

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

***ACCUEIL DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE
EN MATERNITE***

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2012 à Lille

Par Laetitia Tourneur-Mendella

Jury

Président : Monsieur le Professeur P. THOMAS

**Assesseurs : Monsieur le Professeur L. STORME
Monsieur le Professeur P. DELION
Madame le Docteur MH. DEPOORTERE
Madame le Docteur H. ROSE**

Directeur de Thèse : Madame le Docteur H. ROSE



« Pas de terre ferme, mais des sables mouvants sur lesquels il faut tenter de se construire, et puis des alternances de tension liées à des afflux d'excitation soit internes, soit externes : cette faim qui n'est pas apaisée par le lait, ce froid qui n'est pas apaisé par le chaud, une attente longue, si longue qu'on ne peut plus la peupler de représentations. Un sentiment de la solitude...Et puis brusquement « elle » (la mère) surgit et alors de nouveau la tension, un afflux trop brutal d'excitation et puis de nouveau rien... le vide de l'abandon. Et puis ce corps qui se dérobe, ces contours qui restent flous, ces bras qui ne contiennent pas... A quoi bon continuer à pleurer puisqu'il n'y a pas de réponse ! »

Martine Lamour, Marthe Barraco

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	13
II. LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE	15
A. UNE SOUFFRANCE MECONNUE	15
B. LE CORPS DU BEBE, LIEU D'EXPRESSION PRIVILEGIE DE CETTE SOUFFRANCE	15
1. Le corps du bébé : émergence de la pensée	16
a) L'ancrage corporel.....	16
b) L'ancrage interactif	17
(1) Approche psychanalytique	17
(2) Approche cognitiviste.....	19
2. Le corps du bébé : expression d'une souffrance psychique	20
a) Troubles à expression somatique	21
b) Troubles tonico-moteurs	22
(1) Troubles de l'organisation tonique	22
(2) Troubles de l'activité motrice	23
(3) Stéréotypies	23
c) Troubles des états de vigilance	24
C. L'ORIGINE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE	25
1. La maltraitance foetale	25
a) Diagnostic anténatal.....	25
b) Toxiques et médicaments	26
(1) Toxique licite : l'alcool ²⁵	27
(2) Toxique illicite : les opiacés	27
(3) Médicaments : Antidépresseurs sérotoninergiques ³¹	28
c) Maltraitance physique	29
2. Les angoisses primitives.....	30
3. Les troubles de la relation précoce	31
a) Les interactions mère-bébé.....	31
(1) Les interactions comportementales sont composées par :	32

(2) Les interactions affectives.....	32
(3) Les interactions fantasmatiques ⁴³	33
b) Les perturbations des interactions	34
(1) Le tempérament du bébé	34
(2) La vulnérabilité du bébé	35
(3) Les troubles psychiques chez la mère	37
D. LES RISQUES EVOLUTIFS : L'INTERET DE TRAITER CETTE SOUFFRANCE PRECOCEMENT	40
1. L'hyperadaptation	40
2. Le retrait relationnel durable	41
3. La dépression du bébé	41
4. Le syndrome du comportement vide ¹⁶	42
5. Etats d'inorganisation sévères ¹⁶	42
6. Les troubles de l'attachement.....	43
E. CLASSIFICATION DES TROUBLES PSYCHIQUES DU BEBE.....	44
1. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)	45
2. Classification Zero to three.....	45
III. LES SOIGNANTS FACE A LA SOUFFRANCE EN MATERNITE	47
A. PROMOTION DE LA PERINATALITE	47
1. Le plan périnatalité 2005-2007	47
2. Les réseaux de périnatalité	48
B. OUTILS DE DEPISTAGE EN MATERNITE	50
1. Dépistage des situations à risque en anténatal	50
a) Entretien prénatal du 4 ^{ème} mois	50
b) Staffs de périnatalité médico-psycho-sociaux.....	50
2. Dépistage des bébés en souffrance à la maternité	52
a) Formation des professionnels.....	52
b) Méthode d'observation du bébé	53
(1) Observation du bébé selon la méthode Bick ⁷²	53
(2) Observation du bébé en institution de l'école Loczy ⁷³	54
(3) Echelle de Brazelton ²¹	55
(4) Le bilan sensori-moteur de Bullinger ¹⁹	55
c) L'empathie	56
(1) La préoccupation thérapeutique primaire	57

(2) Le modèle neurocognitif dit « simulationniste » des « cognitions sociales » ...	57
C. MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE	58
1. Intervention en obstétrique	58
a) Particularités.....	58
b) Interventions en anténatal.....	60
c) Interventions en post-partum immédiat	61
d) Travail indirect du psychiatre	63
2. Orientation	64
a) Suivi post natal : Psychiatrie et pédopsychiatrie de secteur	64
b) Les hospitalisations mère-bébé.....	66
c) Le Placement.....	67
D. DESORDRES INSTITUTIONNELS	68
1. La souffrance des soignants	68
2. La supervision	70
IV. PRESENTATION D'UN CAS SINGULIER : LUNA	72
A. CAS CLINIQUE	72
1. Le bébé	73
a) Anamnèse.....	73
b) Description des troubles	74
(1) Les signes de souffrance psychique chez Luna	74
(2) Les interactions mère-bébé	76
2. Vanessa D. et sa famille	77
a) Biographie.....	78
b) Pathologies.....	79
3. Prise en charge et évolution.....	80
B. ANALYSE DU CAS CLINIQUE	82
1. Les troubles	82
a) Les signes de souffrance psychique de Luna	82
b) Les interactions précoces.....	84
c) Discontinuité et transmission	87
V. DISCUSSION	90
VI. CONCLUSION	94
VII. BIBLIOGRAPHIE	95

I. INTRODUCTION

Une révolution conceptuelle est survenue lors de la création de la psychiatrie infantile au sortir de la deuxième guerre mondiale. Le nourrisson a changé de statut : il est passé d'un être essentiellement passif et immature à un être en devenir, ayant la possibilité de souffrir physiquement et psychologiquement.

Le mode d'expression privilégié de cette souffrance est le corps, « voie royale d'accès à la sémiotisation¹ ». Progressivement, les psychiatres et les pédiatres ont défini les différents signes cliniques pour diagnostiquer cette souffrance et décrit les situations qui l'engendrent.

Le bébé se construisant dans l'interaction avec ses partenaires, c'est là que se trouvent nombre des origines de sa souffrance. C'est aussi dans ses interactions avec son environnement que cette souffrance s'exprime.

Plus récemment, un autre champ de la psychiatrie s'est développé, la psychiatrie fœtale, laissant entrevoir, là aussi, des causes à la souffrance du nouveau-né.

L'intérêt porté à cette souffrance précoce est de prévenir l'apparition de syndromes constitués chez le bébé.

Après le développement de quelques équipes de périnatalité en France, il a fallu le plan périnatalité 2005-2007² pour en unifier les pratiques, définir son champ d'action, ses objectifs et les moyens nécessaires. Cela a permis de favoriser la prise en compte de la dimension affective dans le domaine de la périnatalité, et a modifié

les pratiques dans les prises en charge pluridisciplinaires en maternité. C'est grâce à un travail de réseau, de collaboration entre psychistes et somaticiens, que les situations à risques pour les nouveau-né ont pu être dépistés, et ce, dès l'anténatal. Le psychiatre, à force d'aménagements de sa pratique, a su trouver sa place en maternité. Ses missions sont nombreuses, de la formation des soignants et des soins aux patients, au soutien des équipes soignantes. Son rôle de relai vers la psychiatrie est indispensable pour la continuité des soins apportés. Cette souffrance psychique du bébé, impensable pour certains, insupportable pour beaucoup, entraîne, parfois, déni ou banalisation, illustrant la souffrance des soignants.

Ce travail étudie les nourrissons de moins de 1 mois et de plus de 36 SA. Son objectif est de mener une réflexion sur la prise en charge de la souffrance psychique du bébé dans un espace non dédié à la maladie mentale et à la souffrance psychique, peuplé de « somaticiens », cette réflexion ayant pour finalité de proposer une amélioration des soins précoces pour ces bébés.

Pour illustrer la partie théorique, je propose une étude de cas clinique, où la souffrance du nourrisson déstabilise l'institution jusqu'à entraîner un échec de prise en charge.

II. LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE

A. UNE SOUFFRANCE MECONNUE

En France, il aura fallu attendre les travaux de A. Gauvain Piquard (et les années 80) pour qu'on puisse admettre que le bébé pouvait ressentir une douleur physique.

La recherche médicale s'est intéressée aux phénomènes douloureux chez le nourrisson. Les travaux de Gall³ ont montré que les fœtus peuvent ressentir la douleur à partir de 20 semaine de gestation. Ses travaux ont démontré, également, que le nourrisson a une transmission des signaux nociceptifs supérieure à celle des bébés de plus de 2 mois (par absence de rétro contrôle des voies sensorielles de la corne postérieure).

Cette connaissance de la souffrance physique a ouvert la voie à la reconnaissance de la souffrance psychique du bébé, bien que difficile à admettre⁴.

B. LE CORPS DU BEBE, LIEU D'EXPRESSION PRIVILEGIE DE CETTE SOUFFRANCE

1. Le corps du bébé : émergence de la pensée

La naissance des représentations chez le bébé se fait dans un double ancrage corporel et interactif, d'où l'importance des interactions précoces⁵. Les perceptions s'organisent dans un premier temps dans une symbolisation corporelle. La naissance de la pensée par l'ancrage interactif renvoie à la nécessité absolue d'un rapport à l'autre pour que se constitue l'appareil psychique du bébé (« un bébé, ça n'existe pas », dicit Winnicott au cours d'une réunion scientifique de la société Britannique de Psychanalytique, en 1940).

a) *L'ancrage corporel*

Au début de la vie, dans le vécu subjectif du bébé, seul le sensoriel existe⁶. La psyché et la réalité se confondent dans le seul éprouvé sensoriel. A la naissance, le bébé voit son environnement transformé avec des « bombardements » d'informations sensorielles qu'il doit appréhender dans son unicité. Selon Stern⁶, le bébé a, dès la naissance, une aptitude innée à la perception amodale, à savoir qu'il perçoit toutes les informations sensorielles comme supramodales, non distinguées par appartenance à une modalité sensorielle. Le bébé possède également des capacités d'intermodalité (capacité de mettre en lien des sensations issues d'une même source extérieure, mais perçues par des canaux sensoriels différents) et de transmodalité (capacité de traduire des informations reçues d'une modalité sensorielle dans une autre).

L'unification de ces expériences sensorielles prendra forme dans une symbolisation corporelle, par un nécessaire processus d'intégration de l'axe corporel⁷.

Selon G. Haag⁷, l'association du contact dos avec une interpénétration des regards constitue le fond sur lequel l'image du corps s'élabore. En premier lieu, l'image du corps débute par une sphère, donnant un sentiment de contenance, correspondant à un noyau central dans la zone orale. Puis l'axe corporel se constitue dans la continuité du noyau avec le clivage vertical, qui réalise une séparation en un hémicorps droit représentant la fonction maternelle et un hémicorps gauche représentant la fonction bébé dans une identification latéralisée avec comme lieu l'axe vertébral assimilé à la fonction paternelle. Puis, se réalise un clivage horizontal entre le haut du corps et les membres inférieurs avec comme axe le bassin.

Esther Bick⁸ fut la première à parler de peau psychique. Elle désigne là une structure psychique destinée à contenir les parties de la personnalité du nourrisson qui tendrait à se disperser. L'objet maternant est intériorisé comme une enveloppe chez le tout petit.

Anzieu⁹ développe plus tard le concept du « moi peau ». C'est à partir d'expériences corporelles (contact enveloppant de sa mère) qui lui permettent de se sentir unifié, que le bébé peut organiser le chaos que représentent tous ces afflux sensoriels. Le rôle de la peau est alors fondamental puisque c'est à partir des sensations cutanées que le bébé peut se sentir rassemblé, contenu dans une enveloppe unique. C'est la fonction de contenance du moi peau développé par Anzieu, qui fait fonction de pare excitation à l'égard d'un envahissement pulsionnel.

b) *L'ancrage interactif*

(1) Approche psychanalytique

Selon S. Freud¹⁰, l'union du nouveau-né avec les soins maternels est totale. La mère répond totalement aux besoins de l'enfant si bien qu'il ne les ressent pas ; il a alors un sentiment de toute-puissance (expérience d'omnipotence, selon Winnicott¹¹), là est la naissance du narcissisme primaire. Le premier choix d'objet se fait par étayage et correspond à la personne qui satisfait les besoins pulsionnels du bébé. Le bébé perçoit le sein nourricier comme faisant partie de lui-même ; le bébé et son environnement sont confondus. Selon Winnicott, le soi s'instaure comme conséquence de l'existence de ce narcissisme primaire. Puis, la mère se désinvestit en partie de son bébé, pour réinvestir son objet d'amour qui est le père. Freud écrira « le sein naît de l'absence de sein »¹⁰. La représentation est le produit du désir de retrouver ce qui est venu à manquer. Le plaisir est halluciné, puis c'est l'objet représenté qui est l'objet de l'hallucination. Alors, l'enfant redéploie ses ressources narcissiques sur lui-même, pris comme objet d'investissement. Là, est l'origine de la vie fantasmatique précoce de l'enfant. Le bébé se représente les soins maternels très tôt à partir de ses expériences sensorielles. L'objet peut être investi par le soi. « L'objet est investi avant que d'être perçu »¹². Il s'agit du narcissisme secondaire. Les relations entre le bébé et l'objet sont aussi le fait des investissements narcissiques des parents. Le bébé crée des objets internes par la réactivation des traces mnésiques de plaisir et au moment où il met en jeu ses zones auto-érotiques, il se sépare alors de la mère qu'il rejette par la création de sa réalité interne. L'enfant peut ensuite accéder au processus de subjectivité.

Pour Bion¹³, les pensées sont antérieures à l'activité de penser et sont « traitées » à travers le psychisme de l'autre. Il accorde au bébé une expérience psychique : une angoisse d'anéantissement qu'il ne peut penser (éléments bêta), et

qu'il exprime par des tensions corporelles, cris, pleurs. La mère donne du sens aux expressions du bébé, ce que Bion appelle la fonction alpha. De la qualité de la fonction alpha dépendra le traitement des émotions et des sensations. Ainsi le bébé a besoin d'un autre pour penser ses propres perceptions : « appareil à penser les pensées ».

(2) Approche cognitiviste

Les travaux de Stern sont devenus une référence majeure avec l'idée d'accordage affectif entre la mère et son bébé. Le concept de représentation mentale selon Stern⁶ est très différent de la notion psychanalytique que nous venons de décrire. Stern n'aborde pas la notion de fantasme. L'enveloppe prénarrative¹⁴ est un exemple d'unité de base d'expérience subjective du bébé. Cette première forme de représentation est une construction qui émerge de l'expérience subjective du bébé, expérience constituée d'éléments invariants concernant différentes modalités de l'expérience. Le bébé construit une représentation d'interaction généralisée, par une répétition des expériences qui lui donnent accès à une première forme d'abstraction qui unifie les différentes expériences⁶. Le bébé peut se rappeler ces expériences affectives par la mise en jeu de la mémoire procédurale. Par la notion d'enveloppe prénarrative, Stern introduit la structure temporelle de l'expérience.

Le terme de représentation correspond pour les cognitivistes à une trace mnésique de l'expérience. Le travail du psychanalyste est de mettre en lien trace mnésique et affect douloureux qui lui correspond, grâce au partage émotionnel entre le patient et le thérapeute par le développement du transfert et du contre transfert.

Pour Stern, il existe différents types de soi. Il décrit, d'abord, le Soi émergent, qui existe dès la naissance, le nourrisson possédant de façon innée la faculté d'avoir conscience des processus d'organisation du soi. Cette préprogrammation du nourrisson d'avoir conscience des processus d'organisation du soi proviendrait de la perception amodale du bébé. Entre 2 et 6 mois, se développe le Soi noyau. Le sens du soi noyau se fonde sur un certains nombres d'expériences faites par le bébé au cours d'interactions et d'interrelations de soi avec l'autre. Le bébé peut alors se ressentir comme une entité séparée, donc il existe une différenciation soi/autre (subjectivité). Puis la période entre 9 et 18 mois est consacrée en partie à la recherche et à la création de communication intersubjective avec autrui, et ainsi se construit le Soi intersubjectif. Cela correspond à l'acquisition de la représentation de l'existence, chez l'autre, d'un fonctionnement mental analogue au sien.

2. Le corps du bébé : expression d'une souffrance psychique

Selon Golse, « le corps du bébé représente la voie royale d'accès aux processus de symbolisation, de subjectivation, de sémantisation et de sémiotisation dans l'espèce humaine »¹. Le corps du bébé nous permet d'accéder à l'analyse des processus psychiques en cours pour lui. C'est aussi un moyen pour le nourrisson d'accéder à la symbolisation, c'est-à-dire au langage et à la subjectivation, c'est-à-dire au sens de soi comme sujet individualisé et pensant.

Dans ce chapitre sont présentés les principaux symptômes corporels de la souffrance psychique précoce que l'on peut observer chez le bébé en maternité.

