

Le temps de la grossesse, longtemps resté dans l'ombre, fait désormais l'objet d'une attention interdisciplinaire. Soutenir la confiance des parents en eux-mêmes d'abord, aider à une reconstruction parfois, optimiser la qualité de l'environnement de la femme enceinte, préparer l'accueil du nouvel enfant dans une véritable alliance avec la famille, deviennent des enjeux de santé publique. L'occasion de rencontres structurantes avec les professionnels est unique dans la trajectoire des parents. Les soins corporels offrent une occasion d'éprouver sécurité et protection, ce qui a pu manquer aux adultes bousculés dans leur propre trajectoire. La réorganisation des traumatismes anciens grâce aux relations fortes nouées avec les divers intervenants offre des perspectives neuves de prévention dans le domaine de la maltraitance et de la santé mentale.

ACCOMPAGNEMENT ET ALLIANCE EN COURS DE GROSSESSE

LECTURES

## ACCOMPAGNEMENT ET ALLIANCE EN COURS DE GROSSESSE

*Françoise Molénat*

Françoise Molénat est pédopsychiatre, responsable d'une unité Petite Enfance du service universitaire de pédopsychiatrie du CHU de Montpellier, attachée de cours à l'Université. Elle dirige la revue *Les Cahiers de l'Afrée*, est l'auteur de nombreux livres dont *Naissances: pour une éthique de la prévention*, (Erès, 2001) et, avec Luc Rogiers, *Stress et grossesse - Quelle prévention pour quels risques?* (Erès, 2011).

FRANÇOISE MOLÉNAT

TEMPS D'ARRÊT

yapaka.be

Coordination de l'aide  
aux victimes de maltraitance  
Secrétariat général  
Fédération Wallonie-Bruxelles  
de Belgique  
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles  
yapaka@yapaka.be



yapaka.be

**Accompagnement  
et alliance en cours  
de grossesse**

*Françoise Molénat*

## Temps d'Arrêt / Lectures

*Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.*

**Directeur de collection :** Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Delphine Cordier, Sandrine Hennebert, Philippe Jadin, Christine Lhermitte et Claire-Anne Sevrin.

## Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection « Temps d'Arrêt/Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

**Comité de pilotage :** Nicole Bruhwylter, Deborah Dewulf, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Céline Morel, Marie Thonon, Christelle Trifaux.

*Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.*

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.  
Avril 2012

<b>Constat préliminaire</b> .....	<b>5</b>
<b>Prévenir la psychopathologie :</b>	
<b>utopie ou retour au bon sens ?</b> .....	<b>13</b>
Une préoccupation « écologique » .....	13
Intérêt du temps de la grossesse .....	15
L'apport des courants de recherche .....	18
Objectif simple, changement complexe .....	30
Ouvrir le dialogue, s'engager. ....	33
Ancrer le réseau de soins sur le suivi médical de la grossesse .....	34
Une histoire se ré-écrit .....	36
Tenir le fil des émotions. ....	37
Le présent peut-il ré-écrire le passé? .....	40
<b>Comment tenir</b>	
<b>l'ensemble dans une continuité suffisante ?</b> .....	<b>43</b>
Des outils interdisciplinaires .....	43
Apprendre à penser ensemble .....	50
Des « guides de bonnes pratiques interdisciplinaires »? ..	52
<b>En conclusion</b> .....	<b>53</b>

# Constat préliminaire

Les parents sont les mieux placés et les premiers concernés pour accueillir l'enfant, l'aider à construire sa sécurité intérieure, lui permettre d'affronter l'imprévu, pour qu'il puisse explorer le monde et inventer sa vie singulière. Ils se sentent responsables, parfois inquiets, conscients du regard social renforcé sur les « compétences parentales ».

Au moment où eux-mêmes construisent une nouvelle place, ils ont besoin de trouver en eux et autour d'eux les appuis nécessaires. Tout devrait être fait pour qu'ils gardent, ou retrouvent une confiance suffisante en eux-mêmes, base de la sécurité à transmettre à leur enfant.

En effet, attendre et accueillir un nouvel être est l'occasion pour les parents – surtout ceux qui ne purent se construire dans un contexte satisfaisant – d'une remise en jeu des processus de dépendance et d'autonomie. Ce processus enclenchera de manière consciente ou inconsciente leurs propres expériences de liens : rapprochement ou distance, fiabilité ou abandon, sécurité ou insécurité...

Le maintien d'un sentiment de continuité interne, dans ces moments de bouleversement corporel et émotionnel, en particulier chez la future mère, entraîne la réactivation des étapes de construction avec leurs particularités. La grille de lecture que chaque sujet s'est constituée au fil de ses expériences propres organise sur un mode spécifique la perception des réponses venues de l'environnement et les émotions qui y sont associées. Selon ce qui s'est vécu, les modalités relationnelles peuvent surprendre les proches, et tout autant les professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse et de la naissance. Des décalages risquent

de s'introduire entre ce qui constitue la sécurité de la femme enceinte, du futur père, et les points de repère des divers intervenants. À l'extrême, la non-reconnaissance des ressentis propres au sujet peut provoquer un choc sur le versant traumatique et figer de manière durable les émotions déclenchées par une attitude, une parole, sans lien direct avec la réalité perçue par les tiers.

Mettre au monde un enfant reste, pour nombre de femmes, un moment chargé d'anxiété. Devenir parent ne va pas de soi. Le poids des images véhiculées sur la « maternité heureuse puisque décidée » se heurte à une réalité plus complexe. L'ambivalence s'exprime difficilement et se fraie parfois un chemin détourné dans les symptômes somatiques. Les liens affectifs sont interrogés, les places familiales bousculées. Sont remis en question les processus d'indépendance et d'autonomie, au moment où se tisse une nouvelle relation et où se modifie l'image de soi, du partenaire, du couple. Une distance neuve se cherche, en même temps que se fait sentir un besoin de proximité.

Prendre en compte ce qu'éprouve une future mère – ses attentes, ses besoins spécifiques – tout simplement l'encourager dans ses intuitions, relèverait ainsi de l'évidence. Veiller à son autonomie future, lorsqu'elle et le père se retrouveront seuls, devrait s'inscrire naturellement dans le suivi global de toute naissance. Porter attention à sa sécurité globale, tant émotionnelle que somatique s'impose, ne serait-ce que dans l'intérêt du nouveau-né dont l'arrivée constitue un élément de discontinuité majeur. Il reste que l'accès aux ressentis des futurs parents, lorsque ceux-ci ont dû mettre en place des stratégies pour garder un minimum de continuité dans le sentiment de soi, ne s'avère pas toujours aisé dans le fonctionnement habituel de l'action médicale et sociale.

L'émotion est centrale dans la communication humaine, à la charnière entre l'inscription biologique de l'expérience et sa représentation mentale. L'attitude

professionnelle qui s'appuierait sur une volonté de neutralité porte en soi le risque d'être interprétée comme de l'indifférence, et peut susciter – ou réactiver – chez le parent le sentiment de ne pas être reconnu dans ses propres ressentis, alors même que le désir de l'intervenant vient du souci de ne pas être intrusif, ou de garder son objectivité. Les soignants du monde somatique doivent préserver le recul suffisant pour assurer la sécurité médicale, et se trouvent en même temps enjoint d'avancer dans le champ miné de l'intersubjectivité. Des « outils relationnels » se cherchent pour que, dans la rencontre entre soignant et « future mère vulnérable », soient maintenus ensemble les deux registres, d'où les efforts actuels pour élaborer des stratégies consensuelles face aux situations chargées d'émotions intenses, ou de barrages à la communication. Des efforts considérables sont menés dans les cas de grande vulnérabilité somatique : deuil périnatal, annonce d'une anomalie fœtale, hospitalisation prévue pour le nouveau-né. Les équipes sensibilisées aux processus d'attachement, confrontées à la sidération ou à la violence émotionnelle des parents, ont appris progressivement à baliser leur propre engagement. L'appui sur les protocoles médicaux constitue une aide considérable, car ils permettent de se repérer sur la singularité de tel ou tel couple confronté à une épreuve désormais partagée avec les soignants. Bien plus, l'occasion d'une nouvelle circulation d'émotions, d'une expérience de protection neuve, est désormais offerte, ce dont témoigneront les couples plus tard, surpris d'avoir pu traverser un flot d'insécurité dans un contexte humain serein et ce sans être débordés. La phrase tant entendue « nous ne sommes plus les mêmes... c'est pour nous une nouvelle naissance », alors même que l'épreuve fut lourde, confirme le bien-fondé d'une politique active de prévention à ces étapes de grande proximité relationnelle.

Mais ces acquis restent fragiles, tant l'approche technique de la naissance peut vite laisser de côté la dimension subjective, faute de formation, de temps, d'appuis suffisants chez les professionnels. Le chantier

à parcourir reste vaste. Si le cloisonnement des disciplines médicales s'est atténué, il persiste toutefois entre le secteur hospitalier et la pratique privée. L'action périnatale reste floue pour les intervenants de la petite enfance. Le fil des émotions parentales se perd dans l'absence de continuité interprofessionnelle. Les mondes somatique, social et psychiatrique, convoqués dans les cas de grande fragilité familiale, se rapprochent avec lenteur. Les projections mutuelles entravent la coordination. Le soutien psychologique spécialisé s'accompagne parfois d'une perte de compétence pour les soignants. Le résultat se traduit par une recherche du passé personnel chez le parent qui permettrait d'éclairer le présent, alors que les modalités environnementales des premières étapes dans la vie de l'enfant ont laissé des traces durables dans le psychisme parental, sans être explorées ultérieurement, faute de connaissance mutuelle entre ceux qui interviennent en des temps et des espaces différents. Les parents qui n'ont pu construire un sentiment de soi suffisamment solide n'ont pas les moyens de se repérer dans le kaléidoscope des interventions. Ils retrouvent là le miroir des expériences chaotiques vécues à l'origine de leur insécurité actuelle.

Le constat reste lourd. Le taux de dépressions du *post-partum* – taxées dans la littérature médicale d'un impact délétère sur le développement de l'enfant – oscille entre 10 et 20 % des naissances. Les consultations aux urgences pédiatriques dans les tout premiers mois – la plupart sans cause organique avérée – soulignent l'anxiété familiale, faute d'avoir anticipé le recours à un professionnel. Les mères se plaignent de se retrouver seules à leur retour au domicile et se referment bien souvent sur leur mal-être. La séparation précoce des couples serait due à la fragilisation des liens à l'occasion d'une naissance. Enfin, les troubles du développement apparus dans l'interface entre le potentiel propre de l'enfant et le contexte émotionnel, ne suscitent que tardivement une approche adéquate, lorsque la difficulté s'est structurée, que les parents se sentent atteints dans l'image d'eux-mêmes et

que les soins entraînent un coût significatif. De plus, les professionnels de l'enfance y voient leur charge aggravée et la mise en confiance des parents plus ardue. La genèse des pires situations d'adolescents en dérive montre à chaque fois l'existence de signes d'alarme précoces qui n'ont pu être pris en compte de manière adéquate. Les professionnels du champ socio-éducatif savent combien la construction d'une alliance avec la famille relève alors d'un parcours du combattant, si elle n'a pu se nouer très précocement dans une écoute attentive. Du fait de la perméabilité psychique particulière aux étapes périnatales, les ressentis négatifs laissent une empreinte renforcée par la collusion à des émotions du même registre vécues en d'autres temps – ce dernier point prenant une acuité particulière lorsque la trajectoire personnelle des parents ne leur a pas permis d'expérimenter la valeur de leurs propres ressentis et de construire une image d'eux suffisamment bonne pour affronter le regard des tiers. À l'inverse, une nouvelle expérience de relation dans ces moments sensibles ouvre une occasion de réaménager le passé, ce que confirme le suivi prospectif des familles.

