

## Fonctions et interactions des psychologues et psychiatres à l'unité médicosychosociale en périnatalité (UMPSP) au CHU d'Angers

### Functions and interactions of psychologists and psychiatrists at the UMPSP of Angers' University Hospital (France)

P. Duverger · K. Nardin-Godet

Reçu le 1<sup>er</sup> décembre 2010 ; accepté le 27 janvier 2011  
© Springer-Verlag France 2011

**Résumé** Dans cet article, nous présentons les fonctions et les interactions des psychologues et des psychiatres intervenant dans une unité fonctionnelle médicosychosociale en périnatalité (UMPSP), au sein de la maternité du CHU d'Angers. Nous déclinons les actions cliniques d'évaluation, d'accompagnement et de soins auprès des patientes, des couples et des bébés, mais également auprès des équipes, à travers le partage de la réflexion, le décodage des situations, l'élaboration de projets et le soutien de la dimension psychique. Dépistage précoce, prévention et enjeux de la parentalité sont abordés. *Pour citer cette revue : Rev. Méd. Périnat. 3 (2011).*

**Mots clés** Périnatalité · Parentalité · Vulnérabilité · Psychopathologie · Pédopsychiatrie de liaison

**Abstract** In this article, we discuss the roles of psychologists and psychiatrists and their interactions in a medico-psychosocial unit, specialising in perinatal care, within the obstetric unit of the Angers University Hospital Centre. We describe the processes of clinical assessment, support and care for patients, couples and babies. We also work with the professional teams by sharing ideas, interpreting situations, planning projects and by offering psychological support. We tackle early diagnosis, prevention and the issues involved in parenting skills. *To cite this journal: Rev. Méd. Périnat. 3 (2011).*

**Keywords** Perinatality · Parental aptitudes · Vulnerability · Psychopathology · Consultation-liaison child psychiatry

On constate aujourd'hui une augmentation importante de situations de grande précarité, tant sociale que psychique, de certaines femmes et de couples [1,2]. Dans ce contexte, toute maternité ne peut se passer d'une réflexion quant à l'accueil et à la prise en charge de ces situations à risques. Un dispositif a ainsi été créé, en 2006, à la maternité du CHU d'Angers, dans l'unité médicosychosociale en périnatalité (UMPSP), avec l'idée de mieux penser l'accompagnement de ces femmes et de ces couples fragiles. Cette unité fonctionnelle a été décrite dans un précédent article [2]. Psychiatres et psychologues ont légitimement été associés à cette réflexion, comme le préconisent les derniers textes officiels.

Parmi les divers objectifs de l'équipe de l'UMPSP, il en est un particulièrement important : celui d'avoir connaissance, le plus tôt possible durant la grossesse, des situations complexes d'un point de vue psychologique et/ou psychiatrique. Cela permet en effet d'améliorer l'accueil des patientes et des couples vulnérables et d'adapter au mieux leurs parcours de soins. La prise en charge à la maternité du CHU s'avère ainsi de bien meilleure qualité puisque les patientes sont attendues et que des projets de prise en charge et d'orientation sont pensés. L'idée essentielle est donc d'anticiper la venue de ces patientes et de créer des liens, entre professionnels, autour de la naissance.

Ce travail de liaison repose sur l'organisation de rencontres pluridisciplinaires régulières où psychologues et psychiatres ont toute leur place [3,4]. Il ne s'agit pas d'une « cellule d'experts » de la parentalité, mais d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels soucieux d'améliorer l'accompagnement médical, psychologique et social de femmes et de couples en situation difficile au moment de l'arrivée d'un bébé [5,6]. La prévention est donc au centre du dispositif.

---

P. Duverger (✉)  
Pôle Enfant, CHU d'Angers,  
4, rue de Larrey, F-49933 Angers, France  
e-mail : phduverger@chu.angers.fr

K. Nardin-Godet  
Service de gynécologie-obstétrique, CHU d'Angers,  
4, rue de Larrey, F-49933 Angers, France

Dans cet article, nous témoignons de notre expérience au sein de cette unité, UMPSP. En tant que psychologues et psychiatres, nous présentons nos places, nos fonctions et les interactions qui se jouent au sein de ce dispositif UMPSP. Nous déclinons nos actions cliniques d'évaluation, d'accompagnement et de soins auprès des patientes, des couples et des bébés, mais également auprès des équipes à travers le partage de la réflexion, le décodage des situations, l'élaboration de projets et le soutien de la dimension psychique. Dans ce travail complexe, les questions éthiques sont nombreuses, particulièrement dans ce qui touche au respect de la confidentialité et à la singularité de chaque situation.

### **Auprès des patientes, des couples et des bébés**

Comme cela a été présenté dans un article précédent [2], plus d'un tiers des patientes accueillies dans le cadre de l'UMPSP présentent des troubles psychiatriques authentifiés, et près de 70 % nécessitent l'intervention du psychologue ou du psychiatre, pour des difficultés psychologiques associées ou non à une précarité sociale. De fait, la place du psychiatre et du psychologue est donc aisément acquise et compréhensible tant ceux-ci sont attendus comme étant les plus à même, de par leurs spécialités respectives, d'évaluer et accompagner ces situations.