Les signes cliniques sont décrits selon une classification établie par Lamour¹⁵.

a) Troubles à expression somatique

Ces signes fonctionnels sont les plus connus. Ce sont les plus évidents aux yeux des parents et des professionnels, qui entraînent de fréquentes consultations.

Les troubles alimentaires

On peut observer des difficultés dans l'installation du rythme alimentaire, des troubles de la succion, une absence de plaisir lors de l'alimentation.

L'anorexie primaire¹⁶, décrite par Kreisler, d'apparition très précoce, correspond à une inappétence du nourrisson qui se détourne du sein.

On observe, à l'inverse, des phénomènes de « remplissage », correspondant à un agrippement à la zone orale, pour se défendre contre les angoisses primitives (cf. angoisses primitives, plus bas).

On peut aussi retrouver des régurgitations ou des vomissements, souvent chez des bébés hyperréactifs, parfois hypertoniques, dans des situations de tensions émotionnelle¹.

Les troubles du rythme veille-sommeil

Selon Lamour¹⁵, il est important d'être vigilants aux difficultés d'installation des rythmes veille-sommeil. Le sommeil est un indicateur parmi les plus sensibles de l'équilibre du nourrisson¹⁷.

Les insomnies précoces sévères¹⁸, rares en clinique, décrites par Kreisler se caractérisent par leur intensité quantitative (le bébé ne dort que 2 à 4 heures sur 24 heures). Kreisler en décrit trois formes principales : la grande insomnie tapageuse,

l'enfant n'étant qu'un cri jour et nuit; l'insomnie avec activité en décharge motrice de gestes souvent auto-agressifs, étrangement rythmés, intenses et élaborés, compte tenu de l'âge ; la grande insomnie silencieuse, ces bébés restant les yeux ouverts, silencieux.

Les Troubles digestifs

Les « coliques du nourrisson » s'expriment par des cris dès le début ou immédiatement après le repas, chez un bébé rouge, ballonné, repliant ses membres inférieurs sur son abdomen, émettant des gaz¹. Elles s'expriment plus volontiers le soir. Ces douleurs débutent après les dix premiers jours de vie, en général. Ces troubles résultent de la rencontre d'un nouveau-né hyperréactif avec une mère particulièrement protectrice et anxieuse, selon Spitz¹⁶.

b) Troubles tonico-moteurs

(1) Troubles de l'organisation tonique

L'organisation tonique

Bullinger a décrit deux postures de bébé à la naissance :

- La posture symétrique¹⁹, associe une hypotonie du tronc à une hypertonie des membres. Le bébé privilégie une posture d'enroulement, centré sur la sphère orale.
- La posture asymétrique²⁰, dite d'escrimeur détermine une répartition tonique particulière, qui privilégie une orientation vers l'objet et qui sollicite le regard. Le passage d'une position asymétrique à l'autre se fait par changement de point d'appui grâce à un enroulement associé à une oscillation rythmique¹⁹.

Si nous repartons des premières étapes intégratives, le premier espace est l'espace oral. La bouche sert de relai entre les deux espaces droit et gauche distincts. De cette zone découle la position médiane assurée par la flexion du buste. La coordination des positions asymétriques du bébé, nécessaire pour avoir accès aux objets, permet l'émergence de l'axe corporel.

Les troubles de l'organisation tonique

La régulation tonique s'effectue à plusieurs niveaux : le niveau de vigilance, les flux sensoriels, le dialogue tonique et les représentations sensori-motrices¹⁹.

On peut retrouver chez le nourrisson des attitudes en hyperextension du buste, une hypertonie ou une hypotonie, fortement liées à la pathologie interactive¹⁵. De labiles, ces troubles peuvent devenir une organisation tonique durable et préjudiciable pour le bébé. D'autant plus que ces troubles toniques rendent difficiles les ajustements tonico-posturaux avec le parent, pouvant alors aggraver les troubles interactifs.

(2) Troubles de l'activité motrice

On peut constater des troubles de la motricité globale tels une passivité motrice et une lenteur souvent associée à une hypotonie. Une activité motrice intense sans but peut signer un état de désorganisation du bébé, souvent dans un contexte d'angoisse importante¹⁵.

(3) Stéréotypies

La stimulation répétitive d'une zone du corps se voit chez le nourrisson qui ne peut contenir ses tensions internes. On peut observer des activités compulsives de type auto-érotique orales. Ces stéréotypies ont une fonction auto érotique pour

pallier à l'absence d'un objet externe, à l'absence de pare excitation maternelle (par exemple la succion).

c) Troubles des états de vigilance

Brazelton²¹ a décrit six états de vigilance (états d'éveil) chez le nourrisson :

- Etat 1 : sommeil profond, sans mouvement oculaire rapide, respiration régulière, aucun mouvement corporel hormis quelques mouvements fins et brusques des doigts et lèvres.
- Etat 2 : sommeil léger, avec mouvements oculaires rapides, respiration irrégulière et plus rapide, mouvements corporels possibles.
- Etat 3 : somnolence, les paupières sont à demi ouvertes avec un regard hébété, le niveau d'activité est variable , les mouvements sont harmonieux. Après une stimulation, on constatera, le plus souvent, un changement d'état d'éveil.
- Etat 4 : le bébé est alerte, avec un regard vif. Il est capable d'avoir une attention soutenue et de se concentrer sur une source de stimulation.
- Etat 5 : état d'éveil agité, avec une activité motrice très importante, et quelques petits cris.
- Etat 6 : état caractérisé par des pleurs intenses avec une activité motrice intense.

Chez le bébé, la variation des états de vigilance à une valeur émotionnelle. Les bébés régulent leurs états de vigilance à des fins défensives¹⁵, comme système de pare excitation interne.

Les bébés en souffrance manquent de souplesse quand aux variations des états de vigilance. Certains de ces bébés oscillent sans transition d'un état 1 ou 2 à un état 6. Ils sont donc que très rarement dans un état de veille 4, propice aux interactions.

Par exemple, certains bébés utilisent une hypersomnie refuge pour se protéger des stimuli trop intenses. D'autres présentent une hypervigilance, dans un environnement chaotique, qui correspond alors à un phénomène d'agrippement pour palier un défaut de la fonction maternelle de pare-excitation. Au final, Le bébé se protège mais il se coupe de l'environnement et les échanges s'appauvrissent.

C. L'ORIGINE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE

1. La maltraitance fœtale

La psychiatrie fœtale²² est une discipline récente dans le champ de la pédopsychiatrie, développé en France par Michel Soulé, lieu de nombreuses recherches. C'est dans ce contexte qu'est apparu l'intérêt pour la maltraitance fœtale.

La maltraitance à fœtus, correspond, selon Diquelou²³ à des traumatismes physico-chimiques, des négligences graves, d'absence d'intérêt ou d'investissement parental (à l'exclusion des dispositions légales d'IVG et d'IMG).

a) *Diagnostic anténatal*

Le diagnostic anténatal est l'ensemble des pratiques médicales ayant pour but de détecter in utéro, chez l'embryon ou le fœtus, une affection grave.

Il s'agit d'une révolution dans la conception de l'obstétrique, avec l'avènement de l'échographie obstétricale, de l'amniocentèse, de la fœtoscopie puis de la choriocentèse. Cependant ces pratiques peuvent avoir des retentissement psychologiques.

Le diagnostic d'un risque malformatif chez le fœtus, quelque soit l'évolution ultérieure, entraîne des répercussions²⁴ sur le déroulement de la grossesse et la mise en place des relations parents-enfants. Dès l'annonce, l'inquiétude est présente pour les parents, et l'attente des autres investigations et de leurs résultats prolonge ce temps pendant lequel il faut appréhender l'incertitude énoncée comme des risques statistiques.

Pendant la grossesse, le fœtus est investi par la mère avec ambivalence, mêlée des sentiments positifs et des sentiments négatifs violents, de destruction. Ces sentiments vont être refoulés et contenus. Dès lors qu'il existe un doute de malformation, le fœtus cesse d'être un objet²² sur lequel projeté l'enfant imaginaire, pouvant être porteur du mandat transgénérationnel ; il risque d'être désinvesti, voire de devenir objet de haine.. quelques soit les résultats, persistera toujours un « doute statistique ». Ces épisodes de désinvestissement de l'enfant peuvent entraîner, à la naissance, des troubles de la relation précoce, un trouble de l'attachement, et/ou un excès d'angoisse projetée sur le bébé²².

b) Toxiques et médicaments

De nombreuses molécules néfastes traversent la barrière placentaire et ont une action directe sur le fœtus. Pour illustrer ce propos, je donnerai quelques exemples, choisis pour leur fréquence et leur exemplarité.

(1) Toxique licite : l'alcool²⁵

Bien que licite, l'alcool est le produit d'addiction le plus toxique pour le fœtus. Les malformations sont corrélées avec l'intensité et la durée de l'alcoolisation, toutefois il n'est pas possible d'établir un seuil minimum de consommation en dessous duquel il n'existerait pas de risque.

Le principal tableau clinique résultant de l'action de l'alcool sur le fœtus est le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale, qui comporte l'association d'une dysmorphie faciale, d'un retard de croissance et de troubles du développement neurologique.

La dysmorphie faciale comporte des signes discriminants : fentes palpébrales étroites, massif médian plat, philtrum lisse et bombé, lèvre supérieure fine, et, des signes associés : épicanthus, racine du nez plate, anomalies du pavillon de l'oreille, petit nez retroussé et micrognathie.

Les troubles de croissance correspondent soit à un retard de croissance intra-utérin, soit à un retard de croissance pondérale postnatale sans trouble nutritionnel.

Les anomalies neuro-développementales sont : une microcéphalie, une agénésie complète ou partielle du corps calleux, une hypotrophie cérébelleuse, une surdité centrale, des troubles de la coordination oculomotrice, une dyspraxie fine.

(2) Toxique illicite : les opiacés

Parmi les conséquences néonatales de la poursuite de la toxicomanie aux opiacés pendant la grossesse, le syndrome de sevrage du nouveau-né est une des plus importantes. En effet, tout au long de la grossesse, le fœtus est imprégné passivement par les opiacés consommés par la mère et l'accouchement provoque un arrêt brutal de l'absorption de toxique par le nouveau né, faisant apparaître un

syndrome de manque. Ce syndrome de sevrage apparait lorsque la mère était dépendante de l'héroïne pendant la grossesse mais également lorsqu'elle était sous traitement de substitution (buprénorphine ou méthadone). La fréquence de ce syndrome est de 60 à 90% chez les enfants exposés aux opiacés et son délai d'apparition peut être de quelques heures et s'étendre jusqu'à deux semaines²⁶.

Le tableau clinique de syndrome de sevrage regroupe trois grands types de signes: des atteintes neurologiques, respiratoires et digestives.

Parmi les signes neurologiques, on observe une hyper activité, ainsi qu'une hyper excitabilité. Ces signes se traduisent par des fluctuations du tonus musculaire, avec des trémulations, des mouvements anormaux, et une hypertonie. On observe une diminution du temps de sommeil²⁷. Ces enfants n'ont pas de périodes d'éveil calme pendant lesquelles on a l'impression de pouvoir communiquer avec eux²⁸.

Les troubles respiratoires quant à eux se traduisent essentiellement par une tachypnée²⁷.

Les signes digestifs se traduisent par des régurgitations, des vomissements et également par une diarrhée qui peut conduire à une déshydratation et à un déséquilibre de la balance électrolytique²⁹. Cette diarrhée engendre une prise pondérale insuffisante, elle-même majorée par des troubles de la succion.

On observe également des signes généraux (correspondant à une atteinte du système nerveux autonome) comme de la fièvre, une hypersudation, des éternuements, des bâillements, un encombrement nasal³⁰. La peau de l'enfant peut également se couvrir de marbrures³⁰.

(3) Médicaments : Antidépresseurs sérotoninergiques³¹

Le taux de malformation n'est pas modifié par la prise d'antidépresseur pendant la grossesse, mais de nombreuses études montrent l'existence de syndromes périnataux. Les revues anglo-saxonnes parlent d'inadaptation néonatale pour regrouper les effets du sevrage et de l'imprégnation, qui peuvent être difficiles à différencier. Les symptômes rencontrés sont: hyperpnée, irritabilité, hyperexcitabilité, hypotonie, crise convulsive, tremblements, hypoglycémie.

Précisons que de rares études ont effectuées un suivi longitudinal du développement des enfants de femmes recevant des antidépresseurs pendant la grossesse. Aucun argument significatif³² contre la prescription n'a été mis en évidence, par contre, la pérennité ou la récurrence de la dépression maternelle pourrait jouer un rôle important dans les troubles du développement, justifiant alors la prescription.

Dans ces trois cas, le nouveau né exposé aux différents toxiques pendant la grossesse, présente des signes de souffrance psychiques. Syndrome de sevrage, troubles neurocognitifs, inadaptation néonatale correspondent à une symptomatologie culpabilisante pour une mère déjà fragile, qui se retrouve face à un nouveau-né plus irritable et moins compétant (cf. plus haut). Il peut en résulter une perturbation des relations précoces.

c) *Maltraitance physique*

En France, la prévalence des mauvais traitements subies par les femmes enceintes est estimée à 4% (toutefois, probablement sous évaluée les victimes cachant souvent les faits)²².

Il existe aussi une maltraitance active de la femme enceinte sur son fœtus par des chocs, coups ou compression du ventre (dans un mouvement de haine pour son fœtus³³). D'autres éléments témoignent du manque d'investissement du fœtus par la mère comme des comportements inconséquents : hyperactivité, comportements à risque, non suivi de la grossesse³⁴.

Ces conduites peuvent d'une part favoriser la prématurité³⁴ et d'autre part interroger sur l'investissement du fœtus par ces mères.

2. Les angoisses primitives

Selon Rosenberg³⁵, le bébé ne peut pas au début de sa vie, réguler les augmentations de tension, qui le mettent dans un état de souffrance psychique. Ses angoisses sont en lien avec une augmentation de l'excitation en raison de l'insatisfaction de ses besoins primaires. Ces angoisses correspondent à ce que S. Freud a appelé, dans sa dernière théorie sur l'angoisse, en 1926, l'angoisse automatique traumatique³⁶.

La première à décrire les angoisses archaïques du bébé est M. Klein³⁷. Elle évoque le caractère extrême des émotions au début de la vie et parle d'angoisse primaire d'anéantissement. Selon cet auteur, le bébé a un moi primitif immature, exposé à des angoisses suscitées par l'opposition entre la relation d'amour et de haine pour l'objet partiel, l'opposition entre pulsion de vie et pulsion de mort dans une position schizoparanoïde. Ces angoisses se situent en-deçà de l'angoisse dépressive, quand le bébé n'a pas encore intégré de fonction contenante propre et qu'il est dépendant de la fonction de pare excitation d'un moi auxiliaire³⁶.

Winnicott parle d'agonies primitives³⁸ pour décrire ces angoisses, qui correspondent à un état psychique dans lequel l'être et le non-être sont très proches. Il s'agit de sensations de désintégration, de chute, qui préexistent à l'angoisse de perte d'objet.

Bick³⁹ parle d'angoisse de liquéfaction, de chute sans fin. Elle a pu mettre en évidence l'existence de défenses primitives permettant au bébé d'essayer de se « tenir ». ces défenses sont d'une part, l'identification adhésive, avec des agrippements à une source lumineuse, à une voix, une odeur, un objet, et d'autre part, des phénomènes d'autoagrippement : le hoquet, les poings serrés, un raidissement créant ainsi une seconde peau musculaire.

3. Les troubles de la relation précoce

a) *Les interactions mère-bébé*

Les interactions sont un ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires. Le bébé est un partenaire à part entière de l'interaction, doté de compétences et d'une personnalité. Il joue un rôle actif dans l'instauration et le maintien des modes interactifs par ses caractéristiques.

Quand l'adaptation mutuelle est difficile, parents et nourrissons s'engagent dans une spirale transactionnelle néfaste où prédominent les modes interactifs inadéquats.

Lebovici, Mazet et Visier⁴⁰ ont différencié trois niveaux d'interactions : les interactions comportementales, directement observables (manière dont le comportement de l'enfant et celui de sa mère s'agencent l'un par rapport à l'autre),

les interactions affectives (influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de la mère) et les interactions fantasmatiques¹⁵.

(1) Les interactions comportementales sont composées par :

- Les interactions corporelles, correspondant au « holding » défini par Winnicott⁴¹ comme la manière dont le bébé est tenu, mais aussi soutenu et contenu et le « Handling », la façon dont il est manipulé, ainsi qu'aux ajustements corporels, décrit par J. Ajuriaguerra comme un « dialogue tonique »⁴². La dynamique de ce dialogue apparaît dans la manière dont la mère est sensible aux manifestations de confort ou d'inconfort du bébé et donc de la réponse qu'elle va manifester.