Ces arguments rendent cruciale l'urgence d'une attitude préventive fondée sur la prévenance qui ne se perd pas en route dans le débat sans fond d'un risque de « prédiction » ou de stigmatisation. Il sera toujours temps pour un enfant, entravé dans son développement, de se voir attribuer un diagnostic ou un handicap, faute de l'étayage qui eût été nécessaire plus tôt. La prudence en ce domaine doit rester de mise. Mais la seule manière d'éviter la dérive passe par des conditions précises de collaboration interdisciplinaire permettant le maintien de l'intersubjectivité entre professionnels et famille. Les praticiens du psychisme y sont convoqués mais peu préparés à offrir les conditions nécessaires aux intervenants de première ligne pour penser la difficile rencontre avec l'angoisse de l'autre, parent ou enfant en souffrance. Quant à offrir aux familles un environnement cohérent du début de la grossesse à l'enfance, l'intérêt d'apprendre à penser

ensemble tout en maintenant la différence des places professionnelles, émerge à peine des multiples théories qui traversent le champ de l'humain.

L'interdisciplinarité constituerait-elle une nouvelle discipline? Tous les professionnels le reconnaissent : « on n'est plus les mêmes lorsqu'on travaille ensemble à partir de l'expression par les parents de leurs questions et attentes. »

Avant d'explorer les facettes d'un accompagnement innovant en cours de grossesse, l'énoncé d'une situation par un court exemple, remontant aux années 1980, permet de visualiser le saut conceptuel opéré au cours des dernières décennies.

*Une assistante sociale de proximité appelle la maternité pour prévenir que Mme L. va bientôt accoucher, qu'elle vit dans des conditions peu rassurantes, avec un problème d'alcool, une « mauvaise vie » (détaillée), et qu'il faut surveiller la relation au bébé... Et elle part en vacances. Mme L. arrivera en effet en plein mois d'août : gros malaise dans les équipes, on hospitalise l'enfant au service des prématurés au cas où, sous un prétexte fallacieux... La mère vient régulièrement voir l'enfant dans un climat peu détendu. Il se trouve qu'un interne ne retrouve pas son portefeuille, et suspecte un vol. Tous les regards se portent sur Mme L... qui entend les conversations. La surveillante du service trouve un prétexte pour fouiller l'armoire de sa chambre. Mme L. explose dans une bouffée d'agressivité. On appelle l'ambulance pour un transfert en psychiatrie. L'interne retrouvera finalement son portefeuille dans une autre poche. L'enfant sera placé, et aucun retour d'information ne parviendra vers la maternité.*

Cas extrême, mais révélateur des faibles moyens de transmission humanisée et efficace, à une époque de non communication.

Transposons la même situation sur le même site, à l'heure actuelle.

*L'assistante sociale encouragerait Mme L., dès le début de sa grossesse, à parler de son problème d'alcool au praticien qui suit sa grossesse, avec l'aide d'une sage-femme de proximité, et de son médecin traitant, en l'assurant qu'elle ne sera pas jugée mais aidée. Mme L. pourrait dire en confiance ses difficiles conditions d'existence; le suivi de grossesse serait resserré, une prise en charge en addictologie proposée au titre de l'enfant. Une préparation à la naissance centrée sur le corps offrirait de nouvelles perceptions. Elle rencontrerait avant la naissance le pédiatre qui verrait avec elle (et avec le père) comment suivre son enfant précocement, avec leur aide. Elle serait peut-être hospitalisée quelques jours en obstétrique pour diminuer sa consommation et rencontrer les professionnels significatifs (anesthésiste, équipe pédiatrique, salle de naissance). Le médecin traitant serait inclus par téléphone, avec l'accord de Mme L., dans le projet de retour au domicile. Le « réseau » ainsi constitué organiserait la sortie en fonction des souhaits et des limites reconnues de cette mère, dans le maintien d'une alliance autour des souffrances masquées par l'addiction. En bref, les relations étroites permettraient d'atténuer la sensation de vide et d'angoisse qu'elle comble par des produits. En cas de difficultés existentielles majeures, un accueil partagé de l'enfant pourrait s'envisager et se préparer, dans une élaboration conjointe permise par la confiance établie.*

*Certes des transmissions se feraient, mais elles seraient centrées sur le dialogue avec la mère et les réponses à ses inquiétudes. Nul n'aurait besoin alors de dérouler son intimité pour optimiser les chances de ce bébé.*

# Prévenir la psychopathologie : utopie ou retour au bon sens ?

## Une préoccupation « écologique »

Un enfant se construit, une femme et un homme entrent dans une nouvelle aventure : vieille comme le monde et toujours bouleversante. Comment délimiter l'espoir de réduire la souffrance, sans tomber dans l'illusion ?

Le rôle précoce de l'environnement humain sur le développement cérébral et l'activation des gènes, sur la construction d'une sécurité interne, émerge désormais de tous les champs de connaissances. Les interactions somato-psychiques ne relèvent plus d'une lubie de psychanalystes, mais de la neurobiologie. Si le destin humain garde sa part de mystère, les conditions optimales permettant à l'enfant d'affronter l'imprévu sont connues. Si la médecine périnatale a considérablement amélioré les conditions de survie maternelle et infantile, peut-on espérer le même progrès dans la protection de la vie psychique, sachant que la complexité des facteurs en jeu exclut toute prédiction ?

La prévention en santé mentale relève-t-elle des spécialistes du psychisme ? De quels outils disposons-nous pour aborder une telle complexité ? A-t-on mesuré les dégâts considérables d'une absence de prise en compte des ressentis parentaux au cours de la procréation ? L'enfant s'organise-t-il dans la réflexion intellectuelle de ses parents ou dans un univers de sensations et d'émotions échappant à la maîtrise consciente ? Dans ce cas, peut-on agir sur les

émotions parentales, sur leurs représentations d'eux-mêmes et de l'enfant à venir ? Qui est le mieux placé ? Faut-il agir sur eux ou accueillir ce qui vient d'eux et trouver avec eux les réponses, dans une liberté respectée ou retrouvée ?

Un tel état d'esprit relève, à première vue, d'une démarche écologique : respecter la femme enceinte parce qu'elle va mettre un enfant au monde, son conjoint parce qu'il sera le père de l'enfant, est la condition minimale – suffisante dans un fort pourcentage de cas – pour offrir les meilleures conditions au nouveau-né. Ce premier niveau n'est pas encore parfaitement balisé. Les pratiques de dépistage précoce, avant même que la femme se soit « installée » dans sa grossesse, génèrent une anxiété importante selon la manière dont les informations sont délivrées. L'organisation des soins périnataux varie selon les pays et joue un rôle important. Les appuis de proximité, tel le médecin traitant, restent souvent ignorés des équipes hospitalières et sociales, entraînant un chevauchement d'actions et de contentieux corporatistes, de confusions de places... à l'opposé de ce que l'on attend des parents dans l'éducation de leur enfant.

Quoi qu'il en soit des capacités collectives à offrir un nid porteur aux familles en construction, l'attente et la mise au monde d'un nouvel être offrent une opportunité rare : trois personnes sont en jeu. Leur destin est en partie lié, mais chacun peut voir sa trajectoire modifiée par les conditions environnementales de la naissance : l'enfant, la mère, le père, sans préjuger de l'organisation des liens qu'ils noueront ensemble dans le kaléidoscope actuel des configurations familiales. Au-delà d'une cellule familiale, de nombreux professionnels s'autorisent à une attention élargie, dans des conditions drastiques d'éclairage psychologique : fratries, ascendants, peuvent désormais bénéficier de l'attention d'un environnement humain lui-même structuré et lisible, sans préjuger d'une quelconque « normalisation » mais d'une remise en jeu des cartes transgénérationnelles. Et cette attention ne relève

pas de questionnaires fermés, mais d'un niveau d'empathie collective dont les ressorts se fabriquent progressivement.

Comme le dit au décours d'une naissance, une jeune femme suivie en psychiatrie depuis l'adolescence : « Je me suis nourrie des racines horizontales faites des multiples rencontres, mes racines verticales ne m'avaient pas permis de grandir. J'ai franchi les étapes et me sens devenue adulte, mère et femme. J'ai fait confiance et on m'a fait confiance. »

Les publications se multiplient quant à une corrélation entre les stades précoces de l'attachement et la psychopathologie ultérieure chez l'enfant ou l'adulte. Les psychiatres généralistes commencent à s'y intéresser, pas seulement au titre d'une psychopathologie avérée chez la mère, mais d'un potentiel organisateur tant chez l'enfant à venir que chez des parents vulnérables. L'axe « devenir parents » apparaît de plus en plus clairement comme une pierre d'angle dans la construction/reconstruction des êtres, à condition d'une grande rigueur d'accompagnement.

Le rapprochement des disciplines en conditionne l'efficacité. Et là, le bât blesse. Comment travailler ensemble ?

## **Intérêt du temps de la grossesse**

Sorti de l'ombre à travers l'évolution des techniques médicales, le temps de la grossesse ouvre le champ des possibles. Une meilleure attention portée à la sensibilité de chaque parent, dans un contexte de collaboration entre les disciplines (médicales, sociales, psychologiques) se fait jour. Temps unique dans la trajectoire du futur enfant au travers du corps traversé d'émotions de sa mère, mais aussi dans la construction, reconstruction, consolidation des identités parentales, la grossesse pourrait se décliner de multiples manières :

- c'est une période dynamique sur le plan personnel et social, tendue vers un projet neuf et créateur, marquée donc d'une tonalité heureuse;
- les femmes les plus en souffrance sont accueillies « comme toutes les mères » dans le positif de la procréation;
- la grossesse se vit dans le corps et les bouleversements physiologiques ont un retentissement sur l'image de soi;
- tout ce qui est bon pour la mère est bon pour l'enfant;
- prendre soin de la femme enceinte, c'est prendre de soin de l'enfant à venir;
- la communication infra-verbale occupe une place centrale (accueil, présence...);
- devenir parent remet en jeu les processus de dépendance et d'autonomie élaborés dans la trajectoire personnelle;
- au moment où de nouveaux liens vont se construire, les relations personnelles se réorganisent, les générations bougent, les repères affectifs se modifient;
- tous ces mécanismes rendent la femme enceinte particulièrement perméable à l'environnement humain;
- l'attente d'un enfant peut offrir l'occasion d'être entendue, soutenue, vers une véritable autonomie;
- le suivi médical actuel est l'occasion de rencontres significatives, fondées sur le soin et la protection;
- le temps est limité mais suffisamment long pour que se vive une nouvelle expérience de relation avec le monde professionnel autour d'un même objectif;
- l'enfant *in utero* amorce ses premiers schémas d'organisation à partir de ses perceptions et de son potentiel propre;
- l'état émotionnel de la mère intervient dans le déroulement obstétrico-pédiatrique;
- tout ce qui est fait pour améliorer la sécurité globale de la femme enceinte favorise l'organisation propre du bébé à venir;
- le conjoint lui-même traversé par son propre mouvement de devenir père, par les besoins d'attention de sa compagne, a l'opportunité de rencontrer un milieu professionnel attentif;
- la place du père se prépare dès la grossesse;
- plus les parents ont été chahutés par la vie, plus ils souhaitent le meilleur pour leur enfant;
- les conséquences de la dépression prénatale et/ou d'une anxiété sévère sur l'organisation de l'attachement sont connues;
- dans les cas de grande détresse parentale, une alliance est possible autour du projet commun de donner toutes ses chances à l'enfant à naître; elle s'avère plus ardue une fois le bébé présent;
- mais il n'est pas facile pour une femme enceinte de dire son malaise au vu des fortes représentations sociales sous la bannière de « bonne mère », concept inadéquat;
- faire confiance à l'autre peut être une nouvelle aventure pour un adulte qui n'en a pas fait l'expérience et a dû se construire dans une autonomie trop précoce;
- la résurgence d'émotions liées à un autre temps vécu chez les parents crée un malaise décodable par les soignants;
- ce réveil d'éléments liés au passé est l'occasion d'une réorganisation des traumatismes grâce à des rencontres sécurisantes dans le présent;
- l'accueil d'émotions « négatives » par un professionnel en sécurité diminue l'angoisse;
- vouloir rassurer trop vite augmente le stress;
- le manque de coordination des professionnels est un facteur de stress, généralement non identifié;
- des paroles ou attitudes blessantes laissent des traces indélébiles chez certains parents;
- la culpabilisation d'une femme enceinte a des effets dévastateurs...

