

# Interventions du psychologue en prévention périnatale

**Bernadette Bailleau, Hélène Pirc**

DANS **LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES** 2008/9 (N° 262), PAGES 32 À 36

ÉDITIONS **MARTIN MÉDIA**

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.262.0032

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-9-page-32.htm>



**CAIRN.INFO**  
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Interventions du psychologue en prévention périnatale



Psychologue  
clinicienne

*Bernadette Bailleau*

« Attendre un enfant », « donner la vie », « naître », « devenir parent »... autant d'événements qui entraînent des remaniements psychiques importants et qui représentent des moments fondamentaux lors desquels la force des liens est fondatrice. En quoi le psychologue en prévention périnatale peut-il contribuer à rendre présents et actifs les liens ténus qui se tissent entre cet enfant et ces parents en devenir ?



Psychologue  
clinicienne

*Héléne Pirc*

La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, a rappelé l'importance de la prévention autour des premiers liens, et dont la périnatalité, la parentalité et l'adolescence constituent les axes majeurs d'intervention. D'autre part, le plan périnatalité (2004-2007), avec la mise en place des réseaux périnataux et de l'entretien prénatal précoce proposé par les sages-femmes, n'a pas manqué de confirmer la nécessité d'offrir aux futures mères un environnement médical, psychologique et social optimal, et de renforcer le psychologue dans son rôle d'accompagnement.

C'est dans ce contexte que nous intervenons, tant en anténatal qu'en postnatal, auprès de femmes et de couples qui nous sollicitent pour un accompagnement individuel. Mais notre travail s'inscrit aussi dans une contribution à des actions collectives institutionnelles ou partenariales qui sont proposées aux parents ou futurs parents et à leurs bébés. Des temps de réflexion et d'analyse en collaboration

avec des professionnels confrontés à des parents en difficulté de tout ordre participent aussi à ce travail de prévention.

## Rôle direct auprès des familles en périnatalité

L'accueil d'un bébé se fait dans un couple, une famille, un cercle de connaissances ou d'amis, une société. Devenir parent et, plus particulièrement, « devenir mère », est un processus complexe qui se coconstruit avec l'entourage familial et sociétal. Le temps de l'accueil du bébé ne se fait pas seul. La future mère, pour s'accorder au bébé, est psychologiquement plus sensible (Winnicott, 1971), car elle retransmet plus ou moins consciemment des vécus de sa propre petite enfance (transmission intergénérationnelle). Dans la mesure où elle-même a reçu un étayage suffisamment bon et n'a pas enfermé en elle des vécus douloureux, non élaborés à un moment donné de son enfance ou de sa grossesse, la jeune mère pourra, grâce au soutien des

personnes qui lui sont proches, apporter les soins adéquats au bébé, établir une relation suffisamment bonne avec lui et soutenir efficacement son psychisme naissant. L'entourage jouera son rôle d'étayage, de protection, de contenant, d'« enveloppe psychique » (Anzieu, 1981) auprès de la jeune mère.

## L'accompagnement du « devenir parent »

Certaines femmes ne bénéficient pas d'un entourage familial et amical sécurisé, soutenant. Elles souffrent d'isolement, ont eu des vécus douloureux ou des histoires affectives familiales complexes qui n'ont pas toujours été élaborées et ont laissé des traces traumatiques. M. Bydlowski (2007) a parlé de « transparence psychique » pour décrire l'état psychique particulier de la femme en période périnatale. Celle-ci est en prise avec ses conflits psychiques internes et, le cas échéant, avec des éprouvés bruts qui la surprennent, ainsi que son entourage.

C'est dans ces situations que les services de prévention, et particulièrement de protection maternelle et infantile (PMI), apportent un soutien à ces jeunes femmes. Des nuances sont évidemment possibles : certaines auront besoin d'un soutien ponctuel et/ou uniquement par la puéricultrice ou la sage-femme, d'autres nécessiteront l'aide de plusieurs professionnels.

L'intervention de la psychologue de prévention en périnatalité est donc sollicitée quand des signes de souffrance sont repérés par nos collègues (médecins, sages-femmes et puéricultrices de PMI). Par exemple, quand la femme éprouve des angoisses plus intenses que la moyenne, exprime des doutes quant à sa capacité de devenir mère, un manque de confiance en soi profond, un sentiment d'« être une mauvaise mère », quand l'histoire infantile maternelle, ou parfois celle des deux parents, a été très carencée affectivement et fait craindre des répétitions de traitements inadaptés aux besoins du bébé, quand le bébé manifeste des signes de souffrance divers (pleurs excessifs difficilement consolables, sommeil perturbé, divers troubles psychosomatiques...) ou encore quand la relation mère-enfant (ou parents-enfant) montre des éléments de dysharmonie relationnelle (évitement du regard, retrait relationnel du bébé, tonicité du bébé...).