- Les interactions visuelles, caractérisées par des échanges de regard et l'apparition du regard mutuel. Le regard est une modalité interactive essentielle. Winnicott évoquait le rôle du miroir¹¹ que joue la mère pour son bébé (le bébé se voit lui-même dans le regard de sa mère, à travers ce qu'elle exprime comme affects). Les esquisses représentationnelles du bébé naissent bien dans ce nid du regard mutuel, porteur des représentations maternelles. Lebovici insiste sur la réciprocité de l'échange, la mère étant faite comme telle par le regard de son bébé, et ainsi les identités de chaque partenaire interactif sont renforcées.

- Les Interactions vocales, dans lesquelles s'engagent mère et bébé dès les premiers moments par des pleurs et des cris du bébé, puis des vocalises. La mère leur attribue une intention communicative et les interprète.

(2) Les interactions affectives

Lebovici parle de « bains d'affects » pour évoquer la relation de l'enfant et de la mère dans les six premiers mois. L'interaction affective permet au nourrisson de faire l'expérience du partage de sa vie émotionnelle, avant même l'apparition du langage. La notion « d'accordage affectif »⁶ de Stern correspond à une harmonisation des affects de chacun des partenaires. La mère de son côté lit l'état émotionnel de son bébé, et en retour, le bébé, comprend la réaction de sa mère consécutive à son état émotionnel.

Une mère répond de façon contingente à son bébé quand elle est capable de déchiffrer les messages qu'il lui adresse dans ses signaux. Cela exige de la part de la mère une disponibilité sur le plan cognitif et émotionnel.

(3) Les interactions fantasmatiques⁴³

Les Interactions fantasmatiques correspondent aux influences réciproques de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé. C'est un concept introduit par Kreisler L. et Cramer B.⁴⁴, puis repris par Lebovici⁴⁵.

Les préoccupations maternelles du début de vie de l'enfant sont non seulement liées aux tâches nécessaires pour subvenir aux besoins de l'enfant mais font aussi intervenir des images de l'enfant pendant la grossesse. Les soins maternels incluent la vie imaginaire de la mère et ses fantasmes inconscients¹⁴. Lebovici montre que le développement des interactions entre la mère et l'enfant, surtout sur le plan affectif est conditionné par les fantasmes maternels. L'interaction fantasmatique va donner sens à l'interaction comportementale. C'est ici que s'anime l'enfant imaginaire, c'est là que prendront valeur les projections parentales à prédominance positives ou mortifères, selon le cas.

b) Les perturbations des interactions

(1) Le tempérament du bébé

Le concept de tempérament du bébé est né aux Etats Unis , en 1977, Thomas et Chess⁴⁶ ont réalisé une étude longitudinale en observant 133 bébés de la naissance à l'âge adulte ; ils ont ainsi réalisé la première classification autour de trois tempéraments : facile, lent à s'échauffer, difficile. Pour ces auteurs, Le terme de tempérament définit un style de comportement.

La variabilité interindividuelle des nourrissons a été mise en avant dans de nombreux travaux^{21,47} (Brazelton 1973, Tourette 1991) et concerne une gamme de comportements néonataux. Ces différences entre nouveau-nés révèlent les caractéristiques propres à chaque enfant, que Brazelton⁴⁰ appelle signature du bébé. Cette variabilité interindividuelle est à la base de la constitution du tempérament, et influence la fréquence et la qualité des échanges entre un enfant et son environnement physique et social.

Pour déterminer le tempérament du nourrisson⁴⁶, on retient essentiellement trois caractéristiques : l'irritabilité, la consolabilité, et l'activité motrice.

L'irritabilité est définie par Murray⁴⁸ comme par une réactivité à la moindre stimulation, une tendance à entrer fréquemment dans un état de détresse. Chez ces bébés, les pleurs sont fréquents.

La consolabilité est, selon Lebovici⁴⁵, la capacité plus ou moins grande du bébé de cesser ses pleurs en réponse aux soins nécessaires apportés par l'adulte.

L'activité motrice correspond au niveau d'activité du bébé spontanée et de façon provoquée²¹.

Le concept de tempérament souligne le fait que les bébés ne disposent pas tous des mêmes compétences, et ne vont pas interagir de la même façon avec leur environnement. Certains peuvent alors sembler plus vulnérables. Un bébé irritable pourra épuiser plus vite les ressources physiques et psychiques de sa mère, et dépendra plus du comportement maternel pour sa régulation.

Dans une étude longitudinale sur la dépression du post-partum, Murray⁴⁸ a mis en évidence que les mères dont les bébés sont irritables et/ou possèdent un mauvais contrôle moteur avaient tendance de façon significative à être plus déprimée à 6 semaines du post-partum que celles dont les bébés n'étaient pas décrits tels que. Cela souligne l'influence des compétences du bébé dans les interactions.

(2) La vulnérabilité du bébé

Les déficits sensoriels, la prématurité, la douleur, le retentissement d'une maladie somatique sont autant de circonstances de vulnérabilité du bébé. Dans les interactions entre le nourrisson et ses partenaires, le nourrisson est un partenaire actif, c'est pourquoi quand ce dernier a un équipement sensoriel défaillant ou une diminution de ses compétences, les relations précoces peuvent être perturbées.

Pour illustrer ce propos, J'ai décidé de prendre l'exemple de la prématurité, qui apparaît être un véritable facteur de risque des difficultés interactives. De plus, on peut être amené à rencontrer la prématurité simple (au delà de 33 SA) en maternité⁴⁹.

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), une naissance est prématurée lorsqu'elle survient avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues. Le

foetus est considéré comme viable à partir de 22 SA (ou 500g.) Cela correspond à environ 5% des naissances¹⁶.

Je ne décrirais pas ici les pathologies somatiques que présentent les enfants prématurés, mais plutôt certaines de leurs conséquences et certaines des caractéristiques de ces bébés.

L'hospitalisation précoce de ces bébés¹ entraîne une séparation de leur mère, alors même que la grossesse a été écourtée. Installé en couveuse avec nombreux cathéters et autres sondes, les échanges corporels entre le bébé et ses parents sont moins nombreux, perturbant le holding et le handling. L'environnement du bébé est fait de très nombreuses stimulations, qui viennent déborder son système de pare-excitation, alors même qu'il ne peut bénéficier de la sollicitude maternelle particulière aux premiers jours de sa vie, celle-ci n'étant pas toujours auprès de lui. Il va alors utiliser ses propres moyens de défense, archaïques et immatures : accrochage du regard à un point lumineux, agrippement à la sonde...

Le prématuré est un bébé immature. Il est hypotonique. il a souvent les yeux fermés. Ses cris sont faibles, ses pleurs nombreux et difficilement consolables. On constate des transitions rapides entre les états de vigilance : ces bébés passent du sommeil (stade 1) aux pleurs et cris (stade 6) sans pouvoir avoir des périodes d'éveil calme (stade 4), propice aux interactions. Ils sont moins actifs, vocalisent moins que les nouveau né à terme. Les soins qu'il reçoit, entraînent des sensations douloureuses, qui elle-même entraînent des souffrances psychiques.

Le bébé prématuré est un nouveau né vulnérable, moins compétent qu'un bébé né à terme. Il est peu gratifiant pour la mère, et face à ces bébés certaines d'entre elles peuvent être fusionnelles et d'autres seront abandonniques¹.

La naissance d'un enfant prématuré constitue un choc affectif¹⁶, survenant alors que la maternalité se trouve à l'état d'ébauche. La prématurité met en scène un enfant physiologiquement immature et une mère non préparée à cette naissance trop précoce.

(3) Les troubles psychiques chez la mère

Quand la mère présente une pathologie psychiatrique, les interactions mère-bébé s'en trouvent perturbées. Je décrirai les perturbations des relations précoces dans les cas les plus fréquents et les plus souvent décrits dans la littérature¹⁵.

Mère état limite

La caractéristique principale de la relation de la dyade bébé-mère état limite est la discontinuité tant sur le plan macroscopique que sur le plan microscopique.

L'évaluation des interactions des mères « état limite » avec leur nourrisson montre le caractère intrusif et le manque de sensibilité maternelle dans les interactions, ainsi que l'absence de rythme, masquant une rigidité temporelle et une pauvreté des ressources interactives de la mère. Chez le nourrisson, on remarque des stratégies de gestion du stress différentes des autres bébés, témoignant de la nécessaire adaptation au comportement maternel et de leur régulation émotionnelle particulière. Ces mères ne sont pas attentives aux manifestations émotionnelles de

leur bébé, ne leur donnent pas sens, voire agissent de façon stéréotypée avec souvent une réponse unimodale comme le biberon ou la sucette à toutes les manifestations du bébé⁵⁰. Il y a très peu d'accordage affectif : elle ne peut être attentive aux affects de son bébé et les lui traduire. Il y a peu d'échanges mutuels entre eux. Cela peut entraîner des attitudes désadaptées vis-à-vis du bébé.

Il y a peu de différenciation entre les émotions de la mère et celles du bébé. La relation mère-bébé est marquée de peu de différenciation soi-même.

Ces mères « limites »¹ recherchent une réassurance narcissique auprès de leur bébé. Pour éviter les menaces d'abandon, elles se collent à lui par défaut d'intégration d'un objet maternel fiable et sécurisant. Mais le bébé peut parfois être perçu comme persécuteur, et être laissé de côté quelques soit ses besoins

Les interactions mère-bébé sont dominées¹⁵ par une alternance imprévisible du tout au rien, dans des fantasmes agis d'abandon des parents. L'état d'insécurité est permanent, le bébé ne pouvant maintenir une représentation de sa mère.

Mère schizophrène

Pour cette description, nous nous appuyerons sur les travaux de M. Lamour.

Sur le plan des interactions comportementales¹⁵, tout se passe comme si le bébé s'adaptait aux particularités de sa mère. Les interactions s'organisent en fonction des besoins de la mère et non de ceux du bébé. On constate un évitement du regard chez la mère entraînant, en réponse de la part du bébé, soit une hypervigilance visuelle, soit un évitement. Alors, le bébé s'agrippe par le regard à l'étranger. Les regards mutuels sont rares. Le holding est fait d'alternance de rapprochés et de mises à distance de l'enfant, pour lutter contre sa propre

désorganisation. L'enfant, lui, répond sur un mode tonique pathologique (hypo ou hypertonie). Les mouvements du bébé sont faibles pour s'adapter à sa mère qui les tolère difficilement. Les interactions vocales sont pauvres. Le bébé utilise la variations de ses états de vigilance à des fins défensives : lors d'un contact prolongé avec sa mère suscitant chez le bébé trop d'angoisse il met un terme à la relation par une chute brutale dans le sommeil. L'environnement du bébé est chaotique, et ses rythmes de repas et sommeil ont du mal à s'installer. Le bébé a l'air passif, mais il concentre toute son activité à réprimer l'expression de ses besoins et de ses affects.

L'investissement du bébé de la part de la mère s'adresse à l'enfant imaginaire, très différent du bébé réel qui expriment ses besoins. Cet enfant, elle ne le voit pas.

Mère déprimée

Les dépressions du post-partum de retrouvent chez 10 à 15% des femmes⁵¹. Dans les travaux actuels, la dépression maternelle est considérée comme une situation à haut risque pour le développement psychologique de l'enfant¹⁶. Elle alterne le fonctionnement maternel et affecte à plusieurs niveaux la relation mère-enfant⁵². Le style relationnel est soit désengagé soit intrusif. Les interactions au sein de ces dyades sont marquées par l'asynchronie.

Les interactions comportementales sont moins fréquentes notamment au niveau du regard et de la mimique, moins réciproques, avec un certain degré de discontinuité (microruptures)¹⁶. Les échanges vocaux sont faibles. Les soins portés au bébé sont mécaniques, dépourvus de composante affective. Selon Guedeney⁵³, les mères déprimées sont plus en retrait et moins dans l'interaction avec leur bébé, elles sont plus irritables et moins tolérantes aux manifestations du bébé pouvant

engendrer de l'agressivité. Elles ont des réactions contradictoires au moment de l'autonomisation de l'enfant, elles peuvent se montrer incohérentes dans leurs attitudes.

L'accordage affectif est difficile, les mères ayant une faible sensibilité aux signaux de leur bébé⁵². Les séquences d'interactions sont peu prolongées.

D. LES RISQUES EVOLUTIFS : L'INTERET DE TRAITER CETTE SOUFFRANCE PRECOCEMENT

1. L'hyperadaptation

L'hyperadaptation est une capacité du bébé à s'adapter au fonctionnement maternel. Elle a une valeur régulatrice et protectrice¹⁵ de l'équilibre dyadique : le nourrisson en respectant le seuil de tolérance de sa mère à ses manifestations, la désorganise moins et ainsi s'expose moins. Mais cette organisation défensive risque d'aller à l'encontre de ses propres processus de maturation. C'est le bébé qui doit se soumettre aux besoins de sa mère, ses propres rythmes ne sont pas respectés. Ainsi apparaît le faux self, selon Winnicott. Le nourrisson se soumet à son environnement et par une série d'identifications et d'introjections, il se soumet au narcissisme de l'objet primaire aux dépens de l'épanouissement du narcissisme individuel⁵⁴. Cette hyperadaptation peut être associée à une apparente passivité : atonie affective, non investissement de l'activité exploratoire en lien avec le mode d'attachement, absence d'investissement de leur corps. Il en découle un retard du développement psychomoteur du bébé.

2. Le retrait relationnel durable

Selon Guedeney A., le retrait est un mode de défense important chez le bébé, qui quitte l'interaction quand il se trouve débordé par une excitation dépassant son seuil de tolérance ou inadéquate⁵⁵. Lorsque il s'établit de façon durable (plus de 2 semaines), il s'agit alors d'une entité pathologique qui risque d'entraver le développement du bébé⁵⁶.

La sémiologie^{55,57} de ce trouble est la suivante : peu de sourires, disposition à rester seul, attitudes d'indifférence aux sollicitations de l'adulte, évitement du regard, peu d'orientation aux voix familières, contrastant avec une grande sensibilité aux bruits même discrets, troubles de l'ajustement postural, balancements, pas d'anticipation au portage (voire retrait), inertie préhensive et troubles de la préhension.

Afin d'aider le clinicien, A. Guedeney⁵⁸ à créé une échelle : l'Echelle Alarme Détresse Bébé (ADBEBE) comportant l'ensemble de la symptomatologie. Cette échelle s'utilise chez le bébé de 2 à 24 mois. Elle évalue : l'expressivité du visage, le contact visuel, l'activité corporelle, la présence de comportements d'autostimulation, les vocalisations, la vivacité de réponse à une stimulation, l'aptitude à entrer en contact avec l'observateur.

Précisons que l'évolution des enfants qui ont présenté cette symptomatologie est très variable, et s'étend de la « normalité » à l'autisme⁵⁵.

3. La dépression du bébé

La dépression du nourrisson, décrite par Kreisler⁵⁹ en 1989, (la première description étant la dépression anaclitique par Spitz en 1946) résulte de frustrations

graves après un épisode inaugural de relations satisfaisantes. Après un début marqué par l'exacerbation de l'angoisse de séparation, s'installe un syndrome dépressif caractérisé par⁵⁵ :

- une atonie thymique globale, une indifférence morne sans plaintes, une perte d'allant à se nourrir, se mouvoir, regarder, écouter,

- une inertie motrice, avec une lenteur et une monotonie des gestes, des mimiques pauvres, une mobilité corporelle figée notamment au niveau du tronc,

- une pauvreté de communication interactive avec un regard vide ou évitant, un appauvrissement progressif de la relation, une chute des initiatives et des réponses aux sollicitations,

- une désorganisation psychosomatique allant jusqu'à un état de marasme pouvant évoluer vers la mort.

4. Le syndrome du comportement vide¹⁶

Le Syndrome du comportement vide décrit également par Kreisler, s'inscrit dans le cadre de carences relationnelles, et, est caractérisé par un émoussement affectif proche de l'atonie dépressive, une instabilité psychomotrice sévère, et une relation d'objet indifférenciée. Le comportement paraît adapté mais pauvre d'affects. Ce trouble apparaît après de multiples séparations et un isolement affectif prolongé.

5. Etats d'inorganisation sévères¹⁶

L'Inorganisation structurale sévère du jeune enfant décrit par Kreisler correspond à une atteinte globale du développement avec défaut d'organisation

temporo-spatiale et du schéma corporel, retard des processus d'individuation, défaut de l'identité, passage à l'acte lors de l'émergence pulsionnelle. Ce comportement est opératoire, car accroché au factuel et vide de représentation.

6. Les troubles de l'attachement

La théorie de l'attachement a été élaborée par Bowlby⁶⁰ à partir de l'observation d'enfants séparés de leur mère, par suite de la guerre ou lors d'hospitalisations, et des conséquences négatives de la séparation sur le développement de ces enfants (1958). Bowlby a élaboré une théorie du système comportemental d'attachement. Celui-ci regroupe et organise l'ensemble des comportements de signal et d'approche dont le résultat est d'obtenir ou de maintenir une proximité vis-à-vis de la figure d'attachement. Il conçoit les comportements d'attachement et d'exploration de l'environnement en terme de systèmes antagonistes. L'activation du système d'exploration de l'environnement n'est possible que si le système d'attachement est désactivé, c'est-à-dire lorsque l'enfant se sent en sécurité.