À la maternité, toutes les définitions standard de la pratique psychologique ou psychiatrique en termes de conduite à tenir, de procédures et de cadres de soins se révèlent le plus souvent inadéquates. Cette dimension précaire de notre pratique est encore renforcée par la variété des lieux de rencontre des patient(e)s : bureaux, couloirs, lit de la parturiente, devant le berceau... et par une temporalité imprévisible (accouchement prématuré, décompensation aiguë...). C'est dire si notre pratique se fonde sur un certain consentement à l'imprévisible et au contingent (Borie). Autrement dit, souplesse et adaptabilité sont deux caractéristiques essentielles des psychologues et des psychiatres intervenants dans le champ de la périnatalité.

### **Évaluation et diagnostic**

Le psychologue et le psychiatre de l'UMPSP sont amenés à rencontrer très précocement des femmes enceintes et des couples fragiles, chez qui ont pu être dépistées des difficultés psychiques [7,8]. Le dépistage précoce porte donc sur le repérage de facteurs de risque (cliniques et infracliniques) et de troubles psychologiques et/ou psychiatriques lors de certaines grossesses [9,10]. Il repose sur un souci de prévention concernant la mère (prévention de décompensation ou d'aggravation de troubles psychiques), les parents (prévention de troubles graves de la parentalité) et le bébé (préven-

tion de troubles des interactions précoces parents-bébé). Les complémentarités d'expériences et de formations entre psychologue et psychiatre sont ici pertinentes dans l'enrichissement des regards croisés qu'elles permettent.

Devant certains tableaux cliniques très instables et préoccupants, psychologue et psychiatre de l'UMPSP sont interpellés afin d'évaluer la santé mentale. En effet, sages-femmes, obstétriciens et échographistes ont besoin de savoir ce qui se joue pour certaines femmes à la présentation troublante ou d'autres encore totalement désorganisées [11]. Cette demande d'évaluation et de précision sur le plan diagnostique est légitime, même si parfois, le psychologue et le psychiatre préfèrent éviter une position de savoir ou veulent éviter un « étiquetage » et une stigmatisation...

Le psychologue, ainsi que le psychiatre, sont des témoins du discours de la patiente à un moment donné, mais ils sont aussi des traducteurs pour l'équipe. Sages-femmes, obstétriciens, médecins, puéricultrices et travailleurs sociaux sont régulièrement confrontés à du « matériel » émotionnel brut indéchiffrable et apparemment irrationnel : tristesse, colère, non-observance, comportement inattendu... Devant le malaise ressenti par le professionnel, le psychologue et/ou le psychiatre sont donc sollicités avec une demande de traduction et de compréhension. Il ne s'agit pas alors pour lui de jouer le détective chargé d'exhumer les turpitudes du passé [12], mais de proposer un sens à une situation donnée et de faire de certaines décharges émotionnelles brutes (et contaminantes) du matériel à penser et à faire circuler.

Mais au-delà du décodage se pose la question de la transmission. Jusqu'où faire circuler des informations relevant de l'intime ? Jusqu'où psychologue et psychiatre peuvent-ils transmettre à une équipe de professionnels, sans trahir ? Transmettre suffisamment ce qu'ils ont entendu, perçu (et « décodés ») dans la rencontre avec une femme sans en dire plus qu'il ne faut ? Tact, finesse et respect de l'autre sont au centre de l'exercice clinique.

### **Accompagnement et soin**

Pour adapter l'accompagnement au mieux, il importe de repérer ce qu'il en est d'une pathologie psychiatrique telles une psychose, une dépression ou bien encore une addiction... Parfois même, il s'agit d'une situation de danger pesant sur une femme enceinte ou sur le devenir d'un nouveau-né en contexte de grande vulnérabilité. Le psychologue et le psychiatre occupent alors une place très importante dans le retour fait aux équipes. Parfois même, ils s'engagent dans des prises de position pouvant aller jusqu'à la rédaction d'une lettre d'information préoccupante.

Si dans le soubassement de la pratique et de la théorie, psychologue et psychiatre peuvent exercer de manière comparable auprès de ces patientes vulnérables aux troubles psychiatriques associés, les différences de formation et de

positionnement institutionnel invitent à des complémentarités. Le psychologue et, peut-être encore plus, le psychiatre, ont une fonction de sécurisation des équipes devant certaines pathologies psychiatriques et certains comportements pathologiques qui débordent les capacités contenantes d'une maternité. Le psychiatre intervient en situation aiguë (urgence, prescription de psychotropes, nécessité d'hospitalisation) et s'associe au psychologue pour l'évaluation, la prévention, la protection et bien évidemment l'accompagnement. L'apport des soins psychiques est central, en lien avec la grossesse, le devenir mère, les enjeux de la parentalité, les interactions précoces, le bébé, la place du père... sous forme d'entretiens, de suivis, voire de psychothérapies.