La liste des multiples éléments qui font la richesse de cette période où l'on attend un enfant serait longue et, à travers cet enfant, l'espoir d'un avenir meilleur, surtout lorsque le passé des parents fut éprouvant. L'avantage majeur est que la femme enceinte bénéficie d'une sollicitude fondée sur les soins corporels parce qu'elle va mettre au monde un enfant « comme toutes les mères », quelle que soit sa vulnérabilité

parfois extrême. Le conjoint trouve là, si l'environnement s'y prête, l'occasion d'éprouver sa place dans le regard des professionnels, en tant que futur père, quelles que soient ses éventuelles sources de fragilité.

À partir du suivi médical, la grossesse est ainsi mieux reconnue comme l'occasion exceptionnelle de consolider ou de reconstruire la sécurité de base au travers d'un faisceau de relations coordonnées dont nous verrons les composantes. Première étape d'une longue histoire, tant pour la femme gestante que pour la famille, ces quelques mois peuvent modifier de manière radicale les étapes à venir : accouchement, *post-partum*, développement et éducation, jusqu'au potentiel futur de l'adulte devenant parent à son tour.

## L'apport des courants de recherche

L'étrangeté dans les vocabulaires et les modes de pensée a longtemps tenu éloignées les disciplines concernées par la naissance et le développement de l'enfant. Les connaissances en sciences fondamentales offrent désormais des outils conceptuels qui aident à relier les divers champs. La démonstration d'une interaction précoce entre le potentiel biologique de l'enfant dès sa vie intra-utérine et l'environnement humain permet une confluence des multiples courants de recherche. Le débat inné/acquis se trouve dépassé et l'ouverture des disciplines à des approches neuves laisse augurer une dynamique puissante.

De nombreux ouvrages décrivent les efforts actuels pour jeter des ponts entre psychanalyse et neurobiologie. Les effets cliniques saisissants de la période périnatale, minutieusement décrits depuis une vingtaine d'années dans *Les Cahiers de l'Afrée*, résistent encore à ces confrontations, peut-être parce que les mécanismes de changement résultent de multiples facteurs. Le risque d'une lecture linéaire menace à chaque analyse de situation complexe, alors qu'il faut appréhender dans un même effort :

- les effets d'une alliance avec un soignant autour du soin corporel ;
- les ressentis générés chez la femme enceinte, lorsqu'elle éprouve sa place au centre d'un faisceau de relations vers un objectif commun : l'enfant à naître ;
- les modalités de liens entre les membres de ce collectif et la sémiologie des modalités de communication ;
- les effets des liens interprofessionnels sur la vie psychique du sujet ;
- les effets somatiques des mouvements émotionnels ;
- le changement induit dans le collectif soignant par la fonction contenantante d'un psychotérapeute en deuxième ligne ;
- l'impact d'une qualité d'alliance interprofessionnelle sur l'attachement ultérieur parents-enfant ;
- les effets du travail psychothérapeutique, selon les modalités d'orientation et le cadre technique.

Émotions et représentations s'organisent à tous les niveaux cités. Celles des professionnels interviennent dans la modulation des attitudes, telles qu'elles seront perçues par la femme enceinte (couple). Ceci n'induit pas la nécessité que le professionnel se réfère à son histoire personnelle. Par contre, la confrontation de ses propres ressentis à ceux des autres intervenants impliqués auprès du même couple se révèle une source d'enrichissement personnel inédit.

La lecture des processus complexes nécessite l'aide d'un praticien du psychisme. Mais chaque professionnel peut développer une compréhension de son propre engagement et de ses effets, élargissant ainsi son champ de représentations. La valeur humaine et intellectuelle d'une telle avancée, personnelle et collective, devient le ciment du progrès.

Au-delà de la culture freudienne classique et de ses riches apports, d'autres apports éclairent les processus de changement. L'énoncé des courants de

recherche cités ci-dessous n'est pas exhaustif. Il est d'ailleurs piquant de voir dans ce temps de naissance se rencontrer les disciplines et les concepts forgés au fil des décennies, sans que rien ne s'y oppose, puisqu'on part de la réalité corporelle, puis du passage entre sensations, émotions, pensées, dans une démarche prospective. Le maniement clinique des constructions formelles peut, par contre, susciter le débat : le manque de cohérence ou de lisibilité des pratiques « psy » reste un facteur de frein dans le travail en commun, mais aussi l'objet d'une recherche fructueuse.

### **Théorie de l'attachement**

Elle met en lumière les stades précoces du développement, ne relève pas d'une conceptualisation hermétique et s'avère utile pour « parler ensemble » autour de la famille en construction. Elle croise les connaissances actuelles sur le stress, la mémoire, via la biologie, sans pour autant attaquer l'intérêt d'autres courants de pensée.

Les travaux de recherche qui s'inspirent de la théorie de l'attachement ont profondément modifié les modalités d'intervention précoce. Il a fallu innover en aménageant le cadre et la technique classiques. La notion d'alliance thérapeutique a pris sa place, ainsi que l'empathie, élément essentiel du changement.

Surtout, la connaissance fine des processus d'attachement précoce permet de dégager des éléments non spécifiques à toute relation de soin, qui retrouvent là une valeur précieuse, le corollaire étant l'affinement des indications psychothérapeutiques au sens strict. Dans cette articulation, des ressorts de changement remarquable se manifestent.

En effet, la grossesse génère une forme d'insécurité liée à l'imprévu, le changement, tous les éléments de discontinuité débordant parfois les capacités d'intégration immédiate. Un fort pourcentage de parents ont

acquis une sécurité de base suffisante pour traverser cette phase de bouleversement, avec une simple attention mutuelle et celle de l'entourage ; ils sauront faire appel, ayant déjà éprouvé la fiabilité d'une relation. Par contre, ceux qui n'ont pu construire cette sécurité aborderont les étapes périnatales en réactivant leur système d'attachement avec leurs propres scénarios mis en place pour contenir l'angoisse : évitement, passages à l'acte, sensation de vide, dévalorisation, dépression... S'ils trouvent en face d'eux des figures fiables, dans une proximité suffisante, offrant des épisodes de *mirroring*<sup>1</sup> individuel et collectif, ils ont l'occasion de mentaliser ce qu'ils vivent actuellement, aidés par les mots des professionnels, et d'intégrer de nouveaux schémas relationnels.

Ce constat clinique – qui s'appuie sur d'étroites collaborations interdisciplinaires – prend toute sa valeur auprès de parents dont l'histoire personnelle est tellement chargée d'angoisse, ou de vide émotionnel, que seule une nouvelle histoire relationnelle dans le présent permet d'accéder aux émotions sans danger. Le psychothérapeute a l'opportunité dans un deuxième temps de s'appuyer sur les rencontres fiables entre femme enceinte (couple) et professionnels, pour explorer l'organisation des ressentis (affects et représentations) dans le présent, en résonance avec un passé traumatique, non accessible en première intention. Qui plus est, il s'agit de personnes qui n'iraient pas consulter un psychothérapeute quel qu'en soit le souhait des professionnels de première ligne. Le soignant – ou tout autre intervenant – joue là un rôle de passeur, qu'il devra tenir parfois longtemps avant qu'une demande ne surgisse vers un psychothérapeute. Inutile de préciser que les professionnels ont alors besoin de ne pas rester seuls à recevoir la charge émotionnelle de plein fouet, non élaborée chez le parent, et qu'ils doivent eux-mêmes bénéficier d'un espace de parole pour « penser » leur propre engagement.

---

1. *Affect mirroring* : réflexion des affects par le parent qui permet à l'enfant d'accéder progressivement à une compréhension de ses propres états mentaux.

Une conséquence pratique en résulte : auprès d'un sujet n'ayant pas connu la fiabilité d'une relation, ne pas rappeler après des rendez-vous manqués, ou dans les suites d'un échange lourd de retombées émotionnelles, risque de renforcer la sensation d'abandon. Ne pas lâcher, dans une culture où l'on attendait la « demande », représente une véritable bascule.

Ce mouvement de sollicitude mobilise chez les femmes ayant souffert de carence des impressions fortes, jamais ressenties disent-elles. Parfois, il faudra une, deux grossesses, et le maintien sans relâche d'une empathie malgré les ruptures de soins, les refus de toute orientation, pour qu'enfin une mère puisse renoncer à sa stratégie protectrice inconsciente : « Je coupe pour ne pas être abandonnée. »

### **Travaux sur la mémoire, le rôle de l'émotion, la plasticité cérébrale**

Dans le foisonnement des progrès en neurosciences, plusieurs éléments intéressent particulièrement les possibilités de mobilisation psychique durant la grossesse et l'accouchement.

Toute expérience laisse une trace neuronale – le marqueur somatique de Damasio – dans le registre du plaisir/déplaisir, et peut être réactivée sans passer par la conscience.

La mémoire est un processus actif et permanent, qui permet une réorganisation de l'information inscrite dans les neurones au gré de l'expérience renouvelée.

La notion de « fenêtre temporelle » désigne le moment de réactivation d'un souvenir, qui le rend labile, mais aussi transformable au travers d'une expérience présente surtout si elle se charge d'une émotion « positive » ressentie dans un contexte de sécurité.

Dans ce moment de grande perméabilité au monde environnant, les consultations et examens induits

par le suivi médical intensifient un certain rapport au corps, d'où le respect qui doit présider à ces pratiques. Si la future mère a souffert dans le passé d'intrusion ou de non protection, l'attention respectueuse du praticien engagé dans les soins corporels non seulement évite la répétition traumatique mais peut, dans certains cas, réorganiser les traces d'évènements vécus. L'anticipation de moments susceptibles de réactiver ces traces (l'arrivée en salle de naissance) afin d'organiser le contexte de remémoration présent, constitue un moyen précieux de mobilisation du traumatisme – avant que le nourrisson, par sa présence, ne réveille des émois dangereux.

Un tel constat oblige à réfléchir sur la place de la verbalisation, sur l'importance donnée classiquement à l'exploration du passé pour comprendre le présent, et sur les mécanismes de changement. La prise de conscience d'un lien entre présent et passé peut ne pas suffire à s'en libérer. La circulation d'émotions, dans un contexte de confiance mutuelle, peut à l'inverse réorganiser l'inscription d'une expérience traumatique passée au travers de nouveaux ressentis dans le moment actuel. La clinique périnatale en donne des exemples quotidiens. Il en a découlé de nouveaux « outils relationnels » tels que la reprise des antécédents obstétricaux traumatiques par une sage-femme (Clutier-Seguin\*), dont l'efficacité surprend dans des cas particuliers, comparée au travail psychothérapeutique classique. Il s'opère là une re-synchronisation des sensations, émotions, représentations, disjointes par la perte d'une partie de soi dans un moment vécu resté impensable.