Le bébé a tendance à se réfugier auprès de sa mère lorsqu'il est confronté à une situation non familière. Mary Ainsworth développe ainsi le concept de « base sécurisante » (1969). Cette notion renvoie au fait qu'une personne exploite mieux son potentiel, lorsqu'elle sait qu'elle peut compter sur la figure d'attachement en cas de difficultés.

En mettant en œuvre une procédure expérimentale, la « strange situation » (brèves séparations entre un parent et son enfant), Mary Ainsworth⁶¹ a défini plusieurs patterns d'attachement.

L'attachement sécure : avant la séparation, l'enfant explore la salle et les jouets. Lors de la séparation, il cesse d'explorer et manifeste de la détresse. Au retour du parent, il recherche sa proximité, établit un contact physique avec lui et se console rapidement et se remet ensuite à explorer.

On peut définir les 3 types suivants comme des troubles de l'attachement :

- L'Attachement de **type évitant** : l'enfant explore l'environnement sans s'occuper de la présence ou de l'absence du parent. Il ne montre pas de signe de détresse lors de son départ. Après son retour, il ignore ses tentatives d'entrer en interaction.

- L'Attachement de **type anxieux/ambivalent**: l'enfant est anxieux dès l'entrée. Il n'explore pas, reste collé à son parent et le sollicite avec insistance. Il manifeste une très grande détresse lorsque la séparation survient. Lors de la réunion, il résiste au contact du parent et n'est pas consolé par lui.

- L'Attachement **désorganisé**: l'enfant présente un mélange de comportement d'évitement et d'ambivalence. Ses comportements sont incomplets, non dirigés. Il est craintif, confus, sans stratégie cohérente.

E. CLASSIFICATION DES TROUBLES PSYCHIQUES DU BEBE

Nous disposons actuellement de deux classifications principales pour les troubles précoces, aide pour le clinicien dans son travail théorique ou de recherche, ne devant pas figer le jeune enfant dans un diagnostic.

1. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)

La révision de la CFTMEA a été l'occasion d'introduire un axe I bébé (0 à 3 ans). De nombreuses situations concernant le très jeune enfant étaient déjà classées dans différents chapitres sur l'axe I de la classification générale. Le développement du champ de la psychiatrie du bébé a nécessité la création d'une section spécifique⁶².

La clinique se code dans l'axe I bébé, dont les catégories sont les suivantes :

- bébés à risque de troubles sévères du développement,
- les dépressions du bébé,
- bébés à risque d'évolution dysharmonique,
- les états de stress,
- hypermaturité et hyperprécocité pathologiques,
- distorsions du lien.

Les particularités de l'environnement peuvent être codées en se servant de l'axe II de la classification générale.

2. Classification Zero to three

La classification Zero to Three⁶³ révisée a été proposée en 1994, afin de compléter les classifications de la CIM 10 et du DSM IV, avec les troubles chez l'enfant entre 0 et 3 ans. Cette classification se veut athéorique.

La classification s'établit sur 5 axes.

L'axe I comporte sept grandes catégories diagnostiques, classées par ordre d'importance des facteurs externes :

- État de stress post-traumatique
- Troubles des affects
- Troubles de l'ajustement
- Troubles de la régulation
- Troubles du comportement de sommeil
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles de la relation et de la communication.

L'axe II, ou axe de la « Classification du trouble de la relation », décrit les troubles des relations avec les figures parentales. L'axe II en décrit les trois modalités : comportementale, émotionnelle et psychologique.

L'axe III décrit les problèmes somatiques qui interfèrent avec le bien-être émotionnel de l'enfant.

L'axe IV, axe des « Facteurs de stress psychosocial », décrit l'impact du stress attribué à l'environnement sur le développement de l'enfant.

L'axe V, axe du « Niveau fonctionnel du développement émotionnel » décrit la capacité de l'enfant à organiser la communication affective et à partager sa signification avec une figure parentale ou avec l'observateur.

III. LES SOIGNANTS FACE A LA SOUFFRANCE EN MATERNITE

A. PROMOTION DE LA PERINATALITE

1. Le plan périnatalité 2005-2007

Jusqu'à l'élaboration du plan gouvernemental périnatalité 2005-2007, les pratiques de soins psychiques en périnatalité n'étaient ni organisée par un cadre, ni généralisée à l'ensemble du territoire, mais plutôt l'œuvre de certains services, sous l'impulsion de psychiatres intéressés au champ de la psychiatrie périnatale.

Le plan périnatalité de 1994⁶⁴ visait à diminuer la mortalité autour de la naissance, c'est à dire la mortalité maternelle et la mortalité périnatale, et de développer la pratique du travail en réseau. Des résultats en terme de réduction de la mortalité ont été obtenus. L'intérêt s'est alors porté sur l'aspect psycho-social de la périnatalité.

Selon Molenat⁶⁵, le plan périnatalité marque un tournant en médecine périnatale en visant à réintroduire la subjectivité dans les pratiques autour de la naissance.

Le plan périnatalité 2005-2007² a pour objectif de moderniser⁶⁶ l'environnement de la grossesse et de la naissance. Il propose un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il promeut le dépistage précoce des difficultés sociales, psychologiques, affectives des futurs parents. Ce plan comprend 4 axes :

humanité, proximité, sécurité, qualité. L'objectif est de permettre une prise en charge plus globale⁶⁷ des dyades.

Il vise à mettre en œuvre l'entretien du quatrième mois (cf. plus bas). L'accent est mis sur une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance en améliorant la collaboration médico-psychologique en maternité. Il prévoit la mise en place d'un réseau de professionnel centré sur chaque famille : formation des différents professionnels et recrutement de psychologues. Toutefois, selon Dugnat⁶⁴, le budget global a été insuffisant pour le recrutement de la totalité de ces postes. Ce plan précise l'importance d'un équilibre entre le rôle direct auprès des patients et indirects auprès des équipes soignantes du psychiatre. Il souligne l'importance de la continuité dans la prise en charge et la nécessité de liens sécurisants autour des familles. La pratique du travail en réseau est encouragée.

La circulaire du 4 Juillet 2005⁶⁶ relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité est destinée à initier une meilleure prise en compte de la dimension psychologique. Elle se fonde sur la conviction des professionnels concernés de l'importance de la dimension affective dans le processus de la naissance.

2. Les réseaux de périnatalité

Les soins proposés dans le domaine de la périnatalité ne peuvent être réalisés qu'en articulation étroite avec les nombreux intervenants des différents champs (médical, sanitaire, social, judiciaire) dans un travail de réseau.

Il existe trois types de réseaux⁶⁴ : le travail en réseau ou « microréseau », qui permet le soin psychique, les réseaux locaux de périnatalité à l'échelle d'une

maternité avec des dispositifs partagés de formation, de travail en commun, une charte et des procédures, et les réseaux régionaux de périnatalité ou filières de soins « macroréseaux ». L'articulation des trois types est nécessaire pour une prise en charge de qualité.

Les réseaux régionaux de périnatalité ont été un facteur de transformation des pratiques dans les maternités. Initialement, leur but était l'amélioration de la prise en charge des patients à haut risque médical. Après l'élaboration du cahier des charges des réseaux en périnatalité de 2006⁶⁷, qui insiste sur la collaboration entre psychistes et somaticiens, leur but a évolué vers la prise en charge des risques psycho sociaux.

Leur objectif est de renforcer la continuité et la qualité des prises en charge en permettant une prise en charge globale, en fournissant un accompagnement psycho-social périnatal adapté, en favorisant les collaborations entre professionnels ainsi que le partage et la transmission des données médicales, et psycho-sociales⁶⁷.

Le développement des réseaux en périnatalité s'appuie sur les réseaux de proximité et les réseaux interétablissement déjà existant⁶⁷. Ceux sont des réseaux ville/hôpital qui permettent d'associer aux établissements de santé, les professionnels de santé de ville exerçant en libéral ou dans les services de PMI, d'une part, et les acteurs des champ médico-social et pédopsychiatrique⁶⁴.

La circulaire du 4 juillet 2004 souligne d'aménager le parcours de soins des futurs parents et du nouveau-né en réduisant les cloisonnements⁶⁶ entre les dispositifs concernés : pédopsychiatrie et psychiatrie générale, psychiatrie et disciplines somatiques, ville et hôpital, sanitaire et médico-social. L'objectif est d'instaurer une continuité et une cohérence dans les prises en charge.

Par ailleurs, il est intéressant que les soignants se regroupent par professions à l'échelle d'un département afin de mettre en commun leurs expériences⁶⁶.

B. OUTILS DE DEPISTAGE EN MATERNITE

1. Dépistage des situations à risque en anténatal

a) *Entretien prénatal du 4^{ème} mois*

L'entretien prénatal est proposé, à toutes les femmes enceintes, au 4^{ème} mois de grossesse⁶⁶, par une sage-femme disposant d'une formation adéquate et d'une expérience reconnue par le réseau de périnatalité et qui connaît les différents acteurs qui le constituent ainsi que leurs rôles.

Cet entretien a pour objectif d'ouvrir le dialogue et de recueillir les facteurs de vulnérabilité. C'est aussi un point d'entrée dans le réseau de soin⁶⁶, en permettant une rencontre avec les différents acteurs de soins, si nécessaire.

b) *Staffs de périnatalité médico-psycho-sociaux*

Il s'agit de réunions pluridisciplinaires⁶⁸, réunissant les différents acteurs du champs de la périnatalité afin de créer un espace de réflexion et d'élaboration autour des stratégies de prise en charge des situations à risques. Les différents partenaires doivent être représentés : les équipes hospitalières (cadre de sante, gynécologue, sage femme, pédiatre, psychiatre, pédopsychiatre, assistante sociale), les équipes du conseil général (médecin, infirmière, sage femme de PMI). Un coordonnateur s'occupe de l'organisation et il est garant de la pérennité du fonctionnement.

Ces staffs doivent s'organiser de façon régulière.

L'objectif de ces réunions est de renforcer la prise en charge des familles en situation de fragilité médico-psycho-sociale, en améliorant la coordination entre les différents acteurs intervenant autour de la naissance dans un souci de continuité⁶⁶.

Les situations présentées à ce staff sont celles de femmes présentant des facteurs de vulnérabilité, repérés par les professionnels de première ligne. Cette étape nécessite⁶⁹ une attention des professionnels aux phénomènes psychologiques en lien avec la grossesse, la naissance et le développement psycho-affectif précoce du futur bébé.

Ce dépistage se fait en consultation prénatale (dépistage par le médecin généraliste, le gynécologue et/ou la sage-femme, libéraux ou hospitaliers), lors de l'entretien du 4ème mois, par les services sociaux de l'hôpital, par les services de la PMI, ou tout autre professionnel travaillant au sein du réseau de périnatalité.

Les situations évoquées sont celles faisant l'objet d'une préoccupation importante des différents acteurs de soins : des grossesses survenant chez des patientes mineures, chez des patientes présentant des troubles psychiatriques, chez des patientes présentant des troubles addictifs, dans un contexte de précarité ou de violence, des grossesses à haut risque psycho-affectif après l'annonce d'une maladie, d'un handicap ou après un deuil périnatal...

Suite à la présentation du cas et la réflexion et à l'élaboration qui suit, il faut établir un projet de prise en charge qui sera consigné dans le dossier de maternité de la patiente.

Le staff est un espace de réflexion autour de la patiente et son entourage permettant un travail en équipe pluridisciplinaire, où se pose la question de la confidentialité et du respect de l'intimité des patients.

En conclusion, on peut souligner l'importance du travail en réseau dans le dépistage des situations à risque en anténatal.

2. Dépistage des bébés en souffrance à la maternité

Les signes de souffrance psychique sont difficiles à repérer : ils sont discrets et peu spécifiques. Le dépistage de la souffrance psychique des bébés est l'affaire de spécialistes, psychiatres, pédopsychiatres et psychologues, mais aussi et surtout des soignants de première ligne.

a) *Formation des professionnels*

La formation des différents acteurs du soin à la souffrance du bébé est nécessaire, quel que soient leurs champs d'action.

Molenat explique, dans son rapport en vue de la circulaire du 4 Juillet 2005⁶⁶, que la formation monodisciplinaire est indispensable, mais insuffisante.

La communication interprofessionnelle est un élément important de formation mutuelle, d'où l'importance de l'implication du psychiatre qui travaille en maternité dans la formation des soignants avec qui il travaille.

Les formations à caractère interdisciplinaires centrées sur la clinique (un cas clinique) permettent de se représenter les rôles des différents professionnels, leurs spécificités, et où chaque intervenant peut élaborer en fonction de son propre rôle.

La circulaire relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité⁶⁶ insiste sur l'importance de la mise en place de formations afin d'acquiescer des règles de travail en commun autour de la grossesse entre les différents professionnels.

b) Méthode d'observation du bébé

Une professionnalisation des soins est nécessaire, s'appuyant sur l'observation, l'empathie et l'attention.

L'observation amène à éprouver, ressentir « avec ». C'est un outil pour « penser bébé », pour appréhender le style interactif de la triade¹⁵. Il s'agit d'attention conjointe⁷⁰, d'« être avec », dans un moment de partage émotionnel avec le bébé permettant de comprendre la réalité psychique et émotionnelle du bébé à travers ses comportements du bébé.

Pendant l'observation, l'observateur est le contenant des angoisses archaïques du bébé.

Selon Golse⁷¹, l'observation du bébé nécessite une attention à « double valence » : une attention au corps du bébé mais aussi une attention à notre propre corps, à nos ressentis qui nous renseignent sur l'état psychique du bébé.

(1) Observation du bébé selon la méthode Bick⁷²

Esther Bick, en 1948, a institué l'observation du bébé comme partie intégrante de la formation des psychothérapeutes d'enfants et des psychanalystes. Cette technique d'observation vise à comprendre ce que le comportement du bébé traduit en terme de réalité psychique et émotionnelle. Elle comporte trois temps : l'observation directe, la retranscription et la supervision de groupe, qui correspondent au temps successifs de l'activité de penser.

L'observateur se rend chaque semaine dans la famille durant la première année de vie, puis tous les quinze jours durant la deuxième année. L'observation dure une heure et a toujours lieu le même jour, au même moment. Pendant

l'observation directe, l'observateur prend place auprès du bébé, mais n'intervient d'aucune façon. Il porte une attention soutenue au bébé et ses parents et avec ses capacités identificatoires, il se prête à ressentir ce qui se joue entre le bébé et sa famille. La retranscription par écrit s'effectue dans un second temps, rapidement après l'observation, de ce qu'il a mémorisé des comportements du bébé, des interactions et des états émotionnels de chacun (observateur compris). La supervision s'effectue une fois par semaine, en groupe fermé, animé par un psychanalyste afin de réaliser une élaboration à partir d'un contenu clinique « brut ». C'est un temps où l'observateur peut travailler et développer sa capacité de continuité dans le processus d'attention.

(2) Observation du bébé en institution de l'école Loczy⁷³

En 1946, Emmi Pikler, pédiatre, s'est appuyée sur des observations précises du jeune enfant pour développer une approche médico-pédagogique originale. Après avoir travaillé avec des bébés dans des familles sans problèmes, elle a appliqué ses idées aux enfants élevés dans la pouponnière de Loczy (Budapest). Convaincue des grandes ressources du bébé, elle a créé un cadre de soins, où le bébé est reconnu comme acteur de son développement. La qualité des soins et la manipulation des bébés sont sous-tendues par des observations de trois types :

- des observations écrites quotidiennement par les auxiliaires permettant un meilleur ajustement des soins, qui alimentent les synthèses mensuelles et l'écriture d'un cahier de vie de l'enfant qui lui est destiné,
- un tableau de développement permettant de suivre l'évolution des postures,
- des observations à thèmes, de petits groupes d'enfants.

(3) Echelle de Brazelton²¹

T.B.Brazelton a la conviction que le bébé apportait une contribution majeure à son propre développement et que l'on pouvait d'emblée observer une désorganisation et une vulnérabilité chez certains nouveau-nés. Celle-ci pouvait contribuer à hypothéquer l'ajustement de l'interaction parent-enfant. On a commencé, alors, à admettre que le bébé apportait parfois une action significative à ce qui pouvait plus tard apparaître comme une dynamique pathologique. Les parents n'étaient plus seuls responsables de ces interactions difficiles.

Au départ, l'échelle d'évaluation du comportement néonatal avait été conçue comme instrument destiné à illustrer la contribution propre du nouveau-né aux interactions parent-enfant. A cette époque (1955), les compétences du bébé étaient encore ignorées.

A l'heure actuelle, l'échelle d'évaluation du comportement néonatal mise au point par T.B. Brazelton, pédiatre, est l'examen le plus complet des compétences du nouveau-né. Cet examen repose sur l'observation des états d'éveil (ainsi que leur organisation et leur régulation) dans lesquels se trouve le bébé, afin de pouvoir les respecter au mieux et être à l'initiative d'échanges qui n'outrepassent pas ses ressources personnelles, et sur la mise en évidence aux yeux des parents des compétences de leur bébé.