Certaines patientes rencontrées par les membres de l'équipe de l'UMPSP ne saisissent pas toujours des inquiétudes qu'elles suscitent ; elles ne réalisent pas toujours en quoi elles ont besoin de soins et en quoi leur attitude peut être délétère pour leur bébé. Certaines situations de danger et certaines expressions de souffrances sont perçues par l'entourage ; mais le plus souvent, aucune demande n'est formulée par ces patientes ou ces couples. Parfois même, se sentant attaquées par les aides proposées, les patientes se défendent et deviennent agressives. Malheureusement, ce mode de défense, révélateur de leur sentiment d'insécurité, renforce la vision péjorative que l'on a d'elles. Le travail est aussi de les aider à avoir un comportement plus ajusté [13].

Un des axes principaux de notre travail est précisément de mobiliser leurs ressources mais aussi de protéger le bébé de ce qui pourrait être néfaste pour lui dans cette interaction. L'idée première est donc de tisser une alliance avec la patiente : l'efficacité de la prévention passe par la confiance des patientes envers les soignants d'autant que l'empathie de l'équipe envers ces parents est ressentie par le bébé.

### Continuité

Pour assurer une continuité des soins pour les familles, ceux-ci s'organisent et se tissent avec les structures de soins extérieures à la maternité. Le psychologue et le psychiatre assurent ainsi des relais en amont et en aval de la naissance, permettant d'assurer cette continuité pour la mère et son bébé. Il y a là un enjeu fondamental qui ne s'improvise pas en urgence et qui intéresse tout le réseau de soin de la petite enfance (PMI, services sociaux, secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie d'adultes).

La succession et la multiplication des professionnels autour de la naissance, surtout quand tout va mal, peuvent donner à la femme (et au couple) une sensation d'éclatement et de discontinuité au moment où, au contraire, elle (il) aurait besoin de cohérence et de lisibilité. Psychologue et psychiatre de l'équipe de l'UMPSP, aidés en cela par la sage-femme de référence, veillent à maintenir une continuité, en évitant les interruptions de suivi. Il s'agit d'un travail de lutte contre

la déliaison induite par les nombreuses ruptures de vie de personnes en grande précarité ou induite par la maladie mentale. Psychologue et psychiatre sont les garants du « *suivi du suivi* » (Chanal), les « veilleurs » de la continuité et de la cohérence des soins. Cette fonction de liaison nécessite une présence physique au quotidien à la maternité. La continuité est à ce prix.

### Auprès de l'équipe

La souffrance psychique ne relève pas de la seule compétence et préoccupation des psychologues et des psychiatres. Il importe que le souci de la santé mentale soit partagé par l'ensemble de l'équipe. Les réunions pluridisciplinaires sont l'occasion de penser ensemble les enjeux psychiques (mais aussi médicaux) dans chacune des situations rencontrées à l'UMPSP. Dans cette « clinique de la naissance » [14,15], au croisement des cultures et des subjectivités, des représentations communes sont possibles et permettent de proposer des parcours et des projets de soins adaptés au cas par cas.

Ces idées séduisantes, dans un monde où il fait bon parler de « prise en charge globale du patient », « d'équipe pluridisciplinaire », de « travail en réseau », ne sont pas simples à mettre en place parce qu'elles ne sont pas simples à supporter ni pour les uns ni pour les autres. Entendre parler de difficultés sociales quand on pourrait focaliser sa concentration sur une menace d'accouchement prématuré, ou entendre les contingences d'urgence à se positionner sur une conduite à tenir quand on travaille sur le long terme, voire sur plusieurs générations, engendre des difficultés, parfois même des souffrances dans l'équipe. C'est là aussi que le psychologue et le psychiatre sont attendus de manière moins évidente puisque directement auprès de l'équipe, par une participation à l'élaboration des projets, mais aussi par une détoxication des projections diverses qui se déversent en réunion ou dans les couloirs. Ce travail n'est pas des plus simples, car psychologue et psychiatre peuvent être, eux aussi, parfois très impliqués dans une prise en charge... Quoi qu'il en soit, le but est ici d'aider et de soutenir les somaticiens à prendre en compte, et parfois en charge, la dimension psychique.

### « Staff de parentalité »

Cette clinique « nouvelle » de la parentalité [16,17] offre à travers son dispositif de pluridisciplinarité une promesse d'unité si elle matérialise une orientation préventive commune. Les staffs de parentalité, parfois initiés par les psychiatres et les psychologues, en sont une illustration dans nombre de maternités aujourd'hui. Il ne s'agit pas de faire évoluer les maternités en centres psychothérapeutiques, et à l'inverse, cette collaboration ne doit pas se réduire à une

sous-traitance du psychique pour tout ce qui touche au relationnel, à l'affectif et au traumatique. L'enjeu est ici de partager des représentations dans lesquelles le soutien à la parentalité est au centre des préoccupations de l'ensemble de l'équipe de l'UMPSP.

