur de son développement » au travers du *dialogue tonique* (Ajuriaguerra), la richesse du *collectif* au travers de la psychothérapie institutionnelle (Tosquelles, Oury), le concept dynamique *d'image du corps* (Dolto), l'évidence des *liens précoces d'attachement* (Robertson, Klaus et Kennel...), l'opération « pouponnières » (Rapoport), l'intérêt pour la *psychologie médicale* (Visier). La diversité de telles empreintes m'a probablement protégée d'une lecture linéaire des processus psychiques qui ne tiendrait pas compte des caractéristiques environnementales dans ces moments de grande perméabilité maternelle mais aussi paternelle – sans parler de l'enfant qui « seul n'existe pas » (Winnicott).

Déjà, la fréquentation d'un service de pédiatrie néonatale nous avait permis de « planter le décor », dans un travail conjoint avec les auxiliaires de puériculture – les plus proches des nouveau-nés –, les puéricultrices, pédiatres, kinésithérapeutes autour de la question qui m'avait frappée d'emblée : *qu'est-ce qui mobilise le désir d'une équipe (ou de certains de ses membres) dans les soins envers tel ou tel enfant ?* À côté des caractéristiques propres à l'enfant, et des préoccupations sur son avenir neurologique, une composante s'imposait : la qualité des liens avec les parents. Mais justement, certains de ces parents échappaient. Le manque de communication se retrouvait dans les relations ultérieures, en particulier dans le taux de maltraitance. La tentative de les rejoindre de manière plus rigoureuse a permis un premier constat : un véritable gouffre dans les représentations

qui habitaient certains parents et celles des soignants, mais l'écart parfois aussi grand entre les représentations des différents professionnels à propos d'une même famille, en des temps ou espaces variés – en particulier celles des équipes intra-hospitalières et celles des intervenants extérieurs, à l'époque sans aucune communication. De ce fait, la perturbation des liens familiaux liée à l'hospitalisation nécessaire se doublait d'un autre élément de discontinuité : les perceptions d'un même enfant et de ses parents ne pouvaient s'intégrer dans une harmonisation suffisante des attitudes. Le monde dans lequel évoluerait ce nourrisson vulnérable risquait de générer des réponses chaotiques. Les parents en témoigneront plus tard et nous aideront à améliorer les conditions de continuité dans tous les registres.

Ces parents difficiles d'accès, d'où venaient-ils ? Un nouveau champ de recherche se délimitait : la réalité vécue par une femme, un couple, à partir du moment où une grossesse se déclare, puis l'impact de ces ressentis sur la rencontre avec le nouveau-né. Dès 1943, H. Deutsch avait décrit les mouvements psychiques spécifiques de la maternité. On est encore surpris à la lecture d'une telle richesse clinique. Des auteurs insistèrent plus tard sur la perméabilité psychique particulière en ces étapes de la vie (Bydlowski, Lortie). Perméabilité à des résurgences du passé, mais aussi sensibilité extrême à l'environnement. On ne pouvait refaire le passé, sauf à l'entendre d'une oreille exercée – mais est-ce recevable par les futurs parents de détecter les traumatismes, est-ce le bon moment chaque fois ? (*Cette question sera particulièrement abordée plus loin, le rapport présent-passé en ces étapes de la vie s'étant enrichi des travaux sur la mémoire.*) En revanche, si l'environnement joue un rôle important, il valait la peine de s'y pencher : que trouvent-ils autour d'eux ces parents vulnérables, qu'attendent-ils, qu'éprouvent-ils ? De quoi sont faites leurs rencontres avec la succession des professionnels, pour les plus fragiles, selon les logiques médicales/sociales/psychologiques, et selon leur propre sensibilité ? Où sont les écarts ? Peut-on les atténuer ? Comment penser ensemble les besoins de sécurité de l'enfant à venir, les leurs, et ceux des professionnels de la périnatalité ?

Ce fut donc une recherche sur les mots, ceux qui pourraient faire pont entre famille et professionnels, entre disciplines, entre institutions... Un lent tâtonnement, des mouvements de va-et-vient pour vérifier la pertinence de tel concept, les effets d'une transmission, la cohérence ou non des représentations, le poids des éprouvés tant du côté des patients que des intervenants.