(4) Le bilan sensori-moteur de Bullinger¹⁹

André Bullinger, il y a une quinzaine d'années, a développé le bilan sensori-moteur, véritable rencontre avec l'enfant dans un dialogue physique explorant les postures, la régulation du tonus et la sensibilité aux flux sensoriels. Le Bilan Sensori-Moteur repose sur des mises en situations globales ou spécifiques afin d'explorer plusieurs domaines : l'organisation des systèmes sensori-moteurs, la régulation tonico-émotionnelle, l'organisation posturale, la motricité globale.

Bullinger définit l'équilibre sensori-moteur comme un état de l'organisme permettant à l'activité psychique d'être sensible aux signaux de l'environnement, sans pour autant entraîner une désorganisation. Pour maintenir cet équilibre le bébé dispose de plusieurs mécanismes de régulation : variation des états de vigilances, dialogue tonique.

Ce bilan se déroule en plusieurs temps : la préparation et la mise en œuvre de l'évaluation sensori-motrice (filmée), un entretien immédiat de restitution avec les parents, une étude rétrospective de la séance par les examinateurs

Le Bilan Sensori-Moteur aide à comprendre les processus du développement, les modes d'organisation et les potentialités d'un bébé.

C'est en se référant aux différentes méthodes d'observation que le psychiatre peut se faire une idée du vécu du bébé.

c) *L'empathie*

L'empathie nous permet de traduire des signes cliniques physiques observés chez le bébé, en signe de souffrance psychique.

(1) La préoccupation thérapeutique primaire

Afin de s'approcher du vécu des bébés, il faut retrouver un état voisin de la préoccupation maternelle primaire. L'observation du bébé est une rencontre entre deux psychismes, du fait de la disponibilité émotionnelle de l'adulte. Ceci est possible grâce à l'empathie. L'empathie se situe dans le domaine de l'émotionnel⁷¹.

C'est un terme emprunté à Freud. Freud l'évoque par « ce qu'il y a d'étranger à notre moi chez d'autre personne » et qui rend possible « une prise de position à l'égard d'une autre vie psychique ». Selon la définition du Dictionnaire de psychologie de Doron et Parot⁷⁴, l'empathie est une intuition de ce qui se passe dans l'autre sans oublier toutefois qu'on est soi-même car dans ce cas il s'agirait d'identification.

L'empathie désigne la capacité du thérapeute de sentir ce que ressent l'autre, de pénétrer à l'intérieur de lui, dans un mouvement de compréhension de ce qui s'y passe. C'est la base des processus d'identification. L'empathie permet de saisir l'autre dans une expérience qui reste étrangère⁷⁵.

Lebovici parle d'empathie métaphorisante⁷⁶ pour décrire la qualité de son contre transfert qui lui permet de s'identifier au bébé, de partager ses émotions et de reconstruire ensemble une narrativité.

Selon Cosnier⁷⁷, c'est « notre corps qui est instrument de la connaissance des affects d'autrui ».

(2) Le modèle neurocognitif dit « simulationniste » des « cognitions sociales »

Des systèmes « miroirs » neurocognitifs spécifiques sont mis en jeu dans la relation interindividuelle qui assurent l'activation commune chez soi et autrui de systèmes spécialisés dans la perception, la représentation et la production de l'action, de l'intention et de l'émotion. Ce sont ces systèmes qui sont à l'origine de l'empathie.

Le modèle neurocognitif⁷⁸ dit « simulationniste » des « cognitions sociales », ou modèle de l'empathie, propose que la connaissance d'autrui repose sur un processus qui assure un partage d'activité mentale, grâce à un mécanisme de reproduction ou de réplique de la vie mentale de l'un par celle de l'autre. Ce processus fondamental serait lui-même sous-jacent aux comportements d'imitation qui en sont seulement une expression.

Le système de représentation d'action est donc actif lorsque l'action est seulement représentée aussi bien que lorsqu'elle est préparée et exécutée, et surtout lorsque l'action est engagée par le sujet aussi bien que lorsqu'elle est perçue, exécutée par autrui. De même que se représenter l'action c'est agir, observer l'action c'est également agir.

C. MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE

1. Intervention en obstétrique

a) Particularités

L'intervention du psychiatre en maternité correspond au champ de la psychiatrie de liaison⁷⁹, c'est à dire l'intervention de soins psychiques dans un lieu dédié à la naissance et aux soins somatiques.

La collaboration entre psychiatres et somaticiens entraîne certaines difficultés :

- du fait de différences de temporalité : le rythme est différent entre des réalités de vie et mort relevant de l'urgence et des réalités psychiques,
- du fait de différences de langage,
- du fait de la nécessaire adaptation du psychiatre aux exigences des soins médicaux.

Pour palier à ces difficultés, il est important de clarifier⁶⁶ les modalités de collaboration médico-psychiatrique.

Le psychiatre doit adapter sa pratique à celle des professionnels du soin somatique en maternité. Il faut que l'intervention du psychiatre soit clairement définie et connue⁶⁷ par les soignants. Le langage utilisé par le psychiatre doit être compréhensible, et, ce dernier, doit avoir un minimum de connaissances obstétricales. Pour une meilleure collaboration entre psychiatres et somaticiens, il est important de restituer l'évaluation clinique et la démarche entreprise auprès du demandeur. Le psychiatre se doit d'une permanence hebdomadaire, régulière, afin de favoriser les échanges avec les autres professionnels. Il doit être disponible pour les équipes soignantes⁶⁶. Il est important qu'il accepte de travailler dans l'urgence, même si cela contredit sa pratique habituelle. De même, l'organisation d'un lien formalisé avec le secteur de psychiatrie adulte en cas d'urgence (nécessité d'hospitalisation de la mère)⁶⁷ doit être mis en place.

Afin de trouver sa place au sein de cette équipe somatique, le psychiatre doit participer à la vie du service (staff, relèves...).

Quel est le rôle du psychiatre en maternité ? Le dépistage précoce des facteurs de risques de certaines grossesses, la prévention des troubles psychiatriques chez les bébés et les parents, les soins psychiques, la mise en place de relais et de lien avec les équipes de secteurs, le soutien aux équipes soignantes, la formation du personnel⁶⁸.

b) Interventions en anténatal

La grossesse est un moment privilégié pour l'alliance thérapeutique, et les remaniements psychiques intenses en lien avec la grossesse sont propices à une intervention précoce. La grossesse favorise l'émergence d'une problématique en lien avec les identifications de la future mère à sa propre imago maternelle, la réactivation des conflits oedipiens et des angoisses archaïques⁸⁰. Cette transparence psychique⁸¹ permet le dévoilement des fantasmes et souvenirs ordinairement refoulés qui pèsent sur le bébé.

C'est donc de cette période si particulière qu'il faut profiter afin de créer un lien de qualité, de mettre en place des consultations pré natales, et d'établir un projet thérapeutique, avec les autres partenaires de soin.

Les interventions psychiatriques proposées relèvent d'un triple consentement⁸⁰ :

- Les soignants de première ligne (sage femme, gynécologue-obstétricien) dépistent les patientes susceptibles de pouvoir relever de soins psychiques pour elle-même ou pour le développement psycho affectif du futur bébé.
- Les patientes auxquelles ces consultations sont proposées doivent accepter cette consultation. Elle l'acceptent d'autant mieux que l'alliance avec le

soignant de première ligne est de qualité et que ce dernier a su écouter la patiente et être disponible pour elle avant de l'orienter vers une consultation spécialisée.

- Le psychiatre accepte de prendre en charge la patiente, reconnaissant qu'elle relève de son champ d'action.

Les objectifs de ces consultations prénatales sont multiples : la prévention précoce de la psychopathologie de l'enfant à naître, et la prévention des manifestations psychiatriques de la grossesse et du post-partum chez la mère.

La consultation prénatale est un temps opportun pour intervenir sur les processus de parentalisation et de transmission afin d'assouplir les projections maternelles en lien avec son histoire transgénérationnelle afin d'améliorer les interactions et le développement psychique du futur bébé⁸².

c) Interventions en post-partum immédiat

L'intervention en post-partum auprès des nouveau-nés et de leurs parents est le fait d'une équipe de périnatalité composée (si possible) d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un psychomotricien. Une difficulté pour le psychiatre est d'intervenir en dehors de son cadre habituel dans une variabilité de lieux de rencontre avec ses patients (dans la chambre, le couloir... avec le va et vient des soignants, se posant la question de l'intimité), dans une temporalité imprévisible (on ne peut prévoir le moment de l'accouchement).

La question d'une intervention systématique (auprès des dyades présentant des facteurs de risque) ou ciblée (à la demande des soignants de première ligne) se pose. C'est en équipe pluridisciplinaire qu'il faudra définir les modes d'intervention. Il faut souligner toute l'importance, alors, de la formation des professionnels à la reconnaissance des signes d'appel.

Après la naissance, le temps réglementaire des 3 jours en maternité est insuffisant pour une naissance psychique. Le raccourcissement du temps moyen d'hospitalisation des dyades réduit les chances de pouvoir rencontrer ces bébés vulnérables et les mères fragiles⁶⁴. Les psychiatres peuvent alors négocier avec les cadres, les obstétriciens et les pédiatres de prolonger le séjour en maternité.

Ces dyades que l'on veut pouvoir évaluer plus longtemps devraient pouvoir trouver leur place dans les unités « kangourou »⁸³. Ces unités ont été créées, dans les services de suites de couches, afin de permettre aux nouveau-nés nécessitant une surveillance et des soins spécialisés de ne pas être transférés et de pouvoir être maintenus dans la chambre de leur mère afin d'éviter les séparations.

Lors de la consultation avec la dyade, le psychiatre accorde une écoute attentive à la mère tout en observant le bébé avec empathie. L'observation permet une reconnaissance des signes de souffrance psychique du bébé, mais c'est aussi une manière d'apporter des soins à ce bébé⁷⁰. L'étayage et l'accompagnement qu'on propose à cette dyade sont essentiels. Ces consultations peuvent aussi être le lieu de conseil de portage, le peau à peau...

En fonction des signes cliniques du bébé, des soins de psychomotricité peuvent être mis en place précocement. Ces soins se constituent de⁸⁴ :

- prévention posturale par une installation adaptée qui se fait en collaboration avec l'équipe soignantes (puéricultrices, auxiliaire de puériculture)
- soins des troubles de l'organisation tonique,
- d'une approche corporelle du bébé par le toucher : le toucher contenant, pour calmer le bébé, le toucher sensoriel, de détente et de confort, et, le toucher sensorimoteur, manipulation passive du bébé.
- amélioration de son environnement (diminution des stimulations lumineuses, auditives, tactiles) en fonction de son tempérament et ses compétences.

Avant la fin de l'hospitalisation, il faut établir un projet de soins et prévoir l'orientation de la dyade (cf. plus bas).

On peut évoquer aussi l'importance de travailler avec la famille : père, grand parents, que l'on doit considérer comme des alliés du soin et du projet thérapeutique. Notre rôle est d'aider le père à trouver sa place de tiers. Il faut rencontrer les grands parents et aborder les dissensions pouvant faire obstacle à l'accès à la maternité, de différencier les positions générationnelles et de donner à chacun sa place qui lui est due. Ainsi, on favorise un étayage de qualité pour la maman.

d) Travail indirect du psychiatre

Il s'agit du travail de soutien aux équipes. C'est une qualité de présence suffisamment régulière et fiable, une disponibilité, qui permet d'assurer la sécurité

des soignants de première ligne. La fonction contenante de la présence psychologique suffit alors à assurer la qualité de présence des soignants⁶⁵.

2. Orientation

a) *Suivi post natal : Psychiatrie et pédopsychiatrie de secteur*

Le travail en réseau se fait pour le soin psychique avec la psychiatrie et la pédopsychiatrie de secteur.

L'intervention en maternité sur quelques jours est courte et nécessite, souvent, un prolongement des soins à domicile, pour assurer la continuité de la prise en charge et de la fonction contenante⁸⁵. Il est important de soutenir les liens mère-enfant souffrant de discontinuité⁸⁶.

Afin de poursuivre ses soins, on proposera, en fonction des besoins, des consultations postnatales, des prises en charge de groupe, ou/et une prise en charge à domicile.

La consultation thérapeutique mère-bébé vise à l'étude des interactions de la dyade, facilitée par l'étude de la transmission intergénérationnelle. Selon Lebovici, elle permet de donner aux bébés les moyens d'agir sur leurs propres parents⁸⁷, et de modifier les projections fantasmatiques des parents⁷⁵. Cela fait donc intervenir la notion de transfert du bébé sur le thérapeute. Selon Cramer et Palacio-Espasa⁸² Deux points importants sont à noter : la nature des projections parentales sur l'enfant et le concept de séquences interactives symptomatiques qui représentent la

conflictualité psychique des parents au niveau de l'enfant. Certaines de ces projections entravent le développement de l'enfant. La clarification par le thérapeute permet leur réintégration psychique par les parents et ainsi la disparition du symptôme de l'enfant qui perd alors son utilité psychodynamique. Cramer pense que le principal point d'impact de ces thérapies se joue au niveau des représentations maternelles. Lebovici⁸⁸, à l'inverse, pense que le bébé, lui même, est capable d'effectuer un transfert sur le thérapeute et par le remaniement de ses propres représentations d'agir comme thérapeute à l'égard de ses parents.

Parfois, **une prise en charge groupale** paraît adapté face à des patientes sans demandes, ayant des difficultés de verbalisation, pour lesquelles un accès à la psychothérapie classique semble impossible dans un premier temps. Cela permet une observation non intrusive des liens mère enfant. Le regard des soignants soutenant leur rôle de mère. Cela crée un cadre contenant pour le nourrisson et permet à la mère des mouvements régressifs préalables au travail d'élaboration. Le travail de groupe permet un mouvement de présence et d'absence de la mère et de l'enfant avec le groupe.

Il peut apparaître par la suite une demande de **thérapie individuelle**.

En fonction des troubles psychiatriques de la mère, le psychiatre peut être amené à proposer **une prise en charge médicamenteuse**.

Il est à noter qu'en fonction des signes de souffrance du bébé, il faut poursuivre des **soins de psychomotricité**, et ce, de façon intensive surtout dans les premiers mois (2 à 3 séances par semaine)

b) Les hospitalisations mère-bébé

Dans certaines indications (troubles psychotiques aigus de la puerpéralité, décompensation des mères présentant une schizophrénie ou un trouble bipolaire, trouble grave de la personnalité chez la mère, dépression du post-partum, troubles graves de la relation mère-enfant) on peut être amené à proposer une hospitalisation conjointe en unités mère-bébé⁵⁰.

Les unités mère-bébé sont des unités d'hospitalisations psychiatriques temps plein pour la mère et son bébé. Leur but est de favoriser l'établissement ou le rétablissement de la relation entre la mère et son bébé dans un lieu sécurisant. La mère accomplit son travail de « devenir mère », et, le bébé peut exister psychiquement et de se développer⁸⁹. L'hospitalisation permet de soigner la pathologie maternelle sans rompre le lien avec son enfant, et le cas échéant, de permettre un placement dans de bonnes conditions si l'enfant est en danger avec sa mère.

La thérapie institutionnelle nécessite un travail de réflexion concernant la façon d'appréhender la dyade. Un travail de réunion d'équipe permet de confronter les représentations et vécus de chacun vis-à-vis des membres de la dyade et de leurs interactions. Ce travail permet de garder une place de soignant soutenant mais non disqualifiant pour la mère et ce, sans délaisser le nourrisson⁹⁰. L'institution assure ainsi la continuité des soins. Sur un plan macroscopique, elle permet d'éviter la discontinuité lors des séparations avec le bébé. Cette continuité préservée avec la relation d'aide attentive envers ces mères est probablement un facteur protecteur

important de la séparation. Autant que possible, il faut éviter de couper les liens très précoces, et relancer le travail de la maternalité⁹¹ en aidant la mère à l'accomplir. Sur un plan microscopique, elle soigne la discontinuité dans les interactions mère-bébé, grâce à l'étayage institutionnel, aux thérapies mères-bébés (cf. consultation thérapeutique), aux soins apportés au bébé, à la thérapie individuelle de la mère. Les thérapies mère-bébé⁹² évitent de proposer un soin uniquement centré sur la maman qui les ferait fuir, par le sentiment d'être rejetée et désignée comme « malade » ; on soigne la relation, en soulageant la culpabilité maternelle.

Cette hospitalisation offre un cadre contenant pour les soins de maternage, un soutien des interactions et des soins pour la mère.

c) *Le Placement*

Les retraits de bébé à la naissance peuvent être vécus comme une violence faite à la mère et par identification faite à la maternité en tant qu'institution. Ce sont des situations qui entraînent fréquemment de conflits et de clivages dans les équipes. Il faut se rappeler que si le placement est un moyen de protéger l'enfant, il est également une source de souffrance pour la mère et l'enfant.