### **Coordination-détoxication**

Le psychologue et le psychiatre ont une mission de coordination. Il s'agit de prendre connaissance des situations, de rencontrer les patientes quand la situation le suggère ou l'impose, mais aussi de se positionner au sein d'une équipe qui attend des orientations de prise en charge. Garant du secret qui lui est confié par la parole des patientes, le « psy » a le devoir de sortir de sa réserve pour aiguiller l'équipe et, le cas échéant, pour se positionner du côté de la protection de l'enfance. Dans cette dynamique, il participe activement à la réflexion collégiale et à l'élaboration de projets spécifiques pour des situations chaque fois singulières.

Il n'est pas simple de respecter les opinions des autres collègues lorsqu'elles nous semblent jugeantes et fondées sur des a priori ou des ressentis. Psychologues et psychiatres, nous nous sentons parfois très mobilisés, car très identifiés à la mère ou au bébé, et les avis contraires à ce que nous pensons peuvent alors venir nous attaquer, en personne. Cet investissement partagé des problématiques de parentalités difficiles permet la métabolisation quotidienne des ondes de choc de la vulnérabilité en présence. Cela sans perdre de vue l'infime frontière entre attitude thérapeutique contenant et attitude suspicieuse qui favorise la rigidification de ce qu'elle prétend combattre. Cette collaboration des professionnels est porteuse de continuité à condition que la subjectivité parentale reste le fil rouge pour chacun et que la mobilisation soit pérenne. Les écueils sont nombreux, et le psychologue et le psychiatre ont une intervention à mener de détoxication des projections au sein des équipes et en réunions [18].

### **Enjeux et débats**

Au-delà des affrontements de ressentis entre collègues, ce sont des affrontements de milieux sociaux, de positionnements politiques, de niveaux d'éducation qui s'affrontent comme autant de signes qui viennent raconter le besoin de « vêtements socio-identitaires », d'enveloppes connues, sortes de repères face à ce qui nous apparaît incompréhensible. Les remarques, parfois agressives, sont des processus d'évacuation et d'extériorisation sur autrui d'une tension bien perceptible générée par la description d'une situation clinique préoccupante. Il n'est pas rare de voir pointer le clivage entre nous, entre somaticiens et psys, entre CHU et PMI, entre psychiatrie et pédopsychiatrie... Au fond, tout cela est bien souvent l'expression de ce qui nous traverse

et dont nous n'avons pas conscience sur l'instant, chacun étant pris par son conscient mais aussi par son inconscient dans la situation clinique. Sans le savoir, nous rejouons bien souvent les mécanismes de la maladie mentale, remettant en scène le clivage, l'ambivalence, la discordance, la déliaison pulsionnelle, étant tout à la fois acteurs et spectateurs de nous-mêmes. Les staffs hebdomadaires de l'UMPSP, obligatoirement agités, permettent une circulation de la parole et une réflexion commune. Ils offrent un débat nécessaire, un échange qui permet de mettre en mot des ressentis parfois brutaux, des angoisses souvent intenses, révélatrices de la violence des affects mobilisés [19]. Outre l'aspect parfois désagréable de ces moments en collectivité, c'est son aspect créatif qu'il faut apprendre à percevoir comme une tentative de représentation face à une situation qui nous dépasse intellectuellement, exactement comme le tout-petit va dans un premier temps représenter dans son corps l'absence maternelle insupportable avant de pouvoir se la représenter par la pensée [20]. Le psychologue et le psychiatre de l'UMPSP n'échappent pas à cette traversée (puisque pris dans la situation eux-mêmes), mais grâce à leurs formations et à leur évaluation de la situation, ils permettent aux soignants de saisir ce qui se joue dans la relation avec tel couple, d'appréhender plus précisément la vision du monde de telle femme et ainsi de se réajuster.

Au cours de ces réunions pluridisciplinaires, des décisions fondamentales sont prises, induisant parfois un sentiment de toute-puissance qui peut être source de dysfonctionnements dans l'équipe, de clivages et de haine, de projections et de violence. Les enjeux sont alors cruciaux ; ils engagent chacun des professionnels sur les plans de leur responsabilité et de leur position éthique.

### **Contenance et sécurité**

Dans la majorité des cas, les rendez-vous vers le psychologue ou le psychiatre sont pris par les sages-femmes. Les patientes viennent le plus souvent. Mais certains rendez-vous ne sont pas honorés et amènent de nombreuses relances. Il s'agit alors de maintenir une certaine vigilance sans être trop intrusif ou persécuteur au risque de la rupture de soin. Le but est donc de préserver un lien suffisamment bon avec les soignants pour que la femme continue de venir et de suivre correctement sa grossesse, même si parfois, cela se fait au détriment d'un accompagnement psychologique ou psychiatrique en amont de la naissance. Le travail des psychologues et des psychiatres est alors indirect auprès de l'équipe : prendre le temps d'échanges avec la sage-femme qui connaît bien la patiente et qui se trouve bien souvent débordée par tout ce qu'elle entend et observe, l'aider à comprendre le vécu de cette patiente et sa représentation du monde, recevoir ses émotions, l'aider à trouver sa juste place de soignant auprès de celle-ci...