Nous rappellerons ici quelques moments-clés, induits le plus souvent par une circulation d'émotions dans la confrontation interprofessionnelle, qui cristallisera après coup ce que l'on pourrait nommer de manière approximative une *formation discursive* au sens de M. Foucault : un ensem-

ble de points communs constituant un *savoir* à un moment donné de l'histoire qui s'écrit ensemble. Véritables *points de nouage* (selon l'expression de R. Kaës) au croisement des cultures et des subjectivités.

UNE SUCCESSION DE TOURNANTS

*Découvrir qu'en voulant rassurer des parents inquiets,
on risque d'augmenter leur insécurité*

Ce fut l'un des premiers moments forts, perceptible grâce à une étude prospective sur le déroulement émotionnel des grossesses après un deuil périnatal. Devant l'angoisse déstructurante de quelques couples, nous leur demandions ce qui pourrait les aider à contenir leur peur : *consulter chaque fois le même médecin*, dirent-ils (à une époque où les consultations n'étaient pas personnalisées), et *le sentir disponible*. Il fut aisé de transmettre ce souhait aux gynécologues-obstétriciens, surpris d'*éprouver* eux-mêmes dans un deuxième temps les effets « sédatifs » de leur présence. Les résultats de l'étude (Roy et coll.) incluaient une corrélation entre un niveau d'angoisse extrême et la connaissance de l'étiologie du décès, parmi d'autres items. Ce lien paraissait irrecevable en l'état, à l'opposé du raisonnement médical ; il venait pourtant confirmer le *décalage anxigène* entre la sécurité du médecin convaincu d'une non-reproductibilité de l'accident dont il connaissait la cause et l'angoisse des parents qui échappait à la rationalité. La question du traumatisme surgissait là, la tentation d'en expliquer la genèse par les aléas d'un passé affectif aussi. Puis la corrélation puissante entre l'angoisse majeure lors d'une grossesse ultérieure et les modalités d'accompagnement du décès précédent vint éclairer la scène. C'était l'époque où une véritable révolution s'amorçait chez les soignants à propos du deuil périnatal, changement effectué en grande partie grâce aux témoignages des familles.

Cette histoire-là n'est pas finie. Nous entendions encore récemment, lors d'une reprise interdisciplinaire de situation sur un autre site de travail, raconter la trajectoire d'une femme enceinte qui venait régulièrement aux urgences, pétrie d'angoisse de ce qui pourrait arriver à son bébé, angoisse majorée par la vision d'une émission télévisée sur les prématurés. Chaque fois on la rassurait, puis on l'a hospitalisée quelques jours sans résultat. Elle a été adressée à une psychologue, puis à une deuxième, à un travailleur social... À chaque consultation, elle disait son entière confiance envers la gynécologue qui suivait la grossesse, et qui tentait de la rassurer. L'idée n'est pas venue de suggérer à ce jeune médecin de rapprocher les consultations,

puis de proposer une rencontre avec un pédiatre avant la naissance. Plus on tentait de la rassurer, plus elle paniquait. Dans ce malentendu, l'angoisse a dilacéré de fragiles défenses et une décompensation est survenue en post-partum : pédopsychiatre, psychiatre, projet d'hospitalisation psychiatrique mère-bébé refusé par la famille... Après coup se découvrit l'existence d'un médecin traitant en bonne confiance avec la famille, qui détenait quelques clés de cette problématique, et constituait un point de sécurité essentiel. On sait désormais, pour l'avoir validé maintes fois, qu'une bonne communication entre les acteurs médicaux aurait pu faire « enveloppe » et introduire une base de sécurité, qui eût probablement ouvert la voie dans un deuxième temps à un entretien psychothérapeutique efficace. Analyser ensemble de tels cas s'avère une formidable opportunité didactique.

*Continuité, sécurité, travail « en réseau » :
une expérience fondatrice de partenariat ajusté*