Le placement peut être, en effet, indispensable, mais il convient de faire en sorte qu'on puisse l'éviter. Nous savons que les interactions précoces sont structurantes pour l'enfant en devenir, qui construit des liens d'attachement, d'où l'impact des séparations précoces. Le placement est à la fois un moyen de protéger l'enfant mais aussi un lieu de souffrance. D'autre part, selon M. David¹⁵, le bébé a

tendance à réinstaurer quand il est séparé de sa mère des patterns interactifs déjà connus, d'où la difficulté de l'adulte à introduire un nouveau mode relationnel. Selon Lamour, cela témoignerait d'une tentative désespérée de rétablir, devant l'impossibilité de faire face à l'absence, une restitution de la mère perdue. C'est ce que M. David appelle la « Spirale transactionnelle néfaste »¹⁵. L'enfant rejoue avec sa famille d'accueil ses relations primitives⁹³.

La séparation protège l'enfant, c'est tout. Elle ne suffit pas à traiter ses difficultés.

D. DESORDRES INSTITUTIONNELS

1. La souffrance des soignants

Avoir à faire avec la souffrance des bébés c'est aussi renouer avec sa propre souffrance psychique de bébé⁹⁴. Il est souvent complexe de trouver la bonne distance avec le « petit » patient, entre trop grande distance et trop grande proximité.

Selon Lamour¹⁵, dans un premier temps les bébés en souffrance psychique font ressentir un malaise, et peuvent générer un sentiment d'incompétence chez le soignant⁹⁵.

La banalisation de la souffrance psychique du bébé, une certaine indifférence du personnel soignant face à ces situations peut donner l'impression d'un évitement de la relation. Selon Cosnier⁹⁶, il est question d'une « mise à distance, atténuatrice

d'une empathie d'affects, trop pénible à assurer » entraînant le développement d'une pensée opératoire. Les modalités défensives que les soignants mettent en place face à ces bébés sont à l'origine de leur difficulté de « penser bébé ».

La prise en charge de ces dyades requiert une grande disponibilité des soignants, notamment dans les situations de crise pour assurer la continuité et la fiabilité du cadre thérapeutique. Cependant le transfert négatif sur ces familles entraîne un risque de désinvestissement de la part des intervenants. La discontinuité du fonctionnement parental fait échec à la conception d'un projet thérapeutique.

Selon Lamour¹⁵, à la souffrance de l'enfant fait écho la souffrance des soignants, d'autant plus aiguë que l'enfant est en danger. Le climat émotionnel autour des dyades avec des dysfonctionnements interactifs est très chargé.

Les positions et les angoisses des soignants sont différentes selon qu'ils se situent du côté de l'enfant ou de celui des parents. Du côté des parents, ils sont touchés par cet adulte fragile, et veulent le rassurer. Ils ont alors tendance à minorer inconsciemment les dangers qui pèsent sur l'enfant, ils banalisent la souffrance, voire la dénie. Du côté de l'enfant, la discontinuité des soins, les carences multiples, les mauvais traitements subis, sont intolérables et font souhaiter une séparation immédiate de cette dyade. Ces différences de positionnement peuvent entraîner des tensions importantes entre les professionnels en fonction de leur identification. Nous avons tendance à sous-estimer l'impact désorganisateur¹⁵ de la psychopathologie familiale sur le fonctionnement individuel et institutionnel. Les attitudes et contre attitudes sont en partie induites par les mécanismes psychopathologiques de la relation mère-nourrisson.

2. La supervision

Ainsi, La souffrance psychique des patients peut gagner la pratique soignante faute d'outil pour élaborer ces mouvements institutionnels. Se donner les moyens d'accueillir ces mouvements se fait par une contenance institutionnelle⁹⁷.

Les suivis de la petite enfance, surtout en périnatalité, comportent des échanges émotionnels intenses avec de nombreuses projections. Il est indispensable de penser un espace médiatisé pour les soignants. La prise de distance et l'élaboration sont indispensables pour prendre conscience de contre attitudes induites par la situation.

Les équipes soignantes peuvent devenir vulnérables du fait de la lourdeur et le charge émotionnelle de certaines situations par groupe de parole. Il est important de mettre en place des groupes de soutien afin d'exprimer ces affects trop pénible.

Cette supervision peut se penser au travers des reprises de cas, régulières. Il faut choisir un cas ayant soulevé des difficultés particulières pour analyser les dysfonctionnement en réunissant le maximum d'acteurs concernés. Ces séances doivent être supervisés par un professionnel expérimenté⁶⁶. Cela ouvre un espace de rencontre qui permettent une communication plus subjective des difficultés⁶⁶. Ces séances permettent une construction de la représentation de l'enfant par un travail d'élaboration , et crée une contenance pour les soignants. Ce temps d'élaboration est important pour les soignants afin de mettre en mots les vécus émotionnels intenses, et assurer la cohésion de soins⁸⁰.

IV. PRESENTATION D'UN CAS SINGULIER : LUNA

A. CAS CLINIQUE

C'est au cours de mon stage d'internat en pédopsychiatrie à la maternité de Jeanne de Flandre, dans l'unité de périnatalité, que j'ai eu l'occasion de suivre cette dyade. Cette maternité a un nombre d'accouchements très élevés (5000 par an). Elle est dotée de nombreux dispositifs pour la prise en charge psycho-affective autour de la grossesse et de la naissance décrits dans la littérature. Mes propres observations ont été complétées par celles des équipes soignantes de la maternité, par celles de la psychomotricienne de l'unité, Agathe Bernard, et celles de Dr Vasseur, pédiatre au CAMPS (Centre d'Action Médico-Social Précoce) de Villeneuve d'Ascq.

Nous avons rencontré pour la première fois Luna et sa maman, Vanessa, à la maternité, en service de suites de couches, 2 jours après l'accouchement. Cette consultation avait été prévue à la suite du Staff médico-psycho-social (mars 2008) de l'hôpital Jeanne de Flandre afin d'évaluer les liens mère enfant et d'étayer la dyade. Cette situation avait été présentée au staff au vu du contexte entourant cette grossesse.

1. Le bébé

a) Anamnèse

Luna est née le 8 avril 2008, dans les suites d'un accouchement à terme, par voie basse, eutocique. Il s'agit d'une première grossesse pour sa mère, Vanessa, qui ne l'a pas désirée. Luna est un joli bébé, brun, chevelu et plutôt potelé. A la maternité, elle pleure beaucoup, a des difficultés de sommeil et présente dès son 3ème jour des troubles tonico-posturaux à type d'hyperextension postérieure. Cela met rapidement sa mère en difficulté ; elle dira au cours de la deuxième nuit à une auxiliaire de puériculture du service : « si elle n'arrête pas de pleurer je vais la jeter par la fenêtre ». Le séjour en maternité met en lumière de nombreux éléments préoccupants dans la relation mère –bébé.

A la sortie de la maternité, elles retournent au foyer mère-enfant de Lambersart. Au foyer, les éducateurs notent un défaut d'investissement, une brusquerie de la part de la maman. Devant l'intolérance de la maman face aux pleurs, la décision d'un accueil provisoire chez une assistante maternelle de nuit est prise le 21 mai (Luna a alors 6 semaines).

Le 30 mai, Luna est hospitalisée à l'hôpital Jeanne de Flandre, en néonatalogie, dans l'unité arc en ciel, pour suspicion de maltraitance. L'assistante maternelle qui avait la garde de Luna la nuit, l'a amené aux urgences pédiatriques suite à « d'un mauvais geste de sa mère » : dans un accès de colère, elle aurait

« claqué » l'enfant dans son lit. Quand nous la rencontrons à nouveau, les troubles de Luna se sont majorés (notamment, une hyperextension axiale majeure avec une hypotonie périphérique). Sa mère ne lui rend pas visite.

Un signalement à l'UTPAS (Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale), à la demande de la référente sociale de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) de Luna est effectué : une ordonnance de placement provisoire est prononcée le 4 juin ; Luna est placée chez une assistante maternelle. Des visites médiatisées avec sa mère sont mises en place. Les premières rencontres se déroulent mal, Luna refusant la présence de sa mère (état de désorganisation), obligeant l'assistante maternelle à participer aux rencontres pour apaiser le bébé. Par la suite, la sœur de Vanessa demande un droit d'hébergement pour le Week-end ; c'est dans ces circonstances que Luna fréquente sa mère avec l'étayage de sa tante.

b) Description des troubles

(1) Les signes de souffrance psychique chez Luna

Troubles à expression somatique

Très tôt, Luna présente des troubles du rythme veille-sommeil. Elle a beaucoup de difficultés à s'endormir, et ne fait que de très courtes siestes dans la journée.

Troubles tonico-moteurs

Luna présente des troubles de l'organisation tonique. Dès la maternité, on constate chez Luna une tendance à l'hyperextension axiale avec hypotonie périphérique, et une difficulté à investir le bas du corps qui persistera longtemps. Selon la psychomotricienne qui a suivi Luna, Agathe Bernard, on retrouve souvent de l'âge de 3 à 11 mois, un bébé allongé, les bras en croix. Ces troubles tonico-posturaux tirent bénéfice de l'enroulement actif. A 5 mois, la rotation du tronc n'est pas acquise (Observation du Dr. Vasseur). On note, également, chez Luna, un comportement d'agrippement visuel. Dans le domaine visuel, les agrippements ne permettent pas d'engager une activité d'exploration. Offrir un arrière fond, une contenance physique et psychique transforme la conduite, le regard peut alors s'engager dans une activité d'exploration et le corps retrouve sa mobilité.

Troubles de la régulation des états de vigilance

A la maternité, on observe une hypervigilance.

Lors des visites médiatisées programmées entre Luna et sa mère, après le placement, on constate une désorganisation totale de Luna (pleurs intenses dans les jours suivants, Luna ne fait plus ses nuits) qui impose de faire intervenir l'assistante maternelle pour apaiser le bébé lors des rencontres ultérieures.

Troubles de la sphère relationnelle

Luna présente des comportements de défense pathologiques (S. Fraiberg (86)). On note un évitement du regard : la mère ne remplissant pas son rôle de pare excitation, le bébé se protège d'une émotion pénible. L'image de sa mère est alors associée à une menace contre son fonctionnement. L'évitement est sélectif et discriminatoire.

(2) Les interactions mère-bébé

Interactions comportementales

Au niveau visuel, on retrouve à différents moments de la prise en charge, une mère qui regarde très peu sa fille et un bébé qui, en réponse, évite le regard de sa mère. Avec les autres intervenants, on constate que Luna a tendance à s'agripper au regard des soignants, dans un processus de rassemblement (cf. plus bas). Les regards mutuels sont rares.

Sur le plan comportemental, la relation est chaotique avec une alternance, sans transition, de corps à corps collés excitants et de lâchages déprivants⁷. Le bébé ne semble pas distingué du corps maternel, mais il est pourtant l'objet d'hyperstimulation. Le portage est défailant, donnant l'impression que Luna est toujours à la limite de tomber. Les troubles de tonus que présentent Luna rendent, probablement, le portage peu agréable. Il y a peu ou pas d'ajustement tonico-postural.

Sur le plan des interactions vocales, cette dyade alterne entre silence et chaos. On remarque que chez Luna il y a peu de babils. Par contre, c'est un bébé qui crie beaucoup, assez irritable. Vanessa, parle peu à son bébé, mais, quand elle ne contient plus son angoisse, elle est capable d'agressivité verbale dirigée envers lui.

Interactions affectives

Vanessa ne sait pas décoder les manifestations émotionnelles de son bébé. Il y a très peu d'accordage affectif : elle ne peut être attentive aux affects de sa fille et lui traduire. Il y a peu d'échanges mutuels entre elles.

Interactions fantasmatiques

Quel « enfant imaginé » a été Luna ? Un bébé issu d'une grossesse non désirée. Un bébé sans père. On peut penser que ce « bébé imaginaire » n'a pas pu être investi pendant la grossesse et a probablement généré du rejet. L'investissement narcissique de Vanessa envers Luna est défaillant, ambivalent. Certes, elle attend beaucoup de ce bébé d'un point de vue de la réparation, mais il est forcément très décevant. Le « bébé fantasmatique » porte le poids des relations douloureuses, carencées et abandonniques que Vanessa a entretenues avec ses parents, puisque Luna est perçue comme représentant externe de sa propre partie infantile.

Elle propose à son enfant des séquences d'interactions riches qui alternent avec le « rien », de façon totalement imprévisible dans des formes agies de fantasmes d'abandon. Elle entraîne chez l'enfant un vécu où alternent des moments d'engagement relationnel féconds et des périodes de vide affectif, vécus comme des abandons répétitifs. Vanessa a des difficultés à appréhender « l'enfant réel ». Les pleurs sont la plupart du temps considérés comme des caprices donc amènent à des « punitions » sans que la souffrance éventuelle de Luna ne puisse être envisagée (cf. les gestes brusques et le placement).

2. Vanessa D. et sa famille

a) *Biographie*

Vanessa est une jeune femme âgée de 19 ans au moment de son accouchement. Elle est sans emploi. Elle est issue d'une fratrie de deux filles dont elle est la benjamine. Elle n'a pas connu son père, dépendant à l'alcool, qui a quitté sa mère pendant la grossesse. Sa mère ne travaillait pas, et vivait dans des conditions financières précaires. Elle présentait, aussi, une problématique addictive majeure, entraînant pour Vanessa de nombreuses carences affectives, physiques et éducatives.

De son enfance, elle dira qu'elle a été « difficile et sans amour ». Elle avait l'impression que sa mère la méprisait. Sa mère lui répétait fréquemment qu'elle était responsable du départ de son père, pendant cette grossesse qu'elle ne désirait pas. Devant les difficultés de sa mère, Vanessa part à l'âge de 8 ans avec sa sœur vivre chez sa tante maternelle. Elle ne reverra sa mère que très peu avant qu'elle ne décède, deux ans plus tard, par accident après une chute dans les escaliers. Chez sa tante, elle bénéficie d'un peu plus d'attention et d'affection. Elle se décrit comme une enfant difficile et solitaire, souvent déçue par les autres. Sa scolarité est difficile : après l'école primaire, elle est orientée en SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté). Elle ne s'intéresse pas « aux études » et a du mal à trouver sa place. Elle arrête l'école à 16 ans sans aucune formation.

A l'âge de 16 ans, elle rencontre un jeune homme âgé de 5 ans de plus qu'elle, dont elle tombe éperdument amoureuse. Elle entame avec lui, également, une consommation régulière de cannabis. Cette relation ne dure que quelques mois, ce jeune homme la quittant brutalement, sans explication.

A 19 ans, elle découvre sa grossesse à 18 semaines d'aménorrhée. Elle explique qu'il s'agit d'une grossesse issue d'un viol. L'interruption de grossesse n'est

pas envisagée, la grossesse ayant été diagnostiquée après le délai légal. Elle reviendra par la suite sur cette notion de viol, sans autre explication (plusieurs mois après la naissance du bébé). Cette grossesse est peu investie et difficile, avec des manifestations somatiques importantes telles que nausées, vomissements, lombalgies. Vanessa est suivie alors par une sage-femme de PMI (Protection Maternelle et infantile). Sa tante ne souhaitant pas l'aider à assumer un bébé, elle va vivre au foyer d'accueil mère-enfant de Lambersart.

b) Pathologies

Vanessa est une jeune femme fragile, de structure de personnalité « limite », carencée tant sur le plan affectif, qu'éducatif.

Antécédents psychiatriques

A 17 ans, suite à la rupture brutale de sa relation amoureuse, elle fait une tentative de suicide par phlébotomie, comme un passage à l'acte impulsif dans un contexte de crise. Elle est prise en charge aux urgences, mais elle n'est pas hospitalisée et refuse le suivi psychiatrique conseillé.

En ce qui concerne les conduites addictives, elle débute une consommation de cannabis à l'âge de 16 ans, qui devient régulière, s'aggrave dans les moments difficiles et persiste pendant la grossesse. Elle ne consomme pas d'alcool.

Par contre, dans ses antécédents familiaux, on note un alcoolisme paternel et maternel.

Diagnostic de personnalité "limite"

Selon les critères du DSM IV⁹⁸, Vanessa réunit 6 des 9 critères nécessaires pour poser le diagnostic :

- perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par ex. dépenses excessives, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et plus rarement quelques jours)
- sentiment chronique de vide
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

Elle n'a jamais bénéficié de suivi psychiatrique.

3. Prise en charge et évolution

La situation de cette dyade avait été présentée au staff médico-psycho-social (mars 2008) de la maternité Jeanne de Flandre à Lille, au vu du contexte entourant cette grossesse : Vanessa étant une jeune femme fragile, de structure de personnalité limite, peu étayée sur le plan socio-familial, dans une précarité affective

et financière, qui n'a pas désirée cette grossesse. Il a été décidé une évaluation de la relation mère-bébé et de l'état psychique du bébé, ainsi qu'un étayage de la dyade par l'équipe de pédopsychiatrie.

Au cours des trois consultations en suites de couche, on constate immédiatement des difficultés dans la relation mère bébé : défaut de portage, incompréhension des pleurs, mauvais accordage affectif, défaut dans la fonction de pare excitation, projection d'agressivité sur Luna. Par ailleurs, Luna présente des troubles du tonus importants.

Vanessa est une maman très défensive, sur la réserve, qui se sent jugée par les équipes soignantes et qui refuse les conseils (notamment sur le portage). Devant cette situation préoccupante, nous proposons un accompagnement par une psychomotricienne et par l'équipe de pédopsychiatrie. La mère de Luna refuse cette prise en charge, renforçant nos inquiétudes que nous transmettons au pédiatre de la maternité. La pédiatre semble rassurée par l'accompagnement dont bénéficiera la dyade au foyer maternel.