Le dispositif du collectif est ce qui nous permet de nous protéger des mouvements psychiques effrayants et ainsi d'oser aller à la rencontre de ces patientes. Cela rejoint la fonction contenante telle que développée par Daniel Stern à travers le concept de « constellation maternelle ». En effet, pour envelopper son bébé de sa présence contenante, la mère a besoin de son entourage [21–23]. Le psychologue et le psychiatre de l'UMPSP jouent ce rôle de contenant et de sécurité de par leur propre sécurité intérieure qui se diffuse. Ainsi, rassurés et garantis par cette sécurité, les professionnels peuvent s'engager dans l'accompagnement et le soin de patientes imprévisibles, angoissantes et fragiles, à l'image des « poupées gigognes » et dans le sens du « holding institutionnel » [24–26]. Lorsque le sentiment d'isolement psychique des soignants disparaît alors même qu'ils continuent d'être seuls face aux patientes, leur sentiment de sécurité interne leur permet de s'aventurer sur les chemins de l'empathie.

Nous avons compris que les patientes vulnérables ont subi et agissent de nombreuses ruptures dans les liens avec les autres, soignants y compris. Elles n'ont pas toujours pu s'appuyer sur des personnes-ressources ou saisir des mains tendues au bon moment. Par le réseau, par les liens que nous tissons entre nous (à condition qu'ils ne soient pas étouffants telle une toile d'araignée), nous proposons une continuité, un accueil, une contenance, qui peuvent permettre un effet d'élan vers une nouvelle dynamique, sorte de trampoline, sur lequel s'appuyer pour prendre essor. L'harmonisation des discours des différents intervenants, l'effet des liens, la préoccupation du bébé (rapport à la loi) ont des effets cadrants et structurants. Cette dynamique peut tout à fait s'observer dans la mobilisation des ressources des parents pour leur bébé.

### Transformation interne

Un détour par la fonction maternelle peut nous permettre d'illustrer cela. Dans l'idéal, le travail psychique de la mère est de recevoir les projections du bébé, de les contenir, de les élaborer et de les restituer transformées. C'est ce que Bion a nommé « la capacité de rêverie maternelle » [18]. On perçoit aisément, en suites de couches, comment les femmes sont souvent dans les premiers temps en difficultés pour supporter les pleurs de leur bébé, car elles sont envahies par les flots d'angoisses que le bébé projette sur elles. Ce mouvement de transformation interne de la mère est ce qui lui permet de renvoyer au bébé quelque chose de digeste et donc d'instaurer une barrière de protection entre ses ressentis internes, ses fantasmes et les stimulations extérieures. L'enfant, avec le temps, peut s'appuyer sur cette qualité d'échange et développer lui-même sa propre capacité de transformation interne. L'activité de pensée offre un cadre contenant pour que puisse se déployer chez l'enfant une

liaison entre son activité corporelle et ses représentations mentales. Ce mécanisme est aussi ce que l'on retrouve dans la relation patient–thérapeute avec la possibilité pour le patient de mettre des mots sur des choses impensables, inélaborées jusqu'alors. C'est bien grâce à la relation de confiance mais surtout de confiance en les capacités internes du thérapeute à pouvoir supporter cela que les patientes peuvent s'appuyer et commencer à lâcher prise. Pour les femmes carencées, en vulnérabilité, ce travail de transformation est difficile, parfois impossible, car il n'y a pas toujours eu pour elles d'expériences suffisamment bonnes pour qu'elles aient pu l'intérioriser pour elles-mêmes [27]. Par ailleurs, la reconnaissance de l'état émotionnel dans lequel se trouve le bébé n'est pas toujours perçue. La reconnaissance de la différenciation moi–autrui ne se fait pas toujours d'emblée, notamment pour les femmes psychotiques. Le bébé est un prolongement imaginaire, mais la confrontation avec cet être réel peut être source de décompensation ou de maltraitance pour d'autres. Bien souvent, il faut faire face à des mères qui ne reconnaissent pas spontanément les besoins spécifiques de leur bébé tant du côté des soins (temps de sommeil, d'alimentation...) que du nursing, et qui, de fait, se trouvent souvent persécutées par les demandes multiples de leur bébé [28,29].

On peut alors espérer que l'attitude empathique du soignant envers la patiente carencée permette un jour qu'elle puisse elle-même s'appuyer sur ce travail de transformation interne du soignant et se l'approprier pour elle envers son bébé. Ce n'est pas un acquis, c'est *un pari*. Prendre soin des patients c'est donc avant tout prendre soin de l'équipe qui s'en occupe.