### **Travaux sur le stress**

Les travaux sur la nature et l'impact du stress périnatal ouvrent également des perspectives de prévention. Une fois rappelé l'effet positif du stress d'adaptation à une situation nouvelle, que retenir du foisonnement d'études ? Face au stress d'origine environnementale, les avis se rejoignent sur la notion de filtre d'une

configuration psychique personnelle, sorte de référentiel élaboré au fil des expériences vécues dans le passé. Ainsi le présent est décodé à travers une grille de lecture propre au sujet, quel que soit le contexte présent. Le maillage sera plus ou moins serré selon ce qui a été vécu, et surtout l'existence ou non de points d'appui lors des épisodes d'insécurité. L'exemple le plus parlant est celui d'une autonomie trop précoce, qui a permis au sujet de maintenir un minimum de continuité interne en se protégeant de relations potentiellement dangereuses sur le plan émotionnel. Toute offre d'aide peut être récusée – sous forme de comportement d'évitement le plus souvent – afin de limiter le risque d'un sentiment d'abandon déjà éprouvé et non élaboré psychiquement. Cette attitude sera souvent interprétée comme une absence de demande, alors qu'il s'agirait de décrypter, sous le comportement, l'existence d'une demande implicite qui ne peut se dire.

Quant aux effets sur l'enfant d'un stress maternel périnatal, les travaux de B. Van den Bergh semblent convaincants : les altérations neuro-développementales touchent les secteurs cognitifs et émotionnels. Par contre, précise cet auteur, une éventuelle influence modératrice par l'environnement des soins postnataux devrait être étudiée. Les résultats de cette recherche ouvriraient la voie au développement de stratégies d'intervention pré- et périnatales ciblées ; elles pourraient diminuer le risque charrié par le stress prénatal sur le fonctionnement précoce et plus tard sur la santé mentale des enfants.

Les pédiatres s'intéressent de plus en plus à la transmission du stress au moment où se mettent en place les systèmes de régulation. Les études expérimentales confirment le rôle de l'environnement et du maternage dans l'épigenèse et « imposent de prendre en compte ces éléments dans les interactions professionnelles et avec les familles ». La mise en place des « soins en développement » dans les services de néonatalogie signent l'intérêt grandissant d'une réduction

des facteurs de stress auprès des bébés vulnérables, vecteur du progrès à conquérir après les techniques de réanimation.

Ces résultats convergent avec le souci de préparer, dès la grossesse, le climat de sécurité nécessaire aux parents pour accompagner tout moment d'insécurité et limiter ainsi les sécrétions trop élevées de cortisol (hormone considérée comme un marqueur du stress).

Les effets du stress sur l'accouchement prématuré sont connus depuis fort longtemps, sans qu'aient pu s'élaborer encore des stratégies stabilisées, qui respectent la femme enceinte sans l'affoler. On retrouve là le principe de base : tout ce qui améliore le bien-être maternel optimisera les divers aspects du parcours périnatal, d'abord pour la mère elle-même, et par voie de conséquence pour le fœtus et le nouveau-né. C'est l'occasion de rappeler que l'écoute attentive des facteurs d'angoisse diminue le stress, et que vouloir rassurer trop vite l'augmente au travers de la sensation « on ne m'entend pas ». Après la période de progrès techniques associés à une chute drastique de la mortalité, une nouvelle voie s'ouvre : augmenter la sécurité des femmes en amont par la prise en compte de ce qu'elles ressentent, et pas seulement en aval par une médicalisation qui devrait se moduler.

### **Approche sensori-motrice du développement humain**

Le regard porté par A. Bullinger sur l'organisation développementale du tout-petit dans sa rencontre avec le monde environnant enrichit la compréhension des strates précoces qui soutiennent l'adulte dans sa propre organisation. Du côté pédiatrique, ce regard original se répand. Si le terreau périnatal a permis aux parents de faire confiance, les professionnels du post-natal aiguïssent leur attention et trouvent dans les bilans sensori-moteurs une réponse à des questions sur une configuration fragile. Il ne s'agit pas d'observer la relation mère-enfant, mais de rencontrer un enfant avec

ses parents et d'aider à mettre en évidence les postures ou attitudes qui l'aideront à retrouver la fluidité de son développement. Une prévention légère, en termes de guidance parentale, parfois d'un travail spécifique auprès de nourrisson, permet d'éviter les complications plus ou moins lourdes, dont beaucoup s'exprimeront au cours des apprentissages. Les sages-femmes trouvent là une mise en mots et en images de leurs intuitions lorsqu'elles revoient les mères après la naissance, au décours d'un accouchement difficile, d'un échec d'allaitement, d'un moment dépressif et une orientation en cas d'inquiétude auprès de psychomotriciennes formées à l'approche sensori-motrice.

Autre intérêt : ce regard sur le bébé dans son développement enrichit la reconstruction qui peut se mener avec les futures mères lorsqu'elles souffrent dans leur corps, ou que le stress les envahit. La recherche rétrospective des conditions de « *holding* » précoce les amène à interroger leurs ascendants et parfois à découvrir des conditions d'élevage méconnues jusqu'alors (dépression de leur propre mère, séparation précoce méconnue...). Certes, une telle recherche se pratiquait dans le travail psychothérapique classique, mais la proximité corporelle des soignants leur permet de percevoir des manifestations d'angoisse qui n'émergent pas à la conscience et s'expriment dans le corps des femmes enceintes. Si l'on ne s'intéresse pas activement aux conditions de naissance de la future mère elle-même, ces traces corporelles continueront à frayer le chemin neuro-hormonal du stress.

La réceptivité de l'enfant à l'organisation tonique de sa mère renforce l'intérêt du travail corporel au cours de la grossesse, l'accouchement, le *post-partum*. S'y ajoute bien sûr la sécurité affective avec toutes ses composantes, qui teintera l'ensemble des messages adressés à l'enfant. Ces constatations ne viennent pas taxer la mère d'une responsabilité supplémentaire (n'en rajoutons pas!), elles soulignent la nécessité de prendre en compte le bien-être corporel et émotionnel parental dès que possible.

Le rôle du père et celui du contexte social restent très peu étudiés dans les publications sur la dépression périnatale, et les moyens de la prévenir encore moins.

S'il a paru important d'évoquer le *post-partum* dans ce texte consacré à la grossesse, c'est parce que la connaissance de l'après améliore la vigilance de l'avant. Disposer d'étayages adaptés après la naissance favorise l'identification de besoins spécifiques décryptés avec les futurs parents lors du suivi médical. Le « dépistage » de vulnérabilités sans réponse ajustée est maltraitant. Il devient plus facile de reconnaître une prise d'alcool sans aggraver la culpabilité, quand la chaîne des réponses est en place. Une femme enceinte pourra confier un antécédent psychiatrique dans la mesure où un dispositif est organisé en *pré-* et en *post-partum* pour éviter la répétition, ou tout au moins l'accompagner dans un climat de sécurité hautement thérapeutique.

Il ne s'agit pas d'éviter toutes les complications, mais de les accompagner et d'en atténuer les effets.

A *minima*, la réassurance trop rapide, ou la banalisation d'une peur peut se percevoir comme « on ne m'entend pas ». L'appui sur un suivi coordonné permet au contraire de laisser se déplier les ressorts de la peur, parfois loin dans la construction personnelle. « On écoute mieux lorsqu'on a les réponses », « on entend autrement lorsqu'on n'est plus seul », reconnaissent tous les acteurs de cette période. Avoir en tête les étayages disponibles dans la continuité des étapes à venir aide ainsi les équipes périnatales à s'intéresser au monde émotionnel des parents.

### **Travaux sur la construction d'une relation à trois**

Une méthodologie particulière d'observation des interactions précoces, dont N. Favez a produit une riche synthèse, explore l'organisation et l'intégration d'un schéma d'être à trois par l'enfant dans ses premiers

mois, la triade. Depuis fort longtemps, l'analogie entre les concepts utilisés par cette équipe de recherche pour décrire la genèse du sentiment d'être à trois, et ceux du travail dit « en réseau », frappait l'esprit. Les auteurs décrivent la qualité de l'alliance familiale autour du nourrisson comme un contexte d'apprentissage social pour l'enfant, en complément d'autres niveaux relationnels tels que l'attachement enfant-parent. Ils décrivent les modalités de l'alliance comme des sortes de « modèles cognitifs de relations avec autrui qui guident la façon dont l'enfant comprend le monde interpersonnel ». « L'alliance sera dite fonctionnelle quand les partenaires arrivent à se coordonner dans la plupart des situations et que les émotions sont majoritairement positives et bienveillantes, alors qu'elle sera dysfonctionnelle quand la coordination est systématiquement difficile, voire impossible, en raison de conflits entre les parents de la relation à trois, et que les interactions sont répétitivement froides et distantes. » Ils retrouvent une corrélation entre les qualités de l'alliance triadique et différents types de symptomatologie chez l'enfant plus tard (troubles cognitifs et de l'humeur).

Ce constat rejoint les hypothèses issues d'autres champs théoriques : encore fallait-il le démontrer au-delà de simples monographies. Il s'ensuit deux conséquences majeures pour le travail de prévention précoce.

La prise en compte dès la grossesse de la place du père est un élément supplémentaire de soutien d'une alliance parentale parfois fragile. La valeur accordée par des tiers à la rencontre du couple dont est issu le projet d'enfant ne vise pas le simple devenir conjugal ultérieur. C'est la capacité de maintenir une cohérence face à l'enfant qui sera importante pour l'avenir, dans le souci d'éviter l'annulation réciproque ou le conflit.

Dans un tout autre registre de relations autour de la naissance, l'alliance entre professionnels d'une part, entre ces derniers et le couple d'autre part vers un

même objectif, est devenu le creuset d'un accompagnement réussi. Offrir « un contexte interprofessionnel structurant autour de la grossesse et de la naissance, chacun à sa place dans une bonne lisibilité pour la famille, dans un même objectif : donner les meilleures chances à l'enfant ». En effet, travailler ensemble offre aux parents – et aux professionnels – des expériences répétées de relations triangulées, à condition de partenariats fondés sur l'altérité. Les couples en témoignent après-coup, comme d'une révélation :

- « ils travaillent ensemble, ils se parlent... », « je suis accueillie là où j'en suis parce qu'ils se sont téléphonés, pas besoin de répéter les choses difficiles »
- « quand j'ai revu mon gynécologue, il n'était plus le même. Il m'écoutait. Ma sage-femme l'avait appelé... »

Dans certains cas, l'impact d'un collectif coordonné laisse rêveur comparé à des techniques psychothérapeutiques classiques.

En effet, la perméabilité psychique particulière dans cette étape maturative renforce l'effet de tels éprouvés. À l'instar du nourrisson qui se nourrit de ce qu'il perçoit et éprouve, les parents, en pleine dynamique, peuvent se nourrir du tissu humain autour d'eux. Là s'incruste le potentiel de réaménagement de la mémoire implicite, quand le contexte de remémoration présent repris par D. Stern réactive des fragments d'un passé chargé négativement, dans une reconstruction permanente de la mémoire.

Bien plus, la fragilité des places parentales peut trouver là une occasion de refonte par la sensation de ne pas être seule, de pouvoir s'appuyer, de ne pas être lâchée. Les émotions soulevées à cette occasion traceront l'organisation neuronale et les attitudes qui en découlent, quelle que soit la condition conjugale. Il en est de même pour l'environnement familial et amical de chaque parent, en ce qu'il peut offrir des expériences triangulées hormis les cas de confusions dans les places transgénérationnelles. C'est d'ailleurs

l'expérience vécue d'un collectif structuré dans le présent qui offre un nouveau référentiel – par le biais des éprouvés – en contreponds de la configuration familiale dont le parent est issu.