L'équipe de pédopsychiatrie est à nouveau interpellée pour une évaluation lors de l'hospitalisation de Luna en néonatalogie. Débutent alors des soins de psychomotricité par Agathe Bernard, qui se poursuivent après le placement de Luna chez l'assistante maternelle. Elle bénéficiera alors de deux séances de psychomotricité par semaine. Dans les premiers temps de la prise en charge, Mme Bernard constate la persistance d'agrippement visuel et d'hyperextension. La poursuite visuelle et l'orientation auditive sont de mauvaise qualité. Cependant les compétences de Luna s'améliorent avec un enroulement passif, difficile pour le soignant tant l'hypertonie est importante. Elle s'organise, mais résiste à cette

organisation. Vers 5 mois, on constate que l'hypertonie a presque cédé, mais le regard reste toujours très agrippant. L'enroulement passif lui permet l'exploration d'objets, l'enroulement actif est quasi nul. Le tronc se mobilise facilement à partir du bassin en particulier dans le sens antéro postérieur et latéral ; seule la rotation n'est pas acquise, compensée par l'inclinaison latérale. Lors des séances, Luna se désorganise très vite, mais se calme rapidement dans les bras de l'assistante maternelle. Il y a une possibilité de communication avec quelques babils fugaces. Luna est très investie par l'assistante maternelle. Elle supporte toujours difficilement les visites médiatisées avec sa mère puis les week-ends chez sa tante.

La décision de placement est renouvelée.

Nous apprenons vers les 7 mois de Luna que sa maman est en couple et à nouveau enceinte.

B. ANALYSE DU CAS CLINIQUE

1. Les troubles

a) Les signes de souffrance psychique de Luna

Dans cette dyade, tous les modes sensoriels sont périlleux, de l'enveloppe sonore au toucher. Face à tous ces flux sensoriels, Luna ne bénéficie pas d'une enveloppe contenant externe de qualité, gênant l'intégration des expériences sensorielles dans une symbolisation corporelle.

Sur le plan de sa construction corporelle, Luna a beaucoup de difficultés à investir le bas du corps, étape d'intégration corporelle difficile à franchir, en raison de son attitude en hyperextension. Comment expliquer cette hyperextension ? Le premier schème que le nourrisson provoque est l'extension, qui correspond à la recherche d'un contact extérieur enveloppant (comme l'était l'utérus), et participe à la construction de l'arrière-fond, point d'appui pour les interactions entre le bébé et son environnement. Chez le nouveau-né, lors d'une variation brutale et non prévisible d'un flux sensoriel nous observons une extension de son buste. Les bébés s'arc-boutent lors des situations de nourrissage lors d'un excès de stimulation de la zone orale, signalant à la mère qu'une pause est nécessaire, mère qui dans un dialogue tonique répond par un appui-dos. Cependant, Vanessa n'offre pas à Luna de dialogue tonique, et le mode en hyperextension va dominer, désorganisant la posture. En effet, selon Bullinger, en cas d'hyperextension du buste, le passage d'une posture asymétrique (cf. § l'organisation tonique) à l'autre n'est pas possible et entraîne soit un effondrement tonique, soit une mise en tension excessive qui verrouille le buste²⁰. Cette hypertonicité du buste est dommageable car elle limite les rotations du buste, et les coordinations visuo-manuelles¹⁹. Lorsque la rotation du buste n'est pas acquise, la coordination des espaces droit et gauche persiste via l'espace oral et les deux espaces restent disjoints. L'attitude en hyperextension et l'agrippement visuel ne lui permettent pas de se créer un arrière fond sécurisant. Il n'y a alors pas d'équilibre flexion/extension et pas d'haubanage avant / arrière. Concrètement, cela signifie que, peu à peu, Luna ne peut se libérer des appuis extérieurs nécessaires pour lui permettre de se mouvoir volontairement. Or, la création de cet haubanage avant / arrière est indissociable du développement de la

vision. Chez Luna, la vision n'est pas libre pour une activité d'élaboration instrumentale d'exploration.

Dans le cas de cette dyade, l'objet maternant défaillant est intériorisé, et il ne permet pas au bébé de se créer une enveloppe de qualité.

Les discontinuités du fonctionnement maternel entraînent des conséquences sur les processus de régulation de la vigilance. Luna présente une hypervigilance, probablement en rapport avec l'imprévisibilité et la variabilité du fonctionnement de sa mère. Selon Stern⁹⁹, l'attention et l'intérêt augmentent quand le degré de divergence du stimulus avec un schème établi s'accroît. Le contrôle des états de vigilance, qui fait fonction de pare excitation interne chez le bébé, est utilisé ici à des fins défensives pour tenter de réguler l'interaction. Selon Lamour¹⁵, il existe une hypervigilance initiale, puis, quand le malaise s'accroît dans un contact trop prolongé avec la mère, il y a une chute immédiate dans le sommeil pour se protéger de trop de tension dans l'interaction.

b) Les interactions précoces

Les corps à corps de Vanessa et Luna contrastent avec la pauvreté des interactions visuelles, qui, selon M. Lamour, permettraient une distanciation. Mais Vanessa ne peut tolérer une distance car cela évoque, pour elle, le risque de rupture. La carence du regard maternel peut être à l'origine d'une impossibilité pour le bébé d'investir son propre corps. En effet, la question du regard est essentielle dans le développement des structures psychiques de l'enfant. G. Haag¹⁰⁰ insiste sur l'importance de l'interpénétration du regard dans la constitution du self. Elle décrit le regard du nourrisson comme effectuant une boucle se dirigeant d'abord vers la mère

pour se réfléchir sur son fond d'arrière plan avant de revenir vers lui : le regard vient expérimenter la contenance psychique maternelle, source d'une possible contenance psychique chez le bébé.

On peut penser que Vanessa ne peut avoir accès à « la préoccupation maternelle primaire »⁴¹ du fait de son manque d'empathie, de troubles de l'intersubjectivité et du peu d'étayage dont elle bénéficie⁵⁵. Ce défaut d'accès à l'intersubjectivité de la part de Vanessa entraîne des sentiments d'ambivalence, un déni des besoins de son bébé, un déni de la subjectivité du bébé. Vanessa souffre d'une carence de narcissisme primaire liée à l'abandon de son père, aux carences affectives chez sa mère puis à l'abandon de sa propre mère. Ce trouble narcissique dans les pathologies limites peut avoir pour conséquence l'absence de naissance psychologique du bébé réel, bloquant la voie vers l'objectalité à l'instar de la mère psychotique qui ne peut renoncer à son illusion de fusion avec l'enfant.

Anzieu⁹ a écrit : « le problème de la séparation mère enfant lors de la naissance peut, selon les circonstances, réactiver chez la mère des angoisses archaïques liées à la perte d'objet si le moi de la femme mère ne présente pas une structure narcissique suffisamment solide...le contact émotionnel de la femme avec un objet interne resté neuf mois imaginaire, subitement devenu externe et matériel remet en jeu une multiplicité de conflits libidinaux où les solutions ne sont pas établies sûrement et définitivement ».

La projection des imagos parentales sur le bébé peut entraîner une répétition transgénérationnelle de certaines situations psychopathologiques. Chez les mères carencées comme Vanessa on rencontre souvent un désir de grossesse réparatrice

sans réel désir d'enfant. A la naissance, l'enfant réel déçoit la mère, du fait du décalage avec l'enfant imaginaire, pouvant entraîner un rejet. Pour Vanessa, se pose la question du désir de grossesse, ayant dans un premier temps évoqué un viol, puis étant revenue sur ses dires. Les mères « état limite » ont très souvent vécu des expériences traumatiques précoces et des carences narcissiques. Il peut persister une sous-alimentation narcissique sur plusieurs générations qui retentit sur l'enfant comme une rivalité de sa mère envers lui : l'identification à sa propre mère maltraitante tend à projeter sur l'enfant des fantasmes agressifs. Cela peut expliquer la violence verbale et la brusquerie de Vanessa envers Luna. Vanessa n'a pas d'image parentale intériorisée sur laquelle se reposer afin de proposer à Luna un maternage de qualité. Le bébé porte, comme le nomme Lebovici, le mandat transgénérationnel.

Dans ce contexte, le bébé se construit à l'identique du fonctionnement maternel : une déficience grave au niveau du narcissisme primaire, une déficience de la constitution d'une enveloppe corporelle unifiée (s'en suivent des troubles tonico-posturaux, troubles du sommeil) ; une intégration somatopsychique et affective parcellaire dues aux discontinuités sensorielles, émotionnelles, l'absence de rythme et de prévisibilité ; une impossibilité d'établir une permanence de l'objet. Ces bébés construisent donc à leur tour des liens où prédominent l'insécurité, l'évitement voire le retrait.

c) *Discontinuité et transmission*

La caractéristique principale de la relation de cette dyade est la discontinuité, se traduisant à travers le corps de Luna par des troubles toniques, relationnels, somatiques et des troubles de la régulation des états de vigilance.

Selon Lamour¹⁵, la discontinuité des soins parentaux et la fréquence des situations de crise sont les caractéristiques principales des interactions précoces dans les familles carencées. M. Lamour décrit le fonctionnement des familles carencées, par l'existence de carences sanitaires, éducatives, sociales, et une absence d'organisation de la vie quotidienne. Les interactions entre Luna et sa mère sont dès le départ infiltrées du trouble de personnalité limite. La discontinuité dans ces dyades carencées s'observe à deux niveaux⁶ : au niveau microscopique, les discontinuités infiltrent les séquences interactives entravant la rencontre de la mère et du bébé, au niveau macroscopique, sous la forme d'hospitalisations et de placements, ou, dans la vie quotidienne, sous la forme d'abandons répétés, se succèdent des moments d'excitation avec interactions proches et des moments d'absence totale d'interaction. Ces éléments font obstacles à la construction d'invariants et à sa propre invariance. Luna vit dans le chaos tant dans les macro que les micro rythmes. Vanessa a un comportement imprévisible en fonction de ses émotions, sans s'adapter à celle de son bébé. Elle ne lui apporte pas de contextualisation. La priorité maternelle concerne ses propres besoins et non ceux du bébé. Elle n'assure pas la fonction alpha de détoxication (Stern). L'état d'insécurité est permanent, et le bébé ne peut maintenir une représentation de sa mère. La discontinuité entraîne une distorsion transitoire de la relation telle que le nourrisson ne peut pas se la représenter ou l'anticiper. L'absence psychique ou physique de la mère induit un afflux d'excitation, la protection du Moi face au pulsion

n'est plus assurée par l'objet maternel, réalisant un « empiètement traumatique », selon Winnicott, acte directement intrusif.

L'enfance de Vanessa a, elle aussi, été le lieu de discontinuités tant macroscopiques (abandons répétés, placement chez sa tante, décès de sa mère) que microscopiques (négligences, violences, carences affectives, micro ruptures interactionnelles du fait de l'alcoolisme maternel). Se posent alors les questions de transmission et de répétition. Les fantômes du passé terrifiants sont masochiquement investis¹⁰¹, se refusant à l'oubli, se maintiennent de façon clivée expliquant la fuite dans l'angoisse face au retour chaotique d'imagos parentales aliénantes et destructrices devant une évocation du passé, expliquant aussi le refus de faire des liens passés avec leur parents dans le lien actuel avec leur bébé. Ces mères limites⁵⁸ impose à leur bébé des états insupportables d'excitation qu'elles n'ont pu gérer elles même enfant. Elles ne jouent pas le rôle de pare excitation défini par S. Freud comme protection de l'appareil psychique de l'enfant par la mère.

Selon Jacobvitz et Kretchmar¹⁰³, une relation perturbée mère-grand-mère est associée à un manque de sensibilité de la mère aux besoins et signaux du bébé. Les stratégies de fonctionnements dyadiques se recréent à travers les générations. Un sentiment de rejet peut se perpétuer, surtout s'il n'y a pas d'acceptation des souvenirs par la mère.

S. Fraiberg¹⁰⁴ dans son ouvrage « Ghost in Nursery » a présente les liens entre des parents au passé de carences affectives ou de négligences et les retards de développement de l'enfant ou des troubles fonctionnels de l'enfant. Son hypothèse est que certains parents répètent ce qui leur est arrivé dans le cadre d'une transmission intergénérationnelle.

Pour ce qui est de la répétition, on ne peut pas ne pas remarquer la similitude des grossesses de Vanessa et de sa mère. Comme sa mère, Vanessa conduit une grossesse non désirée et sans père.

On peut évoquer également la transmission intergénérationnelle du mode d'attachement (mary main), sur le mode insécuré. Toutefois, selon les travaux de Pierrehumbert, on peut penser la possibilité de s'écarter de ce schéma, en fonction de l'évolution chez l'assistante maternelle où Luna bénéficie d'un maternage de qualité. Par ailleurs, on peut regretter qu'il n'y ait pu avoir des soins psychiques plus précoces, tel qu'un accompagnement par des équipes de psychiatrie et de pédopsychiatrie dès la grossesse, tel qu'un étayage plus sécurisant autour de la dyade, et encore par des soins de psychomotricité dès la sortie de suites de couches. Pour ce qui est de la rupture du cycle transgénérationnel, selon Fonagy, la fonction réflexive est importante¹⁰⁵ (capacité qu'a un individu de percevoir et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux). En effet, la mère ayant subi une déprivation importante durant l'enfance, elle ne peut avoir un attachement sécurisé avec son enfant que si elle possède une bonne capacité réflexive.

On peut se demander dans quelle mesure les multiples abandons vécus par Vanessa dans son enfance, influencent ses interactions avec sa fille, notamment son refus d'aide entraînant finalement un placement inévitable. Le placement était-il la seule façon pour Vanessa de demander de l'aide ?

V. DISCUSSION

La prise en charge proposée à cette dyade ne peut être satisfaisante, notamment en raison de l'absence d'alliance thérapeutique et la mise en échec du projet thérapeutique par Vanessa. Vanessa est une jeune femme très fragile, sur la défensive et méfiante. Elle assimile toutes les institutions hôpital, Protection Maternelle et Infantile comme un danger, le risque étant qu'on puisse lui retirer son enfant. Aucun lien de confiance n'a pu être établi. Mais, selon M. Lamour¹⁵, il faut reprendre l'histoire familiale des relations famille-intervenants pour comprendre leur réaction du présent et pour représenter aux parents la fonction des institutions et des intervenants qui ne correspondent pas à ce qu'ils se représentent. En effet, par le passé, Vanessa a été prise en charge par les services sociaux et sont ceux, pour elle, qui sont responsables de son éloignement d'avec sa mère.

Il aurait été « idéal » de pouvoir débiter une prise en charge pendant la grossesse, comme je l'ai décrit plus haut au sujet des consultations prénatales. Toutefois, Vanessa n'entretenait pas de relation d'assez bonne qualité avec les soignants de première ligne, pour accepter ce projet.

Par ailleurs, dans cette prise en charge, un autre élément est marquant : la banalisation de la souffrance du bébé. Lors du séjour en maternité, les plus proches soignants (puéricultrices et pédiatre) n'ont pu que constater l'inadéquation des relations entre Luna et sa mère, la souffrance de Luna, et les défaillances de sa mère. Pourtant, il n'a pas été possible de « Penser ». L'institution n'a pas protégé ce

bébé, préférant en transférer la responsabilité à une autre institution (le foyer mère-enfant), comme si il était plus facile de ne pas contenir ce trop-plein d'angoisse.

Comme nous l'avons évoqué plus tôt, la prise en charge de ces dyades peut être difficile et source de souffrance pour les soignants. Les suivis de la petite enfance, surtout en périnatalité, comportent des échanges émotionnels intenses avec de nombreuses projections. Il est indispensable de penser un espace médiatisé pour les soignants. La prise de distance et l'élaboration sont indispensables pour prendre conscience de contre attitudes induites par la situation.

Peut être, aurions nous du organiser une réunion de synthèse, interdisciplinaire, pour réfléchir et élaborer, ensemble, autour de ce cas.

Dans le cas de cette dyade, le placement et donc la séparation mère-bébé a été, à un moment donné, jugé comme indispensable au vue des risques qu'encouraient Luna, et ce, peut-être, après n'avoir pu offrir que trop peu à cette dyade : trop peu d'étayage, trop peu de soins, trop peu d'empathie... Dans une étude de Poinso et Glangeaud¹⁰⁶ sur les hospitalisations mère bébé en psychiatrie, les auteurs retrouvent 26% des mères avec troubles de la personnalité séparées de leur enfant par un placement à la fin du temps d'hospitalisation. Le placement peut être, en effet, indispensable, mais il convient de faire en sorte qu'on puisse l'éviter.