### Créativité au cas par cas

Les réunions multidisciplinaires de l'UMPSP ne doivent pas être l'occasion de surexposer des fragilités psychiques et de stigmatiser des vulnérabilités familiales. Il importe d'être vigilant et, dans ce contexte de réunion de synthèse, de savoir jusqu'où transmettre des informations entendues lors de consultations et relevant de l'intime. Jusqu'où s'autoriser à révéler des informations sur le passé psychiatrique de telle patiente ? Sur les antécédents psychologiques de tel père ? Comment transmettre des informations nécessaires à la compréhension d'une situation sans trahir ni stigmatiser ? Jusqu'où enfin respecter la confidentialité mais simultanément faire part d'inquiétudes quant au risque éventuel d'une répétition dramatique ?

#### « L'avenir n'est pas écrit » [30]

À chaque grossesse, une nouvelle histoire et à chaque histoire, de nouvelles interrogations. Nous disposons, chacun

de notre place, d'un aperçu d'une situation, à un moment donné. Le danger est grand de l'étendre pour en établir des conclusions prédictives. Le regroupement des intervenants permet à chacun d'apporter sa pièce du puzzle et ainsi d'obtenir une vision plus globale de la situation, notamment quant aux possibilités d'une patiente de tisser des liens et de les défaire, de percevoir ses compétences et ses mouvements plus destructeurs. Ils permettent aussi de saisir dans quels mouvements nous sommes nous-mêmes pris. Le but est évidemment d'éviter une attitude décisionnelle expulsive, c'est-à-dire un passage à l'acte pour se débarrasser d'une situation trop encombrante, dérangement et estimée urgente face à la notion de danger potentiel pour l'enfant. La collégialité permet de lutter contre la toute-puissance qui peut nous tenter face au sentiment d'impuissance.

Mais comment extraire, de toutes les informations et observations dont nous disposons, ce qui pourra nous aider à entrevoir les compétences parentales envers le bébé à naître ? Une femme qui ne fait pas correctement suivre sa grossesse, en fonction de nos normes sociales actuelles, induit chez nous, soignants, l'idée d'irresponsabilité envers son propre corps, envers la santé du fœtus, voire l'idée de nuisance [8,31]. Il en est de même de certaines situations sociales qui, associées ou non à des difficultés psychologiques, voire psychiatriques, inquiètent. Finalement, on pourrait aisément se nourrir d'une quantité d'informations, les classer dans notre tête comme autant de « bons points » ou de « mauvais points » et comparer la longueur des colonnes. Cette vision presque scientifique puisque « protocolisée » ne laisse évidemment pas place à la possibilité de changement et de réappropriation de sa vie ; à la possibilité que, peut-être, une rencontre peut venir changer la trajectoire de vie apparemment tracée par le désir de mauvaises fées au-dessus du berceau. Il est alors facile de décliner ce qui est montré durant la grossesse et d'en déduire, de façon prédictive, ce qui sera agi lorsque le bébé sera né. Là est le danger pour nous est de glisser trop simplement de l'un à l'autre... Mais peut-on réellement faire autrement ?

Si nous considérons notre mission comme l'équivalent d'une prédiction sur des comportements, alors sans doute, il n'est pas possible de faire autrement. Si nous considérons notre mission comme une anticipation de nombreuses possibilités, alors nous n'avons plus besoin d'autant d'informations dans nos échanges, mais simplement de celles qui nous guident vers une potentialité ou une autre. C'est-à-dire vers tout ce qui ouvre à des perspectives de travail concrètes pour nous. Une potentielle décompensation délirante dans le post-partum nous permet d'anticiper les intervenants, les personnes à contacter pour les équipes, les personnes-ressources auprès de la patiente par exemple. Une potentielle difficulté à s'occuper de son enfant à temps plein permet pour nous de travailler un autre type de projet que le retour à domicile simple, comme de penser un accueil séquentiel en poupon-

nière, chez l'assistante maternelle ou auprès de familles d'accueil du centre maternel par exemple. Prévenir n'est pas éviter, mais parvenir à faire participer les sujets en développant avec elles leurs propres capacités d'anticipation.

### Prévenir sans prédire

Ce qui est complexe pour nous et peu gratifiant c'est l'impossible anticipation de ce qui va réellement se passer. Il s'agit donc de construire de multiples projets pour qu'au fur et à mesure de la grossesse, de l'évolution des dires de la patiente et des confrontations avec ce qui est observé par les professionnels qui connaissent le couple, des projets s'abandonnent d'eux-mêmes, laissant place à une ou deux alternatives au final, la rencontre avec le bébé étant toujours une surprise. Certes, l'on sait la gravité de certaines pathologies psychiatriques et les répercussions potentielles sur les bébés, et il ne s'agit pas, naïvement, d'espérer l'impossible. Mais dans le domaine de la santé mentale, un des principes essentiels de prévention est de prévenir sans prédire et de toujours bien distinguer données statistiques et destin personnel. Il existe une imprévisibilité dans le devenir, sur laquelle toute démarche préventive devrait miser pour ne pas virer à un déterminisme fermé. L'éthique de la prévention repose sur une éthique de l'imprévisible [32].