Les auteurs remarquent à ce propos que le rôle maturatif de l'environnement social sur la construction des liens familiaux a été peu étudié. Le rôle éducatif de réseaux de soins personnalisés passe par des ressentis et non des discours. Il est confirmé par la clinique. Le témoignage après-coup des parents apporte une validation supplémentaire, d'autant que se nouent – en ces périodes de procréation – les trois registres de l'humain : corporel, émotionnel et mental.

Ces courants de connaissances fournissent de précieux outils. Ils renouvellent, si l'on s'y prête, certains repères théoriques élaborés dans des cadres de travail différents, dans d'autres contextes sociologiques, sans s'y opposer. Mais on ne peut négliger une sorte d'arrachement dans la culture et la formation des praticiens du psychisme à s'intéresser à la réalité, au présent en écho avec le passé, à la place des autres. Intérêt qui ne se réduirait pas à transmettre un savoir psychologique, mais à s'enrichir soi-même de la créativité des professionnels engagés dans un autre type de lien humain avec leurs techniques propres, leur sensibilité, leur sécurité s'ils ne sont pas seuls, bien à leur place repérée par la femme et le couple, et non pas transformés eux-mêmes en psychothérapeutes. Des médecins et sages-femmes de plus en plus nombreux en témoignent désormais.

## **Objectif simple, changement complexe**

Si le concept de « soutien à la parentalité » s'est imposé jusque dans l'action politique, on oublie trop souvent que le premier soutien consiste à écouter ce que les futurs parents éprouvent, demandent, craignent, et d'y répondre au mieux, tout en leur indiquant les

limites de la réalité, sans les lâcher. Un obstacle surgit d'emblée : les professionnels qui rencontrent les parents autour de la naissance ne sont pas ceux de l'aval. Leur formation médicale ne les a pas formés à la construction psycho-affective, ni à la vie mentale ; bien souvent ils manquent d'information sur l'évolution des familles – donc sur l'impact de leurs attitudes. Ils demandent de l'aide.

Parallèlement, le mode d'exercice des praticiens du psychisme les a peu préparés à travailler avec les autres champs, à soutenir les acteurs de première ligne dans leurs engagements, à enrichir leur propre culture de l'expérience neuve de l'approche interdisciplinaire, et des effets psychiques surprenants d'une action personnalisée des soignants autour de la naissance.

L'émergence de la médecine fœtale dans les années 1980 avait déjà opéré un tournant dans les consciences. Face à la violence des émotions soulevées par une annonce choquante, face à la gravité des décisions à prendre, les médecins ont dû apprendre à se repérer dans la communication avec les couples. La grande leçon fut peut-être de savoir dire non, refuser une interruption de grossesse non justifiée, remplacer l'anesthésie générale sollicitée par une présence attentive, ne pas aller trop vite. Dire non, c'était offrir aux couples l'occasion de découvrir qu'ils pouvaient traverser l'épreuve, en y étant accompagnés. Relever la tête quand la seule issue paraissait « ne rien voir, ne rien savoir, gommer l'événement ». Découvrir la capacité à se regarder en face, laisser émerger derrière un premier mouvement de rejet les sentiments profonds : accompagner l'enfant jusqu'au bout. Et sortir d'un imaginaire insupportable en s'appuyant sur des rencontres marquées d'altérité. « Nous avons dû arrêter une grossesse tant désirée, dira une jeune femme, mais pour moi c'est comme une nouvelle naissance, dans ce cercle de relations humaines que je n'aurais jamais imaginées. »

Ce constat encourage les efforts pour élargir ce changement de culture, amorcé lors d'évènements somatiques éprouvants pour les équipes. Il passe par l'intégration dans la médecine périnatale de la dimension affective, et par l'organisation de collaborations étroites entre les disciplines concernées : obstétrique, pédiatrie, médecine générale, services médico-sociaux et sociaux, psychiatrie de l'enfant et de l'adulte. Un tel partenariat s'impose dans les cas de grande vulnérabilité parentale, et démontre depuis plus de vingt ans, dans les lieux qui s'y prêtent, son efficacité pour l'enfant et pour l'ensemble de la famille. Il ne s'agit pas de la superposition d'actions diverses mais de l'articulation souple d'interventions harmonisées par l'évolution singulière de chaque famille.

Le recueil après-coup des témoignages aiguillonne le progrès malgré les résistances au changement. Les professionnels qui désormais trouvent autour d'eux les partenariats nécessaires rendent compte, eux aussi, d'une véritable « bascule » dans leur vision du métier, depuis qu'ils travaillent en complémentarité tout en gardant leur place, tel ce gynécologue-obstétricien : « Avant, on les écoutait mais on ne les entendait pas, parce qu'on n'avait pas les réponses. Leur stress augmentait et le nôtre aussi. Cela se terminait par des manœuvres instrumentales, des décisions de césarienne, que l'on aurait pu éviter ! » Ou une sage-femme après plus de dix ans d'exercice solitaire, et désormais en place de coordination : « Maintenant, j'écoute ce qu'elles ont à me dire. Je réalise qu'auparavant, je déversais toutes mes connaissances somatiques en cours de préparation, de telle sorte qu'elles n'avaient pas le temps d'amener leurs questions, pour lesquelles je n'avais pas de réponse... »

L'objectif à atteindre est simple en apparence. Il suffirait :

- en premier chef, et de manière généralisée vers toutes les femmes (couples), de ne pas entraver l'épanouissement des potentialités parentales par des pratiques qui entraîneraient passivité, non respect du rythme propre, non prise en compte des

ressentis ou soumission à des interventions mal coordonnées ou mal expliquées ;

- dans les cas de vulnérabilité familiale, d'introduire les étayages adéquats quand ils s'avèrent nécessaires à partir de l'expression par les futurs parents eux-mêmes de leurs facteurs d'insécurité, avant la survenue de difficultés dans leur ajustement à un enfant singulier.

À terme, il faut permettre que se consolide le sentiment de soi dans une succession de rencontres avec des figures humaines attentives. Comme l'exprimait une jeune femme dont le parcours fut émaillé d'épisodes psychiatriques : « Maintenant, grâce à toutes ces rencontres, je me sens exister ; avant je n'existais pas. »

## Ouvrir le dialogue, s'engager

Ouvrir le dialogue dès le début de la grossesse, s'intéresser à la globalité de la situation vécue par la famille : l'idée est simple mais sa réalisation beaucoup moins. La mise en place – au moins théorique en France puisque financée – de l'entretien prénatal précoce bute sur de multiples obstacles. Accepter le savoir de la mère sur elle-même, se convaincre qu'elle détient les clés de sa propre sécurité à condition d'être entendue, lui permettre de poser ses questions et pas seulement de répondre aux nôtres, bouleverse la culture médicale, avec de grandes variantes selon la sensibilité du praticien. D'autant que cette parole n'émerge pas spontanément, mais nécessite un climat particulier de disponibilité avec un professionnel soignant, médecin ou sage-femme. D'où un malentendu : « Mais nous écoutons les femmes enceintes. » Certes, mais osent-elles parler ? Bien plus, le malaise peut-il émerger et se dire dans un contexte médical cadré pour veiller à la sécurité somatique ? Les futures mères disent, après-coup, la sensation particulière qu'elles éprouvent à sentir cette disponibilité dans une durée suffisante.

Ne pas réduire ce temps au remplissage d'un questionnaire exige des conditions particulières d'exercice, qui mettent en jeu la sécurité propre du professionnel, et sa place dans un faisceau de liens potentiels selon les besoins de chaque famille. La sécurité personnelle résulte d'un ensemble d'éléments :

- la formation à la clinique pluridisciplinaire, qui permet d'entendre d'autres intervenants impliqués dans une même situation, échanger leurs impressions, penser leurs articulations, chercher les outils d'une continuité suffisante de la grossesse à la petite enfance... bref, croiser les cultures en tenant le fil des ressentis parentaux ;
- la possibilité d'appeler un psychologue ou psychiatre au décours d'un entretien délicat et chargé émotionnellement, sans orienter d'emblée vers une consultation spécialisée mal vécue et qui risquerait de provoquer un sentiment de lâchage ;
- la capacité à vaincre les craintes et oser appeler des professionnels présents et significatifs pour les parents mais jusqu'alors ignorés (médecin traitant, psychiatre...).

Ouvrir le dialogue rend responsable. L'accueil de douleurs présentes ou passées ne peut s'arrêter là. D'où la difficulté. Comment tenir, ne pas lâcher, consolider ce premier lien de confiance ? Que proposer ?

C'est bien une nouvelle médecine intégrative qui s'ouvre là, cherchant ses lettres de noblesse, ses outils, ses moyens. Pas de machines, pas de dosages, pas d'études comparatives, pas de prouesses personnelles, mais un enrichissement intellectuel et humain considérable, et une efficacité qui se dévoile peu à peu dans l'avancée des pratiques.

## **Ancrer le réseau de soins sur le suivi médical de la grossesse**

L'enrichissement des pratiques soignantes autour de la grossesse/naissance dévoile une clinique neuve,

sidérente d'efficacité, si le médecin ou la sage-femme ne reste pas seul dans son engagement. Le soin corporel associé à la fiabilité d'un lien professionnel met en vibration les expériences enfouies de l'enfant dans le parent, en particulier lorsqu'il s'agit de vécus précoces non passés par la conscience. La mémoire procédurale des neurophysiologistes, clé de certains tableaux de maltraitance, trouve là une occasion de remaniement.

*Emma aborde une 5e grossesse après plusieurs épisodes dépressifs sévères corrélés aux antécédents obstétricaux. Le seul enfant vivant a connu des difficultés de développement. Au début de cette nouvelle grossesse non attendue, Emma s'effondre dans une décompensation anxieuse majeure : insomnies, épuisement, angoisse. Sa seule relation de confiance est son médecin traitant qui l'adresse à un psychothérapeute périnatal. Il lui est conseillé de se rendre aux urgences psychiatriques, mais on ne peut l'accueillir en hospitalisation faute de place et elle doit attendre. On l'incite à reprendre contact avec le psychiatre qui l'avait suivie lors d'épisodes de décompensation mais, dit-elle, qui lui prescrit simplement un traitement. Des entretiens rapprochés s'engagent avec le psychothérapeute, en même temps qu'elle rencontre très vite une sage-femme de proximité qui se rend disponible en phase aigüe. Tous se téléphonent, rendez-vous serrés, et un nid se tisse en quelques jours. Elle a un rendez-vous proche avec un gynécologue-obstétricien hospitalier expérimenté et actif dans le travail coordonné avec l'ensemble des partenaires sur ce type de fragilité.*

*Lorsqu'on la prévient qu'une place se libère en service de psychiatrie, Emma fait le choix de « ne pas perdre tout ce qu'elle sent autour d'elle et qu'elle n'avait jamais connu ». Elle refuse l'hospitalisation souhaitée huit jours auparavant. Les manifestations somatiques anciennes sont majorées : « Quand j'ai mal, je sais où trouver la réponse. » « Je sens que vous travaillez ensemble, c'est très rassurant. » Comme si le corps*

*exprimait la recherche de sécurisation qui a manqué dans sa construction.*

*L'obstétricien sera en contact avec le psychiatre pour moduler le traitement psychotrope en fonction de l'évolution, et en prévision d'un allaitement souhaité. Elle rencontrera un pédiatre avant la naissance pour organiser le post-partum. La sage-femme libérale coordonne l'ensemble, prévoit une consultation avec une sage-femme hospitalière pour visiter la salle d'accouchement, anticiper tout ce qui serait source d'insécurité. Le médecin traitant sera vigilant dans une continuité après la naissance.*

*Emma est sortie progressivement de son effondrement et a repris le travail. L'attention des professionnels se maintient tout en s'allégeant. Elle apprécie particulièrement les séances avec la sage-femme, ressent la poussée de l'enfant de manière neuve, s'étonne des mots qui lui viennent pour dire ses sensations, ses émotions. « Avant je ne parlais pas... C'est comme les pièces d'un puzzle qui se rapprochent. »*

*Inutile de dire qu'Emma avait grandi, enfant, dans un contexte angoissant et solitaire, dont elle n'a d'ailleurs aucune mémoire précise : « Je devais protéger mes parents. » Elle avait tout gardé en elle, sans mots pour penser.*

## **Une histoire se ré-écrit**

---

L'action coordonnée dans la réalité induit des effets thérapeutiques. Ce processus est bien connu chez les sujets de construction fragile dits *borderline* : une fois la psychothérapie arrêtée le bénéfice s'envole, sauf peut-être au travers de techniques plus centrées sur les éprouvés corporels. Par contre, se sentir exister dans la réalité présente pour quelqu'un et pour un autre – surtout si ces deux sont reliés – pose une pierre solide dans les fondations de l'être.