Afin d'éviter les séparations, il est important d'évaluer précocement les dysfonctionnements interactifs pour proposer un ajustement de la distance relationnelle⁷ luttant contre les mouvements d'intolérance mutuelle (hôpital de jour, placement la journée ou la nuit chez une assistante maternelle, groupes mères-enfants, accueil en crèches...). En cas de placement, il faut garder le souci de l'environnement stable (éviter les changements itératifs de foyer ou de famille

d'accueil), créer une continuité, maintenir une inscription symbolique des événements, traiter les liens avec les différentes personnes gravitant autour de l'enfant. Pour ce faire, M. Lamour conseille de réaliser un holding de la famille d'accueil, des consultations pour l'enfant et ses deux familles, des médiations thérapeutiques, un accompagnement de l'enfant sur ses différents lieux de vie¹⁰⁷.

Lors de l'évaluation de cette dyade à la maternité, au vu de ses difficultés, une hospitalisation conjointe aurait pu être réfléchie.

Pour ce qui est de la prise en charge de la dyade sur le plan psychothérapeutique, il aurait été difficile de mettre en place une consultation thérapeutique en raison de l'importance des troubles de Vanessa.

Pour ce qui est de la prise en charge de la pathologie maternelle, la renarcissisation¹⁰⁸ de la patiente est un préalable à l'interprétation et la psychothérapie qui suppose un désir de changement, qui ne peut être permis que par une envie de vivre pour soi, un désir d'existence à faire naître chez la patiente en comblant ce vide narcissique. En racontant son histoire, se crée peu à peu une identité narrative, permettent la reconstruction identitaire et narcissique de la patiente. L'évolution de cette identité narrative fait évoluer le sujet d'une position victimaire passive, à une position positive avec une narration active et souple. Cette évolution est subjectivante, et fait abandonner le positionnement en objet retrouvé chez les patients état limite. L'investissement qu'elle fait de son bébé favorise l'alliance thérapeutique et s'il persiste, lui permet de développer une curiosité pour sa propre histoire¹⁰⁹. Malheureusement, Vanessa était déjà réfractaire à l'intérêt qu'on lui portait, très loin de la démarche de soins...

Comme nous l'avons évoqué plus tôt, la prise en charge de ces dyades peut être difficile et source de souffrance pour les soignants. Les suivis de la petite enfance, surtout en périnatalité, comportent des échanges émotionnels intenses avec de nombreuses projections. Il est indispensable de penser un espace médiatisé pour les soignants. La prise de distance et l'élaboration sont indispensables pour prendre conscience de contre attitudes induites par la situation

Au total, on peut constater, que pour les différentes raisons énoncées plus tôt, Luna a bénéficié de trop peu de soins, et trop tardifs. La relation mère-bébé n'a pu être l'objet d'un étayage et d'une thérapie adaptés. Luna a été placée.

Peut-être, pouvons nous penser, au vu de la pathologie de Vanessa, de son histoire, de son environnement affectif et de son niveau intellectuel (scolarité en GEGPA), que même si nous avons pu proposer une meilleure prise en charge, le placement aurait été inévitable (notamment en raison du refus de Vanessa de travailler avec les différents acteurs du réseau de périnatalité).

VI. CONCLUSION

J'ai découvert le « bébé » à la maternité Jeanne de Flandre au cours d'un stage d'interne en pédopsychiatrie en service de suite de couches. Je pensais m'occuper des mamans, du baby-blues et des psychoses puerpérales et j'ai découvert le petit accompagnant de ces femmes : leur bébé. j'ai appris à le connaître, l'observer, le soigner. Et de façon concomitante, j'ai découvert sa souffrance, et le bouleversement personnel, professionnel et institutionnel qu'elle entraîne.

Le développement des soins en psychiatrie périnatale a été très important dans ces trente dernières années. Ont émergé, dans un premier temps les théories, puis, les premières équipes de soins psychiques centrées sur le bébé, et enfin, devant l'importance de la périnatalité, l'élaboration d'un système de soins organisés.

Toutefois, cette illustration clinique souligne que, malgré les dispositifs mis en place dans un établissement comme le CHRU de Lille, où le développement des soins psychiques autour de la naissance et de la grossesse est particulièrement important, les prises en charge de certaines situations cliniques peuvent être rapidement mises en échec. Il est intéressant, alors, de continuer sans cesse la réflexion sur nos pratiques.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Golse B. Bénony C. Psychopathologie du bébé. Paris : Armand colin, 2007.
2. Plan gouvernemental « périnatalité » 2005-2007, 10 novembre 2004.
3. Gall O. Voies anatomiques et physiologie de la nociception chez le nouveau-né et l'enfant. In : Ecoffey C, Murat I. La douleur chez l'enfant. Paris : Flammarion, 1993.
4. Golse B. Le bébé en interaction : d'une souffrance à l'autre. In : Delion P. La souffrance psychique du bébé. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2002.
5. Golse B. Du corps à la pensée. Paris : Presses Universitaires de France, 1999.
6. Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris : Presses universitaires de France, 1989.
7. Haag G. La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1985 ; 33 : 107-114.
8. Bick E. The experience of the skin in early object relations. *International journal of psychoanalysis*. 1964 ; 49 : 484-486.
9. Anzieu D. Le moi peau. Paris : Dunod, 1985.
10. Freud S. Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris : Gallimard 1987.
11. Winnicott D.W. Jeu et Réalité. Paris : Gallimard, 1975.

12. Lebovici S. La relation objectale chez l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*. 1960 ; 3 : 147-226.
13. Bion WR. Aux sources de l'expérience. Paris : Presses universitaires de France, 1979.
14. Stern D. L'enveloppe prénarrative. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 1993 ; 14 : 13-66.
15. Lamour M, Barraco M. Souffrance autour du berceau. Montréal : Gaëtan Morin, 1998.
16. Mazet P, Stoléru S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Paris : Masson, 1988.
17. Breil F, et al. Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique. *Devenir*. 2010 ; 22 : 133-162.
18. Kreisler L. Désordres psychosomatiques du nourrisson: les troubles du sommeil. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 3. Paris : Presses Universitaires de France, 1985.
19. Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Ramonville-Saint-Agne : Eres, 2005.
20. Bullinger A. La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*. 1998 ; 51 : 27-35.
21. Brazelton TB, Nugent JK. Echelle de Brazelton. Paris : Médecine et Hygiène, 2001.
22. Soubieux MJ, Soulé M. La psychiatrie foetale. Paris : Presses Universitaires de France, 2005.

23. Diquelou JY. Facteurs de risque de mauvais traitement à enfant pendant la période périnatale. *Journal de gynécologie obstétricale et de biologie de la reproduction*. 1996 ; 25 : 809-818.
24. Soubieux MJ. Impact psychologique du diagnostic anténatal de nuque épaisse sur le vécu de la grossesse et les relations précoces parents-enfants. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005 ; 34 : 103-109.
25. Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation fœtale. *Devenir*. 2001 ; 13 : 77-94.
26. Vucinovic M, et al. Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten-year experience. *Yonsei Medical Journal*. 2008 ; 49 : 705-771.
27. Blazy M, Mignot C. Conséquences de la dépendance à l'héroïne chez la mère, le fœtus et le nouveau-né. In : Lejeune C, Pons JC, Henrion R. *Toxicomanie et grossesse. Troisième Journée Parisienne Obstétrico-pédiatrique*. Paris : Doin, 1995.
28. Bongain A, Ejnes L, Durand-Reville M, Gillet JY. Toxicomanie et grossesse. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Gynécologie Obstétrique*. Paris : Elsevier, 2000.
29. Aubert JP, Lejeune C. Grossesse et consommation de drogues: comment contrôler les risques ? *La Revue du Praticien*. 2000 ; 14 : 121-123.
30. Lejeune C, et al. Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. *Archives de pédiatrie*. 1997 ; 4 : 263-270.
31. Dayan J, Yoshida K. Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post partum. *Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2007 ; 36 : 530-548.

32. Misri S, et al. Internalizing behaviors in 4-year-old children exposed in utero to psychotropic medications. *American Journal of Psychiatry*. 2006 ; 163 : 1026-1032.
33. Sirol F. La haine de la femme enceinte pour son fœtus. *Devenir*. 1999 ; 11 : 25-34.
34. Tabet C, et al. Maltraitance à fœtus : comment comprendre pour prévenir. *Devenir*. 2009 ; 21 : 205-244.
35. Rosenberg B. Le moi et son angoisse, Monographie de la revue Française de Psychanalyse. Paris : Presses Universitaires de France, 1997.
36. Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. Paris : Presses Universitaires de France, 1993.
37. Klein M. Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. In : *Développements de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France, 1966.
38. Winnicott DW. La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 1975 ; 11 : 35-44.
39. Bick E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. In : *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Paris : Editions du Hublot, 1998.
40. Lebovici S, Mazet P, Visier JP. L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Paris : Eshel, 1989.
41. Winnicott D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969.
42. Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson, 1974.

43. Lebovici S. Les interactions fantasmatiques. *Revue de médecine psychosomatique*. 1994 ; 37/38 : 39-50.
44. Kreisler L., Cramer B. Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. Dans : Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Presses Universitaires de France, 1981 : 649-679.
45. Lebovici S, Stoléru S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste, les interactions précoces. Paris : Bayard, 1983.
46. Hubin-Gayte M. Le tempérament du nourrisson : un concept à redécouvrir ou à réinventer. *Devenir*. 2006 ; 18 : 221-243.
47. Tourrette C. D'un bébé à l'autre : Les différences individuelles au début du développement. Paris : Presses Universitaires de France, 1991.
48. Murray L. Le rôle des facteurs liés au nourrisson dans la dépression maternelle. *Devenir*. 1998 ; 10 : 68-77.
49. Champion A, et al. Evaluation de la prise en charge de la prématurité modérée en maternité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2004 ; 33 : 76-77.
50. Dayan J, Andro G, Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson, 1999.
51. O'Hara M, Swan A. Rates and risks of postnatal depression metanalysis. *International review of psychiatry*. 1996 ; 8 : 37-54
52. Gandillot S, Wendland J, Wolff M, Moisselin P. Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimés avec leur bébé. *Devenir*. 2012 ; 24 : 141-169.

53. Guedeney N. A propos des mères déprimées : l'impact de la dépression sur les interactions précoces. *Annales de pédiatrie*. 2001 ; 44 : 211-231.
54. De Parseval C. De Ferenczi à Winnicott : le « nourrisson savant » et le faux self. *Le Coq-héron*. 2007 ; 189 : 122-141.
55. Delion P. *La consultation avec l'enfant*. Paris : Masson, 2010.
56. Guedeney A. La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenant. *Neuropsychiatre de l'enfance et de l'adolescence*. 2005 ; 53 : 32-35.
57. Picco M, Carel A. Evitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce. *La psychiatrie de l'enfant*. 2002 ; 45 : 171-205.
58. Guedeney A, Charron j, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB). *La Psychiatrie de l'enfant*. 2001 ; 64 : 211-231.
59. Kreisler L. La Dépression du bébé. Dans : Lebovici S, Weil-Harpen F. *Psychopathologie du bébé*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.
60. Bowlby J. *Attachement et perte*. (3vol.). Paris : Presses universitaires de France, 1978-1984.
61. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Hillsdale : Erlbaum, 1978.
62. Golse B, Durand B. Révision CFTMEA : Propositions pour le bébé (0 à 3 ans, axe I bébé compléments de l'axe I général). *Annales médico-psychologiques*. 2002 ; 160 : 220-223.

63. Guedeney N, et al. À propos des systèmes de classification en psychiatrie du très jeune enfant : utilisation de la classification diagnostique zero to three. *La psychiatrie de l'enfant*. 2002 ; 45 : 483-531.
64. Dugnat M, Douzon M. Quelques questions sur les différentes figures des réseaux en périnatalité. *Spirale*. 2007 ; 41 : 97-105.
65. Missonier S. Entretien avec ...Françoise Molenat. *Le carnet PSY*. 2006 ; 107 : 31-37.
66. Circulaire DHOS/DGS/02/6C n°2005-300 du 4 Juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité (circulaire dite « Molenat »).
67. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.
68. Duvergner P, Chocard AS, Malka J, Ninus A. *Psychopathologie en service de pédiatrie*. Paris : Masson, 2011.
69. Fericelli F. Grossesse, naissance et transmission : la place d'un pédopsychiatre en maternité. *Psychothérapies*. 2008 ; 28 : 235-244.
70. Le Nestour A. L'observation, un levier thérapeutique. in : Debourg A, et al. *Dans mon berceau ...il y a des cactus*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2006.
71. Golse B. Du bébé observé au bébé soigné : la place de l'empathie. *La psychiatrie de l'enfant*. 2008 ; 51 : 325-337.
72. Bick E. Remarques sur l'observation de bébés dans la formation des analystes. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 1992 ; 12 : 14-35.

73. David M., Appel G. *Loczy et le maternage insolite*. Paris : Editions du Scarabée, 1973.
74. Doron R., Parot F. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Presses universitaires de France, 1991.
75. Coblence F. *Serge Lebovici*. Paris : Presses universitaires de France, 1996.
76. Lebovici S. Empathie et « enactment » dans le travail de contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*. 1995 ; 58 : 1553-1563.
77. Cosnier J. *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : Retz, 1994.
78. Georgieff N. L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *La psychiatrie de l'enfant*. 2008 ; 51 : 357-393.
79. Guedeney A, Allilaire JF. *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris : Masson, 2001.
80. Fericelli F. Enjeux pédopsychiatriques anténataux en maternité : prévention et soins précoces. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009 ; 57 : 419-428.
81. Bydlowski M. *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : Presses Universitaires de France, 1997.
82. Cramer B, Palacio-Espasa F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. Paris : Presses Universitaires de France, 1993.
83. Vial M. organisation d'une unité « kangourous ». in : Papiernick E, Cabrol D, Pons JC. *Obstétrique*. Paris : Flammarion, 1995.

84. Pupier A. Psychomotricité à l'aube de la vie. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, 2010.
85. Debourg A, et al. Dans mon berceau ...il y a des cactus. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2006.
86. Boucart-Plumet P, Chaveneau I. Tintinnabule : hôpital de jour mère-enfant ; du groupe au suivi individuel, de l'attachement à la séparation. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2005 ; 53 : 86-90.
87. Lemaitre V. La consultation thérapeutique auprès d'un bébé: de l'observation à la métaphore. Devenir. 2002 ; 22, 101-119.
88. Lebovici S. La pratique des psychothérapies mères-bébés, par B. Cramer et F. Palacio-Espasa. Psychiatrie de l'enfant. 1994 ; 37 : 415-427.
89. Sutter AL, Bourgeois M. Unité mère-enfant en psychiatrie périnatale. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Psychiatrie. Paris : Elsevier, 1988.
90. Martin T, Dayan J, Dutordoit A. Les unités d'hospitalisation conjointe mère bébé en psychiatrie, état des lieux en France. Annales Médico-psychologiques. 2003 ; 161 : 504-509.
91. Racamier PC. A propos des psychoses sur la maternité. in : Soulé M. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. Paris : ESF, 1978.
92. Le Nestour A. Une intimité à créer : psychothérapie d'une parentalité limitée dans la période périnatale. Psychiatrie de l'enfant. 2004 ; 47 : 457-489.
93. David M. Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel. Perspective Psychiatrique. 1987 ; 26 : 7-22.
94. Sandri R. Le cri du bébé. Spirale. 2008 ; 45 : 33-45.

95. Lamour M, Barraco M. Les représentations du bébé en souffrance chez les soignants : penser l'impensable. *Devenir*. 1997 ; 9 : 33-58.
96. Cosnier J. *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : édition Retz, 1994.
97. Reichman E. les relations pluridisciplinaires à l'épreuve des cliniques périnatales : l'inter et la transdisciplinaire. *Spirale*. 2012 ; 61 : 131-137.
98. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Paris : Masson, 2003.
99. Stern D. La représentation des patterns de relation. Etude en fonction du développement. in : Sameroff A., Emde R. *Les troubles des relations précoces*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.
100. Haag G. Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de vie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1988 ; 36 : 1-8.
101. Le Nestour A. Une intimité à créer : psychothérapie d'une parentalité limitée dans la période périnatale. *Psychiatrie de l'enfant*. 2004 ; 47 : 457-489.
102. Le Nestour A. et al. Parentalités limitées et prises en charge thérapeutiques. *Psychiatrie de l'enfant*. 2007 ; 50 : 125-177.
103. Jacobvitz D.B., Kretchmar M.D. Observing mother-child relationship across generations : boundary patterns, attachment, and the transmission of caregiving. *Family process*. 2002 ; 41 : 351-374.
104. Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V. Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*. 1983 ; 26 : 57-98.

105. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *Journal of American psychoanalytic association*. 2000 ; 48 : 1129-1146.
106. Poinso F., Gay M.P., Glangeaud-Freudenthal N., Rufo M. Care in a Mother-Baby Psychiatric Unit: analysis of Separation at Discharge. *Archives of Women's Mental Health*. 2002 ; 5 : 49-58.
107. Lamour M. Les nourrissons de parents psychotiques. In : Lebovici S., Weil-Halpern F. *Psychopathologie du bébé*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.
108. Bourgeois D. *Comprendre et soigner les états limites*. Paris : Dunod, 2005.
109. Lemaître V. Personnalité limite : quel accompagnement de la mère et du bébé ? *Confrontations psychiatriques*. 2009 ; 50 : 102-121.