### Préserver les liens

Pour toutes les situations qui se présentent à l'UMPSP, aussi complexes et inquiétantes soient-elles, nous avons en devoir de tenter de préserver les liens parents-bébé. Mais pour un certain nombre de situations, la relation parents-bébé est toxique et délétère pour le bébé et oblige à penser le placement de l'enfant. Signalons au passage que signalement ne signifie pas placement, et que placement ne signifie pas rupture des liens parents-bébé. Pour poursuivre en ce sens, il semble fondamental de rappeler également que si le projet de l'équipe de l'UMPSP s'oriente, pour une situation donnée, vers la proposition d'un placement, tout le travail consiste alors à réfléchir comment permettre à ce couple et à ce bébé de se rencontrer malgré tout et dans quelles conditions. Le placement n'est pas un projet en soi, le véritable projet se situe après. Il n'aurait autrement qu'une valeur exutoire pour nous soignants, sorte de passage à l'acte évacuateur et rassurant mais non soignant.

Des observations attentives du bébé nous permettent de saisir rapidement les expressions de malaise chez lui. Le regard qui plafonne ou qui fuit celui de la mère, l'hypertonie axiale, l'hypersomnie, les somatisations à répétitions... peuvent être autant de signes qu'il faut savoir percevoir comme l'expression d'un profond malaise que le bébé ne peut exprimer autrement qu'à travers son corps. Il n'est pas simple pour nous alors d'être les témoins de ces scènes,

sortes de complices malgré nous, coupables d'avoir voulu y croire... Dans l'idéal, il s'agirait donc d'anticiper suffisamment pour que le bébé puisse bénéficier d'un dispositif protecteur et ne soit pas exposé à une situation pathogène. Malheureusement, à l'exception de certains cas exceptionnels où l'on sait dès la grossesse que le placement se fera dès la salle de naissance, nous sommes obligés d'attendre les observations des puéricultrices autour des soins et d'attendre d'éventuels signes de malaise chez le bébé. Il y a donc un pari sur les relations précoces et une prise de risque dans l'exposition du bébé. Risque contrôlé par le dispositif d'une équipe pluridisciplinaire vigilante et formée à l'observation du bébé. Plus les équipes sont compétentes dans cette observation bienveillante, moins il est nécessaire au bébé de s'exprimer à grand bruit, à corps et à cris pour se faire entendre. Observer pour mieux entendre la souffrance du bébé et donc celle de la mère.

### Enjeux de la parentalité

Les enjeux de la parentalité sont au centre des préoccupations de l'équipe de l'UMPSP, tant pendant la grossesse qu'en post-partum immédiat. Pour travailler ces questions fondamentales de la parentalité, l'équipe de l'UMPSP s'appuie sur une unité d'hospitalisation mère-enfant (UME) à la maternité. Cette UME offre un cadre permettant d'hospitaliser la mère et son bébé pendant deux semaines. Cela permet de se donner un temps d'observation et d'accompagnement des premiers liens.

Pour travailler au mieux ces questions complexes de parentalité, le psychologue et le psychiatre de l'UMPSP participent activement à la formation des équipes soignantes, tant au quotidien dans les soins mis en place que lors de formations programmées. Celles-ci permettent de partager des outils de pensée et de développer une réflexion sur ce qui se joue au cœur des relations humaines, dès les premiers instants.

Le psychologue et le psychiatre qui interviennent dans le cadre de l'UMPSP ont donc le souci du bien-être psychique de la femme enceinte et de son conjoint, puis du bébé, de ses parents et globalement de cette triade nouvellement constituée. Leurs préoccupations concernent le « devenir parents », la fragilité et les troubles psychiques maternels, les difficultés paternelles, les interactions précoces et le développement de l'enfant. Dans cet accompagnement, psychologue et psychiatre sont soucieux d'éviter les nombreuses sources de discontinuité entre le pré- et le postnatal. Ils sont, avec les autres membres de l'équipe, les garants de la prise en considération de la personne humaine dans sa globalité au prix du dépassement des clivages habituels psyché/soma, normal/pathologique, maternité/pédiatrie, soignants du prénatal/soignants du postnatal. Ils ont aussi à soutenir une attitude institutionnelle sur mesure, au cas par cas, en

réponse à la variabilité individuelle de la maturation parentale. Même si psychologue et psychiatre sont très sensibles à ces questions, il s'agit là d'une responsabilité collective, interdisciplinaire, qui repose sur la qualité des liens interprofessionnels des membres de l'équipe de l'UMPSP.