À cette même époque – on ne parlait pas encore de réseau –, une étrange aventure clinique à plusieurs entrées a marqué les esprits. Je l'ai longuement décrite dans un premier ouvrage (Molénat, 1992). Tous les ingrédients étaient là, qui seraient affinés progressivement grâce à la répétition et à l'enrichissement des collaborations. Dans le saisissement de l'urgence, Jean-Louis Viala, obstétricien très ouvert à notre travail (qui deviendra chef de service peu après), avait accepté de réhospitaliser une jeune femme vingt mois après la naissance de son enfant. Il me l'avait adressée pour « algies pelviennes » (symptôme pour lequel on me sollicitait beaucoup à l'époque) et pour des troubles graves de l'enfant décrits par les parents. J'assistais en deux consultations à un effondrement mélancolique de la mère. L'évocation par la patiente d'une histoire personnelle pleine de bruit et de fureur, d'une grossesse et d'un accouchement envahis d'angoisses de mort qui n'avaient pu se dire, m'avait menée à exprimer une demande insolite : « Cette femme n'a pas fini d'accoucher, il faut l'hospitaliser en maternité. » Une telle proposition n'est plus imaginable dans le contexte actuel d'organisation hospitalière. Elle fut l'occasion d'une expérience partagée entre sages-femmes, médecins perplexes mais disponibles, pédiatre pour l'enfant, médecin généraliste à distance pour le soutien de la famille, et moi-même. Ensemble, au prix d'un travail serré de sollicitude soignante et d'entretiens psychothérapeutiques, toute l'équipe a assisté à une véritable « réanimation », tandis que l'enfant en pédiatrie retrouvait son dynamisme. Furent retenues : l'efficacité d'un tel montage qui s'est bricolé au fur et à mesure, et la manière dont nous nous sommes appuyés les uns sur les autres ; chez les soignants, la découverte des effets

somatiques de l'angoisse et l'interaction soins corporels et sécurité psychique. Quant à l'appui étonnant du médecin traitant en communication téléphonique étroite, je ne pourrais plus me passer de ce support à l'avenir dans les cas les plus délicats. En filigrane, chacun a perçu la continuité psychique entre les différentes étapes de vie chez la mère, le rapport entre les troubles d'un enfant et les souffrances parentales, les enjeux transgénérationnels dans une histoire qui se prêtait de manière lumineuse à cette lecture dans la mesure où un nouveau contexte de relations était offert par un « réseau professionnel ».

*Différenciation des places professionnelles
et mobilisation du traumatisme*

Là encore, dans des problématiques de deuil et/ou de stress post-traumatique, la clinique a débordé nos hypothèses. À une époque où la communication entre obstétrique et pédiatrie était peu développée, l'occasion survint de proposer l'intervention du pédiatre, soit en post-partum après un décès d'enfant, soit lors d'une grossesse après un antécédent de mort périnatale. Des tableaux de sidération ou de stress à expression somatique nous laissaient impuissants dans le cadre obstétrical. Les entretiens psychologiques ne parvenaient pas à mobiliser l'angoisse ou la dépression profonde. Une intervention décalée par un médecin à une autre place – porteur d'autres images sur l'enfant perdu ou à venir – a produit des effets qui nous paraissaient magiques. En fait, les mères sortaient de la confusion qu'un manque d'accompagnement au moment du décès d'enfant avait générée en elles : elles portaient la mort. « Ça ne peut pas se refermer, disait une jeune femme marocaine, je ne l'ai pas vu. »

Actuellement, une telle articulation est entrée dans les pratiques. Elle continue de nous surprendre par son efficacité si on la compare aux limites psychothérapeutiques dans ces instants. Les deux présentations cliniques au chapitre qui suit en offriront l'illustration.

Les témoignages de parents : le choc des représentations

Les parents que nous avons pu revoir témoignaient de plus en plus souvent du mieux-être qu'ils ressentaient, même après la traversée d'une épreuve douloureuse, lorsqu'ils s'étaient sentis reconnus pas à pas dans l'évolution de leurs sentiments par les équipes. Ils disaient aussi les moments d'incompréhension, leur sidération, les décalages, les malentendus. Les entendre revêtait une force pédagogique plus efficace que nos discours peu convaincants. Impressionnés par les perspectives de prévention qu'offraient ces nouvelles collaborations, nous avons proposé à

certains de participer à notre recherche collective, quand la démarche de transmettre leur expérience pouvait prendre sens dans leur propre trajectoire. Je garde un souvenir intense du témoignage d'une jeune femme, quelques mois après une interruption médicale de grossesse, devant le staff au complet. Ce fut un choc : comment cette patiente, dont ils gardaient un souvenir marqué par des actes si douloureux moralement, pouvait-elle s'exprimer avec une telle force, une telle justesse dans les propos ? L'écoulement du temps avait fait son œuvre, des entretiens avaient permis la mise en mots d'émotions violentes. Tout à coup se confrontaient chez les soignants les images restées en mémoire, confondues avec leur propre malaise dans la réalisation de gestes pénibles, et ce témoignage vivant d'un chemin parcouru à travers et au-delà de la douleur. Inutile de faire un cours sur le deuil : tout était dit, avec des mots percutants de simplicité.