Nous constatons que la psychologue de prévention intervient, le plus souvent, dans des situations qui regroupent plusieurs facteurs de fragilité associés, et notamment lorsque ces facteurs portent atteinte à l'établissement correct du lien mère-enfant (parents-enfant) et/ou au développement harmonieux de l'enfant. La réactualisation d'éprouvés bruts ou de conflits internes non élaborés vont trouver, pendant la période périnatale, une opportunité de réaménagement ou de résolution. C'est dans cette période de « transparence psychique », propice à un travail psychique, que se trouve l'intérêt préventif du travail du psychologue. Il va permettre que les « anticipations parentales » (Missonnier, 2003) - ensemble des anticipations comportementales, émotionnelles, fantasmatiques et projections des deux lignées parentales -, qui organisent en partie les interrelations ultérieures avec le bébé, trouvent une issue créatrice, adaptée au bébé. L'accompagnement psychique prévient alors le risque de répétitions.

La façon dont la jeune femme vit ou a vécu le lien à sa propre mère, la qualité de celui-ci, tant dans la réalité que dans les

représentations internes, ont un gros impact sur la façon dont la mère (ou future) vit sa maternité. En voici quelques illustrations.

● *« On accouche adossée à sa mère »*

C'est après une hospitalisation que la psychologue et la sage-femme rencontrent, à domicile, Madame Y qui est dans son quatrième mois de grossesse. Elle souffre de nausées dès le réveil et ne garde aucune nourriture. Déjà maman d'une petite fille de quatre ans, elle avait rencontré les mêmes difficultés lors de sa précédente grossesse.

Madame Y vit dans la maison de sa belle-famille, dans un petit appartement qui manque d'indépendance. Sa propre famille vivant au Maroc, elle supporte très mal cette situation et la séparation d'avec sa mère. Durant les entretiens, elle exprime la douleur du manque de sa mère, pleure ou, au contraire, s'illumine lorsqu'elle évoque sa vie au pays de ses racines. Il lui arrive de remettre en question tout ce qui la rattache à sa nouvelle existence.

Cet accompagnement, qui durera jusqu'à l'accouchement, consiste à écouter cette plainte, à la contenir. La psychologue occupe une place maternelle transférentielle qui permet à Madame Y de prendre conscience que le lien à sa mère et sa transmission la rendent elle-même mère (de même nature et différente).

Après l'accouchement, sa mère a pu venir tenir son rôle d'appui, valider cette nouvelle naissance et la rendre mère une nouvelle fois. À ce moment seulement, Madame Y a pu investir son bébé et faire de la place au père de son enfant.

● *De la nécessité de renouer avec sa mère (ou la réactivation des conflits de filiation)*

Madame J attend des jumeaux et doit, pour des raisons médicales, rester le plus possible allongée. Femme active, elle supporte très mal cette dépendance et exprime de multiples inquiétudes avec une tonalité dépressive. La sage-femme qui la suit propose l'intervention de la psychologue à domicile.

En début de grossesse, Madame J est confrontée à la perte de sa grand-mère qu'elle considérait comme sa mère. Sa propre mère, quant à elle, très jeune au moment de sa naissance, l'avait confiée à ses parents, puis avait tenté par la suite de la reprendre avec elle, mais sans succès. Adultes, les deux femmes s'étaient rapprochées, plutôt superficiellement, à l'occasion de la naissance de son premier enfant. En deuil de sa grand-mère qui lui avait servi d'appui maternel lors de sa

précédente grossesse, Madame J se sent désormais seule et surtout se trouve de nouveau confrontée à son histoire et aux conflits de loyauté mère-fille, sur deux générations. Il lui est difficile d'accepter l'aide que sa mère lui offre (gestion matérielle, accompagnement à l'école de l'enfant aîné et garde de celui-ci quand le papa ne pouvait le faire). Ce n'est qu'après avoir pu reconsidérer ses propres griefs contre sa mère, mais aussi après avoir pris conscience que sa grand-mère avait empêché en partie sa mère de prendre pleinement sa place auprès d'elle, qu'elle a pu accepter d'être « maternée » par sa mère et se réconcilier plus en profondeur avec elle. Le décès de la grand-mère aura permis un remaniement des places. Elle reprend confiance en elle, quant à sa capacité d'être mère de jumeaux. Après l'accouchement, le seul suivi de la puéricultrice sera suffisant.