Ainsi, pour le psychologue et le psychiatre engagés dans cette équipe de l'UMPSP depuis maintenant quatre ans, l'expérience est riche et passionnante. Et si cette aventure n'est pas sans risque, elle offre en retour de grandes satisfactions, tant personnelles que professionnelles. Cette organisation en équipe UMPSP offre une place à la psyché, dans une maternité et un CHU où technique et efficacité sont habituellement mises en avant. On ne peut que s'en réjouir.

#### Textes officiels

- Circulaire DHOS 2005-300. Collaboration médicopsychologique en périnatalité ;
- Plan gouvernemental périnatalité 2005–2007 — Humanité, proximité, sécurité, qualité ;
- Rapport HAS — Recommandations pour la pratique clinique concernant la préparation à la naissance et à la parentalité.

### Références

1. Babin S (2001) Des maternités impensables. Accompagnement des parentalités blessées. Ed. L'Harmattan, Paris
2. Gillard P, Boudier S, Boudier C, et al (2009) L'unité médico-psychosociale en périnatalogie (UMPSP) au CHU d'Angers. *Med Perinat* 67–74
3. Bensoussan P (1997) Collection Mille et un bébés. Ed. Erès, Toulouse
4. Missonnier S (2007) Un psychologue à la maternité. *Le psychologue à l'hôpital*. Ed In Press 1:19–42
5. Dugnat M, Roure MT (1998) Collaboration entre les psys et les équipes obstétricales. Ed. PUF, Paris, pp 247–60
6. Golse B (1995) Le bébé, l'hôpital, les équipes soignantes et les « psys ». *Le bébé à l'hôpital*. Ed Syros, Paris
7. Faure K, Legras M, Chocard AS, Duverger P (2008) Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Rev Prat* 58:1475–82
8. Missonnier S (2004) La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. *Éléments de psychopathologie périnatale*. Ed. PUF, Paris
9. Dayan J (1999) *Psychopathologie de la périnatalité*. Ed. Masson, coll. Les âges de la vie, Paris
10. Guedeney A, Allilaire F (2001) *Interventions psychologiques en périnatalité*. Ed Masson, Paris
11. Nezelof S, Fromentin C, Menget A, Bizouard P (1992) Les demandes d'une équipe de périnatalogie au pédopsychiatre. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 40:3–4, 182–5
12. Roegiers L (2009) *Psychologie périnatale : à ne pas sous-traiter de préférence. Prévention précoce. Petit traité pour construire des liens humains — Molénat*. Ed Erès, Toulouse 10:149–61
13. Martineau W (2010) *Expertises et polémiques en gynécologie-obstétrique*. Conférence. Nantes
14. Molénat F (1992) La communication entre gynécologues et pédopsychiatres. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 40:172–4

15. Molénat F (2009) Prévention précoce. Petit traité pour construire des liens humains. Ed Erès, Toulouse
16. Houzel D (2002) L'aube de la vie psychique. Études psychanalytiques. Ed ESF, Paris
17. Houzel D (1999) Les enjeux de la parentalité. Ed Erès, Toulouse
18. Bion WR (1962) Aux sources de l'expérience. Ed. PUF, Paris, 2003
19. Le Coz P (2009) Quelle différence entre le fœtus et le nouveau-né ? Nouveaux enjeux éthiques de la médecine périnatale, Paris
20. Golse B, Benony, Pedinelli (2005) Psychopathologie du bébé. Ed Armand-Colin
21. Stern D (1989) Le monde interpersonnel du nourrisson. Ed PUF, Paris
22. Stern D (1997) La constellation maternelle. Ed Calmann-Lévy, Paris
23. Stern D (1997) Mère-enfant. Les premières relations. Ed Mardaga. Sprimont, 3<sup>e</sup> édition
24. Molénat F (2001) Naissance : pour une éthique de la prévention. Ed Erès, Toulouse
25. Winnicott DW (1956) La préoccupation maternelle primaire. De la pédiatrie à la psychanalyse. Ed. Payot, Paris, 1990, 285–91
26. Winnicott DW (1950–1970) Le bébé et sa mère. Ed Payot, Paris, 1992
27. Bydlowski M, Camus CH (1988) Recherche psychanalytique dans une maternité hospitalière. Rev Med Psychosom 14:19–30
28. Lamour M, Barraco M (1999) La souffrance du bébé. Dossier. Sante Ment 35:18–43
29. Quiniou-Pizzoglio Y (1999) Auxiliaire de vie psychique. Dossier : souffrance du bébé. Sante Ment 35:32–5
30. Jacquard A, Kahn A (2001) L'avenir n'est pas écrit. Ed Bayard, Paris
31. Soulé M (1999) La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique. Psychiatr Enfant XLII 1:27–69
32. Duverger P, Lebreuilly-Paillard A, Legras M, et al (2009) Le pédopsychiatre de liaison, un praticien de l'inattendu. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 57:505–9
33. Missonnier S (2003) La consultation thérapeutique périnatale. Ed. Erès, Toulouse
34. This B (1980) Le père, acte de naissance. Ed Seuil, Paris