Nous aurions maintes occasions de dérouler ces témoignages devant des publics divers. Ce ne fut pas toujours simple pour nos collègues « pys » d'entendre parler une femme, un homme, un couple, calés dans la justesse de leurs ressentis, réinventant ce que nous avions mis tant de temps à apprendre au cours de nos formations personnelles.

Il en fut de même quand des professionnels ont bien voulu participer à l'exercice. Il nous a semblé en effet nécessaire de mettre en parallèle d'emblée ce qu'exprimaient les parents, ou un nourrisson par son comportement, et les impressions des soignants. Les émotions ne se situaient pas dans le même registre, mais entraient en résonance. Il leur fallait un certain courage et beaucoup de confiance à cette époque pour oser dire ce qui se taisait depuis tant d'années, face à la mort, à la découverte d'une anomalie chez l'enfant – toutes situations dont les professionnels s'étaient protégés vaille que vaille au prix d'être taxés d'indifférence. Ce fut un apport inestimable.

Reconnaître le désir (ou une émotion) est la meilleure manière de prévenir une mise en acte « à risque »

Au cours des années 1980, une situation extrême secoua la maternité. En pleine époque du sida et des risques pour l'enfant en l'absence de traitements efficaces, une très jeune adolescente est venue consulter à 4 mois et demi de grossesse, gravement atteinte par le HIV, dans une détresse existentielle accablante, avec un premier antécédent d'interruption volontaire de grossesse. De telles grossesses étaient habituellement interrompues. L'échéance vitale très courte pour cette « mère », le risque pour l'enfant, la situation sociale, tout portait à une décision apparemment simple, vue du côté médical. Or elle voulait poursuivre sa grossesse.

Colère, révolte, incompréhension agitaient les jeunes médecins lors du « staff » des grossesses à risque. Le chef de service qui présentait le dossier devait la revoir le lendemain. On demanda mon avis. Quelque peu sidérée devant le drame, agacée par les réactions, il me vint : « Vous n'avez rien à perdre à saluer son courage et son désir de donner la vie malgré sa détresse. » La houle s'amplifia, le staff se termina très tard ce soir-là et je rentrai peu tranquille. Le lendemain, ce médecin d'expérience dont nous connaissions la sensibilité a pu s'approprier la proposition et trouver ses propres mots. Sa jeune patiente revint le surlendemain : « Finalement il vaut mieux que je ne mette pas un enfant au monde dans ces conditions. »

Un tel cas ne se traiterai évidemment pas de la même manière vingt ans après, ni sur le plan médical ni sur le plan psychologique et social. Mais à cette occasion, nous avons *éprouvé ensemble* ce qui constituera un des piliers d'une politique de prévention : reconnaître les ressentis des parents d'abord, pour qu'ils puissent évoluer dans un deuxième temps grâce à la confiance instaurée. La réflexion autour du diagnostic anténatal nous offrira une opportunité de valider cliniquement ce qui n'est au fond qu'une évidence humaine – le respect des sentiments – mais qui heurtait la logique médicale, et plus largement sociétale. Ce qu'éprouvent la femme enceinte, le conjoint, allait prendre doucement sa place dans la réflexion, même si le fil se perd, inévitablement, dans l'urgence ou la complexité des décisions. Il sera toujours temps de le retrouver dans une phase plus sereine si la vigilance se maintient.

Mais il faudrait un jour créer les conditions plus générales pour que ces ressentis s'expriment.

Le diagnostic anténatal : un laboratoire de recherche clinique sur la communication humaine

À partir d'un impact à potentiel traumatique – la révélation d'une anomalie fœtale – s'ouvrait un espace-temps délimité qui s'est organisé au fur et à mesure que les explorations techniques s'affinaient, que les séqueles psychologiques s'analysaient, et que la confrontation des médecins aux mouvements émotionnels contradictoires des parents obligeait à une approche structurée, rigoureuse tant sur le plan somatique que sur le plan psychologique. Les témoignages des parents, là encore, ont servi de guide. En quelques jours, parfois quelques semaines selon le type d'atteinte fœtale, il s'agissait d'accueillir l'angoisse, l'agressivité, le déni, sans privilégier l'un ou l'autre versant de l'ambivalence mise à nu. La ténacité de Pierre Boulot, responsable de médecine fœtale, nous a permis de dégager pour la première fois une analyse intégrée des vécus parentaux et des attitudes professionnelles, reproductible d'un cas à un autre. Selon ses termes, la prise en charge