● *La naissance du bébé : une opportunité de réaménagement interne de l'ensemble des liens familiaux intergénérationnels*

Après la naissance, Madame P pleure beaucoup... son bébé aussi. L'allaitement maternel s'établit difficilement, le poids du bébé stagne et même régresse sur un week-end. Elle décide donc d'arrêter l'allaitement. Elle doute profondément d'elle-même, a peur de ne pas y arriver, peur de mal faire. Alors qu'elle les avait, dans un premier temps, refusés pendant la grossesse, Madame P sollicite à présent des entretiens avec une psychologue. Ses parents sont séparés et elle ne voit plus sa mère, bien qu'elle sache parfaitement où elle vit. Elle va rapidement faire part de son vécu avec sa propre mère et de la représentation interne qu'elle en a.

Elle a des éprouvés d'enfant - « ma mère est méchante » - et, dans un premier temps, elle ne décrit sa mère que comme « mauvaise » ; elle a un vécu de traitements inadaptés et d'abandon. La psychologue, tout en accueillant avec empathie ses émotions et l'expression de sa souffrance infantile, lui permet de reconsidérer son histoire et de prendre du recul. Progressivement, Madame P prendra en compte que sa mère, malgré des carences, a manifesté son désir de s'occuper de ses enfants et a fait ce qu'elle a pu. Elle éprouve même un minimum de compassion pour sa mère qui a eu un vécu affectif difficile. Elle évoque sa grand-mère paternelle plus affectueuse et soutenante que sa propre mère. Elle prend conscience qu'elle a diverses représentations maternelles sur lesquelles

elle peut désormais s'appuyer. Sa colère et ses reproches envers sa mère passent au second plan. Elle peut alors aborder son propre vécu de mère avec ses deux grands enfants (proches de la majorité) qu'elle a eus d'une première union. En raison d'un divorce difficile et de graves problèmes de santé, elle a été empêchée, pendant quelques années, de s'occuper comme elle l'aurait souhaité de ses deux premiers enfants. Elle parle alors de ses propres frustrations et blessures en tant que mère (elle a été fortement disqualifiée dans son rôle maternel, et notamment par son ex-mari) qui viennent alimenter ses craintes de ne pas être une « bonne mère » pour ce nouveau bébé. Elle a de grandes difficultés à communiquer, surtout avec l'un de ses

la reviviscence des vécus transgénérationnels, grâce au soutien de la psychologue, c'est l'ensemble des liens de filiation qui ont pu être réaménagés.

La qualité du lien de la mère avec le père de l'enfant est un autre facteur très important pour le vécu de la période périnatale. Si le père est présent tant dans la réalité que dans le cœur de la femme, qu'il est heureux de l'arrivée de ce bébé, il va alors pouvoir la soutenir et contribuer à sa réassurance.

Parfois, le lien avec le compagnon est défaillant, soit dans la réalité soit dans la tête de la mère. L'intervention du psychologue dans ce type de situation est souhaitable, compte tenu des conséquences potentielles sur le lien mère-enfant, voire sur son développement.

Bien qu'empreinte de doutes, elle anticipe l'arrivée de son bébé. Ses parents, ainsi qu'un autre membre de sa famille, la soutiennent. Elle ira d'ailleurs accoucher près du domicile parental. Grâce au soutien de la psychologue, puis du relais pris par sa famille, elle a pu établir une relation de qualité avec son enfant.

Dans ce type de situation, qui recouvre souvent plusieurs facteurs de fragilité, la présence soutenante de l'équipe de PMI, ainsi qu'un accompagnement psychologique adapté, sont nécessaires pour permettre l'établissement d'une relation mère-enfant correcte et éviter divers troubles du développement de l'enfant.

Il arrive que le lien au père de l'enfant soit remis en cause par la femme elle-même sous l'influence de la reviviscence des vécus infantiles. Ainsi Madame S qui accuse son mari de ne pas s'occuper suffisamment d'elle et du bébé, et qui envisage de se séparer de lui.

Le constat dans la réalité est une présence normale du mari. L'accompagnement psychologique lui permettra d'associer avec un vécu d'abandon qu'elle a subi dans sa petite enfance. L'élaboration de ses affects contribuera à éviter la séparation du couple et à améliorer la qualité de l'investissement relationnel au bébé.