Le présent doit s'organiser avec rigueur. Le suivi médical offre un cadre humain sur lequel s'appuyer. La fiabilité relationnelle suscite des éprouvés spécifiques, neufs. Le plaisir généré par cette sécurité, ou émotion positive, contrebalance et mobilise le passé vécu, qui n'a pas forcément à être réveillé de manière active. Un délicat équilibre doit s'instaurer entre un présent riche d'interactions fiables, et la réactivation implicite ou explicite des expériences « négatives » du passé. Le psychothérapeute est aidé dans l'accès aux émotions, comme dans le cas d'Emma, par ce qui se vit actuellement avec les soignants : des éprouvés neufs, éclairant le passé sans s'y engouffrer.

Il faut noter à ce propos que les résultats obtenus par des actions coordonnées et précoces démontrent une efficacité sans rapport direct avec la sévérité des fragilités de départ, même en cas de vulnérabilité somatique chez le nouveau-né. Ainsi le suivi des enfants de mères souffrant d'addiction a montré de meilleurs résultats dans les cas chargés de multiples « facteurs de risque » grâce à la mobilisation intensive et précoce des intervenants médicaux – alors que les « madame tout va bien » selon l'expression de C. Chanal, qui ne montrent pas l'angoisse profonde derrière une prise de toxiques et une bonne adaptation sociale, auront une relation plus compliquée avec l'enfant, faute d'une réorganisation des éléments traumatiques derrière la façade « lisse ».

## **Tenir le fil des émotions**

---

Le risque d'interventions diversifiées (pour des raisons d'organisation, de risques médicaux, ou de conditions d'existence) est la discontinuité relationnelle. Le fil des ressentis maternels se casse, sauf transmissions rigoureuses. Les éprouvés évoluent rapidement sous la poussée physique et psychique. Mais un affect soulevé à un moment laissera sa trace même s'il est refoulé dans la succession des rencontres. Il restera enfoui dans le « nid psychique » de l'enfant dont

l'arrivée peut réactiver telle ou telle sensation sans lien conscient à première vue.

Le réveil d'émotions chez l'adulte renvoyant à d'autres temps vécus permet au sujet de maintenir un sentiment de continuité interne, mais peut apparaître décalé dans le contexte actuel. Cette « discontinuité » peut être repérée par les professionnels – un malaise non lié à des éléments existentiels connus – ou susciter une angoisse chez la personne tant qu'une nouvelle liaison ne trouve pas son chemin (rassembler les pièces du puzzle).

Une histoire ancienne illustrera cet aspect :

*Stéphanie, 40 ans, première grossesse, entend annoncer à l'échographie une gémellité. C'est insupportable pour elle, un des embryons doit disparaître. Les médecins concernés sont démunis face à sa réaction démesurée à leurs yeux. L'émotion soulevée va disparaître de la conscience à la faveur d'un déménagement, avec changement d'équipe médicale. Dans le nouveau centre, des complications obstétricales mobilisent l'attention, indiquent une hospitalisation en secteur de grossesses pathologiques, où Stéphanie apprécie le « cocon soignant ». Elle ne parle pas de ses réactions de départ, qui n'ont pas été transmises. Une césarienne s'impose, avec anesthésie générale du fait de problèmes sanguins. Fatigue, douleur, entravent l'intérêt pour les petites jumelles. En l'absence de facteurs d'insécurité visibles chez cette jeune femme bien insérée dans la vie, un membre de l'équipe « secoue » Stéphanie à l'approche de la sortie : « Il faudra bien vous en occuper lorsque vous rentrerez chez vous ! » La mère explose, met tout le monde à la porte. Les soignants démunis appellent le pédopsychiatre. Ensemble, aides-soignantes, sages-femmes, pédopsychiatre vont reprendre le fil des événements. Celle qui a déclenché le « clash » revient s'excuser et parle de sa propre expérience de dépression post-natale. Un échange fort survient entre elles. La logique des émotions va se reconstituer, tant pour Stéphanie*

*que pour l'équipe. Un éclairage viendra de la place particulière que cette mère a occupée dans les générations de femmes.*

À cette époque, les outils actuels n'étaient pas en place. Personne n'avait repris le déroulement de la grossesse : annonce, réactions de l'entourage, qualité des supports en prévision de la sortie. Comme la rivière s'enfouit sous terre pour ressurgir avec force dans une déclivité, le flux d'émotions a explosé – heureusement avant la sortie – dans une décompensation qui couvait sous la fatigue. L'abcès psychique enfoui s'est crevé, libérant la parole et, par là, l'investissement des bébés.

De tels moments d'urgence psychique offrent une opportunité remarquable : accueillir le flot dans la brèche ouverte, et aider le sujet à retrouver le sens de ce qui sort là emmêlé. Encore faut-il une sécurité d'équipe et une collaboration à la hauteur de l'urgence émotionnelle. Ne pas réagir en miroir, faire un pas de côté, rester présent après l'agression, se sentir épaulé... tout ceci ne s'improvise pas. Mieux encore, éviter l'enfouissement d'émotions violentes par un minutieux travail d'allers-retours sur les moments vécus, allègerait le déploiement d'énergies que suscite un tel clash.

Tenir le fil des émotions ne s'avère pas toujours simple. Surtout lorsque le parcours des parents a rencontré des embûches de toutes sortes. Le désordre intérieur lié aux souffrances psychiques nécessite alors une organisation stricte, où la fonction de coordination prend place. Coordonner devient d'autant plus vital que les professionnels eux-mêmes sont entraînés par la dynamique propre aux familles. Ces effets de miroirs ont fait l'objet d'observations remarquables par ceux qui y travaillent et la souffrance des soignants est devenue objet d'intérêt en soi.

## Le présent peut-il ré-écrire le passé ?

La sensation neuve pour certaines femmes enceintes d'être au centre d'un cercle bienveillant et fiable ébranle des vécus enfouis dans la construction personnelle. Des émotions/sensations verrouillées sur une angoisse profonde susceptible de se réveiller face au bébé, se libèrent dans un contexte humain qui permet une circulation neuve des émotions. Selon une autre terminologie, sous la poussée psychique d'une naissance à venir, un moment d'insécurité revécu dans un climat sécurisé améliore les capacités de régulation du stress.

D. Stern a décrit avec minutie un processus de ré-écriture du passé à la lumière d'une expérience vécue. Son cadre d'analyse est la psychothérapie duelle. Mais on est frappé de l'analogie avec les moments critiques qui peuvent marquer la rencontre avec un soignant. Dans le cas de Stéphanie ci-dessus, la mère dira que la visite du lendemain lui a fait éprouver un sentiment nouveau : un changement de place. Elle n'était plus la « mère, malade au fond de son lit » mais un sujet écoutant une autre mère (la soignante venue s'excuser) dans sa propre souffrance passée, et dans une réciprocité. De là, le défilé des places transgénérationnelles dans lesquelles une part d'elle était restée figée, s'ébranla et de nouveaux points de repère lui ont permis d'assurer sa place dans le présent.

Faisons l'hypothèse que la description de D. Stern, bien qu'issue d'un autre cadre, s'ajuste au changement observé dans ce contexte périnatal :

- « ...dans la mesure où le moment présent en cours est une nouvelle expérience qui surgit dans le processus de cheminement à deux (rappelons qu'il s'agit pour D. Stern de psychothérapie duelle), il va agir comme un nouveau contexte de remémoration présent. En tant que tel, il va choisir et assembler des fragments du passé encore jamais rencontrés ou moins utilisés pour créer un nouveau passé fonctionnel susceptible de jouer sur le présent.

L'ancien passé fonctionnel n'est ni rassemblé ni mis en avant. On le contourne et le nouveau passé fonctionnel est prêt pour agir sur le futur. Il faut répéter ce processus sans relâche afin de renforcer la sélection du nouveau passé fonctionnel particulier et son fondement neuronal. Voilà pourquoi ce mode de changement est lent, progressif et silencieux. Le passé est, si l'on peut dire, remplacé en étant réassemblé différemment » ;

- « ...le moment présent change le passé fonctionnel en réécrivant et en effaçant ses vieilles traces au cours d'une nouvelle expérience... » « ...En mettant l'accent sur l'expérience implicite plutôt que sur son contenu explicite, les objectifs thérapeutiques s'intéressent davantage à l'enrichissement et l'approfondissement de l'expérience plutôt qu'à la compréhension de son sens ».

On peut émettre l'hypothèse que le contexte de soins corporels accélère le changement – de même que la sensation d'être au centre d'une relation triangulée – que certains parents évoqueront comme un moment de révélation mobilisant des éprouvés profonds.

Pour tous les professionnels impliqués dans les problèmes de maltraitance, de telles perspectives ouvrent des voies afin d'échapper à la répétition redoutée. Même s'ils interviennent après la naissance, l'intérêt apporté à ce qui s'est vécu et partagé aux étapes de la naissance reste un moyen de rétablir une nouvelle continuité intérieure. Cette démarche n'est pas intrusive, les personnels de crèche en font l'expérience lorsqu'ils peuvent s'intéresser, dès l'accueil, au mode d'accompagnement des étapes précédentes. Il n'est pas rare qu'une mère inquiète de cette séparation liée à la reprise du travail, crève littéralement un abcès en évoquant sa solitude à l'accouchement, ou un échec d'allaitement. Les relations subséquentes en seront nettement améliorées, tant avec l'enfant qu'avec le personnel de crèche.

On peut résumer en quelques mots ce qui doit présider à une attitude de prévention :

- importance du présent, dans son lien implicite avec le passé vécu chez le parent ;
- intérêt d'un environnement structuré et lisible.
- rôle majeur du lien humain dans le maintien ou la reconstruction d'une sécurité émotionnelle pour les parents et l'enfant à naître ;
- vigilance sur l'intervention psychologique directe *versus* le travail en deuxième ligne.

## Comment tenir l'ensemble dans une continuité suffisante ?

Il s'agit d'organiser l'environnement humain dans les situations qui le nécessitent, c'est-à-dire le pourcentage limité de familles dont le parcours actuel ou passé génèrerait une trop grande insécurité pour eux-mêmes et pour l'enfant.

La complexité de l'humain n'a d'égal que celle du monde professionnel, dès qu'une fragilité particulière se manifeste. Éviter les superpositions, annulations réciproques, conflits entre intervenants, fait appel à des « outils » spécifiques, points de capiton d'une culture qui s'élabore *ensemble*, au-delà des cloisonnements.