des interruptions médicales de grossesse a évolué vers un accompagnement de fin de vie, puis celle de l'accouchement d'un enfant qui ne pouvait pas vivre, selon les mêmes règles que toute naissance, avec le même respect du corps et des rites suggérés ou choisis d'emblée par les parents. Il a fallu apprendre à dire non, à refuser d'endormir, à prendre le temps mais un temps soigneusement structuré. Toute attente non justifiée réveillait chez les couples la sensation d'abandon. Plus difficile, il fallait anticiper les étapes physiques et émotionnelles avant que le couple n'en ait la conscience, s'appuyer sur ce que d'autres patientes nous enseignaient pour l'aider à cheminer, parfois malgré lui, aux étapes de grande confusion.

Des axes puissants de réflexion se sont ouverts : comment réanimer l'enfant dans la tête des parents quelle que soit la décision ? Dans quelle rigueur d'interrelations professionnelles les couples pouvaient-ils se sentir contenus sans sombrer dans un « abandon foetal » trop précoce ? Quelle place prenait l'intervention psychologique directe, sur quels arguments, à partir de quels liens de confiance avec les spécialistes engagés ? L'interrogation venait du constat que l'entretien psychologique au titre d'une épreuve à vivre tombait à plat dans un pourcentage important de cas. Les femmes posaient des questions médicales, ou restaient centrées sur leur douleur, sans accroche réelle. Je garde une impression de malaise à l'égard de ces consultations banalisées sans véritable articulation avec l'équipe (cf. plus loin les textes de Luc Roegiers et Reine Vander Linden). En revanche, certains couples s'engageaient dans l'entretien et faisaient part alors de fortes résonances avec d'autres moments vécus aggravant la détresse ou la confusion.

Une fois dépassée la phase d'ébranlement collectif face à l'arrêt de vie consenti, mais aussi grâce aux limites du temps « psy », un tournant crucial se dessina quand nous avons cessé de rencontrer systématiquement ces familles. Les sages-femmes, après un moment de désarroi, se sont autorisées à s'engager elles-mêmes auprès des femmes hospitalisées, vérifiant par là leur « compétence » à soulager la douleur morale – aidées d'ailleurs par une meilleure prise en charge de la douleur physique. Elles exprimèrent *a posteriori* combien ces capacités d'empathie peu reconnues jusqu'alors leur permettaient de différencier leurs propres émotions de celles de leurs patientes, et l'enrichissement personnel qui en découlait.

Nous avons souvent parlé à ce propos de « chirurgie relationnelle » : une véritable « sémiologie » de la vulnérabilité se dégagait et certains médecins ou sages-femmes ont développé une qualité d'expertise qui venait confirmer l'alliance décuplée entre compétence technique et compétence dans la communication. Le concept de *décalage émotionnel* comme indicateur pointu d'un possible « abcès psychique » enfoui, donc d'une fragilité particulière qui ne peut se dire, antérieure aux événements, est né

de cette clinique (*cf. le texte de Jean-Michel Faure*). Cela n'a pu germer que par la confirmation de leur place essentielle, première, dans la gestion de tableaux émotionnels particulièrement éprouvants. La notion de travail « en deuxième ligne » ou « indirect » du pédopsychiatre/psychologue trouvait là ses lettres de noblesse. Plus les soignants s'engageaient, plus ils devaient nous sentir disponibles – à l'image de ce que vivaient les couples. Une clinique du traumatisme et de sa prévention s'élaborait ensemble. La transformation du tableau émotionnel chez les parents qui avaient pu bénéficier d'une telle qualité de prise en charge permet de valider des « outils de travail » qui garderont tout leur intérêt dans d'autres problématiques médicales, sociales ou psychologiques pures.