### Des outils interdisciplinaires

Se parler et s'entendre exigent un effort. Les divers espaces et les temps d'intervention rendaient opaques les efforts de chacun auprès d'une même famille. Peu à peu s'élabore une « sémiologie » du travail conjoint, dont l'objectif est de relier mais aussi de maintenir la différenciation des places respectives.

Le fil conducteur reste celui des ressentis parentaux, tronc central sur lequel se grefferont la succession des échanges. De même que les données somatiques singulières à chaque « patiente » s'intègrent dans les connaissances médicales et que les modalités de communication se structurent autour de points communs qui tiennent ensemble les multiples registres. De manière paradoxale, l'existence de ces repères collectifs favorise la différenciation des rôles respectifs.

Chacun s'engage d'autant mieux que sa place s'articule à celle des autres de manière visible tant pour la famille que pour l'ensemble des intervenants.

La première étape est la définition des objectifs communs.

Partir de la demande des femmes enceintes

- créer un premier lien de confiance;
- ne pas lâcher le fil des émotions, surtout lorsque l'histoire est compliquée;
- élaborer avec les parents les transmissions utiles au sentiment de continuité;
- proposer des orientations à partir de ce qui s'est exprimé, partagé;
- ouvrir d'emblée la place au futur père;
- avoir le souci de la sécurité de chaque professionnel.

Anticiper les étapes susceptibles de générer du stress (hospitalisation, accouchement, sortie...)

Organiser le tuilage des interventions anté- et post-natales pour éviter tout sentiment de discontinuité

Activer le réseau d'aval en prévision du retour à domicile

- veiller à la cohérence des avis et des attitudes;
- prévoir le retour d'information.

Les moyens d'atteindre ces objectifs s'individualisent peu à peu, en sachant qu'ils varieront selon les politiques de santé d'un pays à l'autre.

### **L'entretien prénatal précoce**

Officiel en France depuis le Plan Périnatalité 2005, remboursé par l'Assurance-maladie, cette opportunité d'ouvrir le dialogue ne s'installe pas sans embûches de tous ordres, tout en se diffusant dans d'autres pays.

Il bouscule les hiérarchies habituelles, menace le praticien de perdre le contrôle du processus obstétrical, et surtout exige une inversion dans la surveillance

classique de la grossesse : donner la parole aux futurs parents, leur permettre de poser leurs questions, se laisser guider par leurs attentes, tout en maintenant le cadre de la sécurité médicale.

Le principe est simple : la disponibilité d'un professionnel permet l'émergence des sentiments propres à la femme enceinte. Des problèmes chargés de culpabilité peuvent se dire. Une première alliance guide l'ensemble du suivi. Ce n'est donc qu'une porte d'entrée dans le chemin où devront se tisser deux logiques : subjectivité des futurs parents, objectivité de la surveillance médicale.

Les quelques années de recul depuis la mise en place de cet outil permettent l'analyse des problèmes suscités. L'entretien doit être le « *starter* » d'un accompagnement personnalisé et n'a de sens que si des réponses sont apportées aux questions posées. Il ne constitue donc pas un objectif en soi, et nécessite d'abord un lien étroit avec le praticien de la grossesse (si l'entretien est réalisé par un autre). Il ne s'agit pas d'orienter ailleurs, mais d'abord de recentrer sur l'axe du suivi médical, en élargissant le soutien selon les besoins. Une mère énonçait finement combien, à chaque rencontre avec un professionnel différent, elle se sentait rencontrée dans sa globalité, même si chacun ne traitait qu'une partie de la situation.

Faire passer un questionnaire est le contraire d'un entretien. Que le professionnel ait en tête les étapes à franchir, les besoins de toute famille pour accueillir un enfant, et s'enquière des conditions particulières, relève du bon sens. Mais l'intérêt majeur reste la prise de parole des parents eux-mêmes, au risque de déstabiliser le soignant, lequel devra s'appuyer à son tour sur une possibilité de reprise. L'impact différentiel d'un échange avec une sage-femme ou avec un praticien du psychisme peine à se faire reconnaître. L'expérience montre pourtant la facilité de verbalisation vers quelqu'un dont la fonction est clairement d'aider à naître un enfant en bonne santé.

La transmission des « informations » revient comme un *leitmotiv*. Seule la circulation des ressentis parentaux est opérante, à l'issue d'une rencontre significative. Démarche contraire à l'approche médicale classique, il exige du soignant la capacité à se décaler de ses propres impressions, à en tirer une ligne de conduite ajustée à ce qu'il comprend de la situation, donc à ne pas être seul face à une problématique complexe.

C'est avec la future mère que s'élabore une transmission significative, celle qui tiendra ensemble les préoccupations des uns et des autres, dans une parfaite lisibilité.

Les dérives sont nombreuses, car l'introduction de l'entretien précède trop souvent la mise en place de partenariats « habités ».

### **La coordination**

Une fonction nouvelle émerge de la complexité des suivis médicaux, psychologiques et sociaux, selon les cas. Car il s'agit d'organiser précocement l'ensemble des supports en réponse aux besoins décelés, sans attendre que les interventions multiples ne succèdent ultérieurement, dans une ignorance mutuelle qui cacherait le désordre.

Le premier objectif consiste à maintenir le couple au centre des actions menées, puis de déployer avec eux l'arbre des propositions.

Les principes en sont simples :

- anticiper les étapes;
- activer le réseau de proximité choisi par la famille ou proposé;
- penser aux besoins de chaque professionnel;
- transmettre l'utile au bon moment;
- assurer le « suivi du suivi » dans l'objectif de ne pas lâcher une personne fragile, et
- à terme, limiter les facteurs d'insécurité et de discontinuité.

Le bénéfice s'exprime chez les femmes enceintes, et tout autant chez les professionnels qui peuvent se représenter leur place au sein d'un collectif cohérent.

La fonction de coordination est de mieux en mieux reconnue, financée, et améliore profondément la sécurité des femmes enceintes, ainsi que celle des divers acteurs, sortis de leur isolement, soulagés d'accompagner ensemble une famille en souffrance.

### **Des dispositifs de collaboration stabilisés**

Cet aspect concerne en particulier la disponibilité des divers acteurs du champ « psy » : psychologues en intra-hospitalier, psychiatre généraliste et pédopsychiatre. Peu à peu se clarifient les spécificités, à l'instar de la médecine somatique. Les registres d'action se différencient. L'identité parentale se construit au cœur des services obstétricaux, d'autant mieux que la souffrance psychique avérée est traitée par ailleurs, dans une étroite coordination. L'idée qu'une même personne peut rencontrer divers praticiens du psychisme à des places ou lieux différents, fait son chemin. La notion de transfert, pendant longtemps réservée à une relation duelle confidentielle et exclusive, s'enrichit de la diffraction de transferts multiples qui ne gênent en rien la lecture des processus de changement. Les parents ne parleront pas de la même manière au psychiatre qui veille à l'équilibre psychique, au pédopsychiatre penché sur le bébé à venir, au psychologue inclus dans l'équipe de maternité. Par contre, l'indication et la présentation du spécialiste demande une grande clarification pour que l'échange prenne sens, pour le parent et pour les autres professionnels.

Seule la clinique valide les effets de ces nouvelles organisations, encore à l'état de recherche, et source de débats animés!

## **La rencontre avec un pédiatre avant la naissance**

La possibilité de faire chevaucher l'étape avant la naissance et l'après, pour contrer les effets, source d'un éventuel changement dans la matérialité des liens, mais tout autant des émotions, a transformé le tableau.

Une séparation obligée de l'enfant n'entraîne plus le vide sidérant quand le contact anténatal a permis une connaissance mutuelle, des images de la prise en charge à venir, l'expression d'une culpabilité liée à la prise de produits. Surtout, cette consultation permet aux parents de visualiser leur place dans les soins auprès du bébé, de dire leur culpabilité et de sortir d'une impuissance paralysante.

Ce principe de « tuilage » des interventions se retrouve en d'autres circonstances, par téléphone ou contact direct selon les cas. La continuité externe ainsi organisée permet aux parents de se sentir suffisamment tenus pour intégrer peu à peu leurs propres mouvements émotionnels, violents dans certaines situations de risque pour l'enfant, ou pour la mère.

## **La reprise des antécédents obstétricaux par un soignant**

Voie d'accès privilégiée et non intrusive à la vie émotionnelle, la recherche avec la femme enceinte des épisodes obstétricaux passés, de la manière dont elle s'est sentie entourée ou non, donne des indications précises sur les modalités à mettre en place. Peuvent s'explorer alors les ressources de l'entourage, la position du conjoint, les moments d'insécurité, sans qu'il soit besoin d'interroger le passé personnel *a priori*. Seules les conditions obstétricales à la génération précédente, outre leur intérêt sur le plan médical, peuvent renseigner sur d'éventuels contextes émotionnels délétères dans la construction du parent.

Les traumatismes liés à des événements obstétricaux, fixés par une angoisse de mort, résistent aux psychothérapies classiques. Leur relecture avec un professionnel du même champ d'activité comme le praticien J. Clutier s'avère résolutive. C'est un minutieux travail de mise en parallèle des sensations et émotions vécues, avec la réalité des faits telle qu'elle se lit dans le dossier médical et la connaissance parfaite du contexte concret de travail.

Une telle pratique demande au professionnel de rester sur son fil médical, tout en accueillant les émotions sans y travailler en direct, et ne peut se réaliser que dans une confiance sans faille avec un psychothérapeute. Cette sorte de re-synchronisation de la mémoire, fondée sur l'intégration du vécu de la femme dans le rapport au contexte matériel et humain, redonne une fluidité à la vie psychique, mais n'est pas sans dégager une forte charge émotionnelle, que le soignant doit accueillir avec empathie sans y travailler en direct.

## **La consultation pré-conceptionnelle**

Elle est rendue possible grâce aux collaborations préalables entre les divers champs d'exercice. Son indication vient de l'existence d'un risque pour la femme ou pour l'enfant, souvent pour des raisons psychiatriques ou des prises de produits.

L'intérêt consiste à proposer des schémas de suivi, qui permettent au couple de visualiser l'ensemble des dispositifs mis en place dans l'objectif commun de sécurité maximale pour la naissance. Les futurs parents trouvent là l'occasion de se représenter leur place au sein d'un collectif où chacun jouera un rôle précis. C'est un avantage remarquable lorsqu'on connaît les sentiments de peur, de culpabilité liés aux « facteurs de risque ». Ceux-ci peuvent se dire, une réponse de « soin » se proposer, la participation active de la femme neutralise la peur du jugement, ou tout simplement la peur de se dévoiler.

Comme tous les outils qui favorisent une anticipation, chacun – famille et professionnels – en sort avec un sentiment de liberté et de meilleure autonomie. L'imprévu, l'inconnu, l'angoisse de l'urgence, peuvent se canaliser.

Tous ces « outils » signent le développement encourageant de nouvelles compétences, dans un contexte de collaboration médico-psychologique stabilisé. Chacun avance dans sa pertinence. La complémentarité enrichit. On voit s'élaborer une pratique coordonnée dont les ressorts multiples nécessitent des formations adéquates.

## **Apprendre à penser ensemble**

Les formations académiques ne suffisent pas. D'autres méthodes se mettent en place. Regrouper les diverses disciplines pour analyser le sens et l'articulation des actions a fait l'objet d'innovations pédagogiques et de méthodes rigoureuses d'analyse de situation qui ne peuvent s'improviser. À la demande du ministère de la santé en France, les formations dites « en réseau » ont fait l'objet d'un référentiel<sup>2</sup> permettant aux équipes de terrain de s'en saisir. Les formations de formateurs ont essaimé dans divers pays. Des groupes de pilotage interdisciplinaires (le GIP à Bruxelles, l'UNIL à Lausanne) mènent une action dynamique en ce sens. Tous les participants reconnaissent la difficulté à raconter ce qui s'y passe, et pourtant témoignent du changement qui s'opère en eux dans la rencontre avec les autres, avec une animation externe stricte.

Les témoignages de parents ont très tôt amorcé la sensibilisation des professionnels. La justesse de leurs propos surprend, lorsqu'ils ont pu mettre en mots les effets de leurs interactions avec le monde des intervenants de tous les champs. Souvent la description qu'ils proposent de leurs mouvements psychiques au sein d'un faisceau de relations rejoint ce qui clas-

siquement se révélait dans un travail psychothérapeutique. La transformation intérieure dont ils témoignent laisse parfois incrédule ceux qui écoutent, particulièrement lorsque ces parents reviennent de loin et ont pu reconstruire une nouvelle image d'eux-mêmes. Diverses thématiques sont abordées, et incluent le devenir de l'enfant selon les cas.

Un autre référentiel décrit les objectifs et l'esprit de l'entretien prénatal précoce.

Mais les écrits ne suffisent pas. L'expérience vécue ensemble autour de l'analyse clinique s'avère irremplaçable. Ainsi s'exprime une psychologue : « Depuis que j'ai entendu un pédiatre parler de son travail en maternité, je pense à lui lorsque je rencontre des parents inquiets en fin de grossesse. Auparavant, je connaissais son existence mais je ne l'avais pas dans la tête. »

Avoir l'autre dans la tête, voilà qui rejoint ce que parents et enfant auront à construire dans leurs liens réciproques, avec les exigences de respect mutuel que cela comporte. On en mesure les effets « éducatifs » dans le moment sensible de la procréation.

Ce constat – penser la place des autres – s'applique à tous les partenaires de la famille. Le bât blesse entre l'intra-hospitalier et les équipes extérieures (médecin traitant, équipes sociales). La méconnaissance mutuelle rend ardu le maillage nécessaire dans une continuité. Les rencontres se multiplient, et les nouvelles technologies de communication apportent une aide significative. Là encore, l'efficacité de telles articulations, une légèreté ressentie à ne pas tout porter seul, peuvent pousser à sortir de son « institution » ou mode d'exercice solitaire. Mais on ne peut négliger l'effort nécessaire.

2. disponible sur le site de l'AFREE : [www.afree.asso.fr](http://www.afree.asso.fr).

## Des « guides de bonnes pratiques interdisciplinaires » ?

Transmettre l'expérience d'un travail en commun, sans enfermer les pratiques dans des protocoles, laisse une marge de manœuvre étroite. Pourtant, l'énoncé d'une succession d'outils tels que cités plus haut, améliore la liberté de chacun dans une sécurité collective. « On écoute autrement lorsqu'on n'est pas seul », cette phrase-clé devrait rassurer ceux qui craignent d'enfermer la patiente ou de s'enfermer eux-mêmes dans des réponses mécanisées. C'est l'inverse qui se produit.

Ici ou là s'élaborent des « manières de travailler ensemble », dans la continuité grossesse/naissance/petite enfance. Les mondes de l'éducation, de la protection de la jeunesse devraient y trouver à leur tour une base supplémentaire pour accueillir enfants et parents dans le fil de ce qu'ils ont vécu précédemment. Outre le bénéfice pour les familles (« ils se parlent! »), la communication fondée sur l'accueil et la circulation des ressentis (et non des informations objectives à manier avec précaution) donne un axe organisateur, beaucoup plus efficace que la transmission de faits ou de comportements à forte charge négative. Les cas extrêmes nécessitent bien sûr un recueil complet d'éléments objectifs, mais qui n'exclut aucunement que ce « fil de la pensée » de chacun ne perde pas.

## En conclusion

Prévenir les distorsions des liens, c'est organiser la réalité – c'est-à-dire le contexte humain – pour que les parents puissent s'en saisir. Les changements de place méritent d'être accompagnés par un regard collectif soutenant. Organiser avec rigueur les points d'appui externes devient nécessaire quand les repères internes réveillent une trop grande insécurité.

La grossesse crée une situation de dépendance ouvrant sur des possibilités de réaménagement des expériences antérieures. L'enfant, dans les parents, remet en jeu ses capacités de relation duelle et triangulée. La manière dont se structure l'environnement humain à cette étape, associée à une volonté de « bienveillance » ancrée sur le corporel, constitue une occasion unique de reconstruction.

Toute la littérature – de la neurophysiologie à la psychanalyse – confirme l'importance de l'environnement dès la vie intra-utérine. Ceci n'est pas nouveau mais l'objectif d'allier objectivité médicale et subjectivité butait sur la complexité et le manque d'outils conceptuels.

En même temps, le concept même de prévention, fondé sur la prévenance, résiste mal aux raisonnements hygiénistes. Les débats sont houleux, les mots dérapent. La reprise de pouvoir des uns sur les autres, vieille comme le monde, ne cesse de fragiliser l'ouverture du dialogue. Tant il est difficile de saisir, et de maintenir vivante l'attention à la dimension subjective. La demande des femmes se transforme vite en injonction de la part des professionnels – on l'a constaté sur le deuil périnatal et désormais sur l'allaitement. L'indignation remplace trop souvent une réflexion approfondie sur les besoins des professionnels

confrontés aux émotions fortes, celles des parents, les leurs. Comment tenir, comment rester en place devant des comportements difficiles, des douleurs impensables dans l'instant ?

Ici ou là, initiatives personnelles ou politiques volontaristes ouvrent des perspectives, donnent des moyens ciblés. Les disciplines se rapprochent doucement. Les professionnels « de première ligne » – s'autorisent à peine à dire publiquement leurs impressions, leurs manières de faire et d'être, tant ils se sont sentis « incompetents » dans un domaine qui n'était pas le leur, croyaient-ils. Leur expérience relationnelle enrichit la compréhension du psychisme. La dimension humaine de la naissance se différencie peu à peu de la « psychologie *stricto sensu* » et la notion de « maternité psychique » finira peut-être par retrouver sa place dans la « maternité » tout simplement.

## Bibliographie

- Damasio A. R., *L'erreur de Descartes*, O. Jacob, 1995.
- Favez N., Frascarolo F., *Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant*, in *Devenir* 4, 23, 2011.
- Guedeney N., Guedeney A., *L'attachement : approche théorique*, Masson, 2009.
- Kandel E., *À la recherche de la mémoire*, O. Jacob, 2006.
- Molénat F., *Naissance : pour une éthique de la prévention*, Érès, 2001.
- Molénat F., Chanal C., Toubin RM et coll. *Grossesse et toxicomanie*, Érès, 2000.
- Molénat F. (coord), *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*, Érès, 2009.
- Roegiers L., Molénat F. (coord), *Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ?* Érès, 2011.
- Roegiers L., Vander Linden R. *Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance*, coll. Temps d'arrêt/Lectures, Yapaka, Fabert.
- Stern D. *Le moment présent en psychothérapie*, O. Jacob, 2003.
- Toubin RM, Chanal C., *Prévention : qui demande quoi ?* in *Cahiers de l'AFREE « Naissances »*, N° 18, 2003.

## Sites Internet

- *Cahiers de l'AFREE « Naissances »*, n° 1 à 20, 1092-2006, <http://www.afree.asso.fr>
- Référentiels de formation et témoignages disponibles sur <http://www.afree.asso.fr>
- Plan Périnatalité français 2005-2007 et circulaire du 5/7/05 sur <http://www.sante.gouv.fr>

# Temps d'Arrêt / Lectures

## Déjà parus

- **L'aide aux enfants victimes de maltraitance** – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.\*
- **Avatars et désarrois de l'enfant-roi.** Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.\*
- **Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique.** Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.
- **Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance.** Reine Vander Linden et Luc Røegiers.\*
- **Procès Dutroux ; Penser l'émotion.** Vincent Magos (dir).
- **Handicap et maltraitance.** Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.\*
- **Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants.** Catherine Marneffe.
- **Maltraitance et cultures.** Ali Ouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- **Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux.** Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- **Ces désirs qui nous font honte.** Désirer, souhaiter, agir : le risque de la confusion. Serge Tisseron.
- **Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles.** Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- **Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale.** Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo, Patricia Laloire, Françoise Mulkey, Gaëlle Renault.
- **L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale ?** Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.\*
- **Voyage à travers la honte.** Serge Tisseron.
- **L'avenir de la haine.** Jean-Pierre Lebrun.
- **Des dinosaures au pays du Net.** Pascale Gustin.
- **L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?** Pierre Delion.
- **Choux, cigognes, « zizi sexuel », sexe des anges... Parler sexe avec les enfants ?** Martine Gayda, Monique Meyfrøet, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe.
- **Le traumatisme psychique.** François Lebigot.
- **Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire.** Danièle Epstein.
- **À l'écoute des fantômes.** Claude Nachin.
- **La protection de l'enfance.** Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville.
- **Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel.** Jean-Marie Forget.
- **Le déni de grossesse.** Sophie Marinopoulos.
- **La fonction parentale.** Pierre Delion.
- **L'impossible entrée dans la vie.** Marcel Gauchet.
- **L'enfant n'est pas une « personne ».** Jean-Claude Quentel.
- **L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille ?** Marie-Claude Blais.
- **Les dangers de la télé pour les bébés.** Serge Tisseron.
- **La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition enfantine actuelle.** Michèle Brian.
- **Qu'est-ce qu'apprendre ? Le rapport au savoir et la crise de la transmission.** Dominique Ottavi.
- **Points de repère pour prévenir la maltraitance.** Collectif.
- **Traiter les agresseurs sexuels ?** Amal Hachet.
- **Adolescence et insécurité.** Didier Robin.
- **Le deuil périnatal.** Marie-José Soubieux.
- **Loyautés et familles.** L. Couloubaritsis, E. de Becker, C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman.
- **Paradoxes et dépendance à l'adolescence.** Philippe Jeammet.
- **L'enfant et la séparation parentale.** Diane Droy.
- **L'expérience quotidienne de l'enfant.** Dominique Ottavi.
- **Adolescence et risques.** Pascal Hachet.
- **La souffrance des marâtes.** Susann Heenen-Wolff.
- **Grandir en situation transculturelle.** Marie-Rose Moro.
- **Qu'est-ce que la distinction de sexe ?** Irène Théry.
- **L'observation du bébé.** Annette Watillon.
- **Parents défaillants, professionnels en souffrance.** Martine Lamour.
- **Infanticides et néonaticides.** Sophie Marinopoulos.
- **Le Jeu des Trois Figures en classes maternelles.** Serge Tisseron.
- **Cyberdépendance et autres croquemitaines.** Pascal Minotte.
- **L'attachement, un lien vital.** Nicole Guedeney.
- **Homoparentalités.** Susann Heenen-Wolff.
- **Les premiers liens.** Marie Couvert.
- **Fonction maternelle, fonction paternelle.** Jean-Pierre Lebrun.
- **Ces familles qui ne demandent rien.** Jean-Paul Mugnier.
- **Événement traumatique en institution.** Delphine Pennewaert et Thibaut Lorent.
- **La grossesse psychique: l'aube des liens.** Geneviève Bruwier.
- **Qui a peur du grand méchant Web?** Pascal Minotte.

Retrouvez nos auteurs sur [yapaka.be](http://yapaka.be) pour des entretiens vidéo, conférences en lignes, ...  
\* Ouvrage épuisé.

# En Belgique uniquement

## Les livres de yapaka

disponibles toute l'année gratuitement  
sur simple demande au 0800/20 000



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite à chaque  
élève de 4ème primaire



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite via  
les associations fréquentées  
par les adolescents



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite via les  
crèches, écoles, associations  
fréquentées par les parents



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite via les  
écoles, associations fréquentées  
par les parents