La place essentielle du conjoint à chaque étape du processus fait partie de ces « outils ». Elle n'était pas donnée d'avance, mais son absence fut vite repérée comme un élément de vulnérabilité spécifique qui risquait de se traduire plus tard par des complications psychologiques ou somatiques, compromettant l'avenir du couple. Les équipes et nous-mêmes avons appris à l'intégrer comme une donnée indispensable, ce qui a beaucoup participé à la cicatrisation ultérieure de la douleur. Cette expérience apportera de l'eau au moulin dans les débats ultérieurs sur la place des futurs pères dans les maternités, place qui ne peut s'improviser dans les cas de vulnérabilité (*cf. le témoignage de Corinne Chanal à propos de « grossesse et addictions »*), mais qui s'avère une variable essentielle dans le devenir de l'enfant.

Malaise dans la communication, décalage émotionnel, valeur réorganisatrice des « clashes », anticipation...

Ce vocabulaire pragmatique, malgré sa relative pauvreté sémantique, coordonnait de mieux en mieux le réseau humain. Sa signification en termes d'effets psychiques a été largement illustrée et approfondie dans la revue les *Cahiers de l'Afrée* (par la suite dénommée *Naissances*). Ces mots visaient à nommer des moments ou impressions partagés entre professionnels de disciplines différentes et permettaient d'élargir le champ des représentations collectives sans déchirure. Il est intéressant de noter que, malgré leur simplicité, certains collègues psychologues ou psychiatres ne peuvent s'en saisir d'emblée, ce qui confirme bien la nécessité de les recontextualiser dans la polyphonie des interventions. Ces collègues disent, parfois longtemps après une formation ou un début d'implication, « n'y avoir rien compris au début ». Certains parleront d'un véritable sentiment d'arrachement – transitoire – à leur culture de base (*cf. le témoignage de Chrystèle Tutunovic*). Cette question demeure l'objet d'une recherche à mener sur la valeur thérapeutique de nos interventions. Le terme « thérapeutique »

sera peut-être jugé inadéquat, mais il paraît légitime de notre place de thérapeutes d'enfants, en regard des « troubles dans la construction des sujets » que nous voulons prévenir. Vaste question, là encore : quelle représentation se font les femmes et les couples de la présence en maternité d'un professionnel du psychisme ? Quel impact peut avoir une telle proposition sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes ? Dans quelles conditions l'orientation vers un psy sera-t-elle perçue comme sécurisante ou dangereuse ?

Dans cette phase de tâtonnements, nous avons bénéficié d'une mise à l'épreuve des premiers « concepts » – c'est un bien grand mot – grâce à la conduite d'une recherche financée par le Réseau national de santé publique, de 1993 à 1996.

À vrai dire, devant une telle efficacité clinique, le souci de transmettre nous taraudait. Les formations de formateurs « à l'approche médico-psychologique de la périnatalité » (titre que nous leur donnions alors) s'étaient mises en place en 1989 et suscitaient un intérêt notable. Les régions bougeaient, des voisins européens aussi. Pour confronter les résultats à la communauté scientifique, le chemin classique est celui des publications. Mais comment faire entrer dans *l'evidence based medicine* des processus aussi complexes, aussi mouvants, et fondés sur une interdisciplinarité peu adaptable aux revues existantes : obstétrique, pédiatrie, psychologie, psychiatrie, médecine générale ? À cette époque de prise de conscience, les pratiques évoluaient vite. L'environnement professionnel se modifiait. Des études modestes menées à la demande de Pierre Boulot à partir de l'introduction de nouvelles techniques – ponction de cordon, réduction embryonnaire – ont permis de recueillir les vécus parentaux, chaque fois enrichissants. Nous avons l'impression d'aller de découverte en découverte.

La diffusion lors d'un colloque de l'élaboration consensuelle d'un mode de pensée à partir du diagnostic anténatal, qui mettait en valeur la place première des soignants dans la « réanimation psychique des parents », eut sur l'auditoire médical un effet de révélation : les médecins se reconnaissaient dans les propos énoncés. Nous n'avions fait que leur restituer sous une forme un peu organisée ce qu'ils éprouvaient, entendaient, observaient. Ce fut l'occasion d'une percée plus large dans l'intérêt de certains responsables de service, chargés d'enseignement donc en position de diffuser ces nouveaux points de repère.

En France le premier Plan périnatalité incluant la notion de « sécurité affective » sortirait bientôt (1994). Au cours du groupe de travail ministériel qui allait y donner naissance, une opportunité de financement a ouvert une nouvelle voie. Notre projet initial d'un « guide de prévention » se révélera trop précoce. Un effort d'analyse minutieuse de chaque composante s'imposait. Il fallait stabiliser les concepts, et ce à travers une