### Accompagnements dans des situations particulières

Un accompagnement peut être sollicité dans des situations de grande détresse pour les femmes et les familles : perte d'un bébé *in utero*, proche de la naissance, lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) ou d'une interruption médicale de grossesse (IMG). Il s'agit d'être présent pour contenir les affects et faciliter par la suite leur élaboration. Ce travail n'intervient pas forcément au moment même de l'événement. Il arrive qu'un accompagnement soit nécessaire lors d'une grossesse ultérieure.

Nous accompagnons aussi des parents dont le désir ou l'attente d'un nouvel enfant est empêché et perturbé par un deuil périnatal précédent mal élaboré. Un décès familial brutal, contemporain de la période de la naissance, peut aussi venir compliquer l'attente du bébé et son accueil dans la période périnatale.

Parfois, les problèmes de santé du bébé entraînent une séparation précoce parents-enfant, dans le cas d'une hospitalisation, par exemple. Dans ces situations, l'entourage familial n'est pas toujours



Les pleurs du bébé peuvent parfois dépasser les capacités des parents de les contenir et les envahissent.

deux grands enfants. Elle exprime son souhait de renouer avec lui. En se penchant sur son vécu d'enfant blessée, puis de mère en difficulté, elle a ainsi pu mieux comprendre les souffrances occasionnées chez ses enfants et faire la part de leurs colères et reproches. En miroir, au rôle de pare-excitations de la mère vis-à-vis de son enfant, la psychologue a reçu et contenu les vécus bruts de cette maman et a permis leur élaboration. La maman a non seulement pu apaiser son bébé, établir avec lui une relation satisfaisante, mais elle a aussi renoué une vraie relation avec son grand enfant sans se sentir trop « attaquée ». Elle renoue *a minima* avec sa mère et lui fait part de la naissance, ce qu'elle refusait au début. À l'occasion de la naissance et de

Quand la mère a été abandonnée par le père de l'enfant en cours de grossesse, celle-ci est fortement déstabilisée, atteinte dans sa confiance en soi et son estime de soi. C'est ce qui se passe pour Madame T qui rencontre la psychologue dans son sixième mois de grossesse. Elle est déprimée par l'abandon de son compagnon, pleure beaucoup, se sent humiliée. Elle ne s'attendait pas à cela, dit qu'il avait justement insisté pour avoir un enfant. Elle l'aimait et ne concevait pas d'accueillir cet enfant sans la présence de son compagnon. Elle se pose aussi des questions à propos de l'enfant : parviendra-t-elle à l'aimer ? à l'élever seule ? La psychologue va permettre que les affects de cette jeune femme soient entendus et contenus.



suffisant pour soutenir l'établissement du lien à l'enfant. Selon les cas, un soutien à la famille peut être apporté pendant l'hospitalisation ou lors du retour à domicile.

Dans les situations de procréation médicalement assistée, des difficultés dans la construction du lien au bébé réel peuvent également être rencontrées. L'attente du couple a souvent été longue et empreinte de déceptions diverses. L'arrivée du bébé est vécue comme la fin d'un processus, alors que la naissance et l'accueil du bébé sont, au contraire, un commencement et appellent une mobilisation psychique chez les parents, ainsi qu'un changement important du rythme de vie. Le processus de construction du lien parents-enfant peut nécessiter un accompagnement psychologique.

### **Une attention particulière au bébé**

C'est de notre place de psychologue que nous pouvons observer ce qui se lie entre le bébé et sa mère, et ce qui n'a pas lieu, ce que le bébé convoque chez sa mère et qui n'est pas au rendez-vous parce qu'elle est « immergée » dans des conflits psychiques internes attisés par la maternité, qu'elle n'est pas suffisamment disponible et sensible à ses premières ébauches relationnelles.

Ainsi, des signes de retrait du bébé, des postures, des refus, des évitements du regard, peuvent nous alerter sur son développement psychique. Parler avec prévenance aux parents de notre préoccupation au sujet du bébé, c'est aussi lui donner une place de sujet.

Notre intervention est souvent sollicitée lorsque les pleurs du bébé dépassent les capacités des parents de les contenir et les envahissent.

Des observations plus fines et partagées peuvent parfois être proposées (l'ADBB\*, par exemple, à laquelle le personnel médical est sensibilisé sur certains secteurs), une prise en charge thérapeutique en unité mère-bébé peut être initiée ou tout autre soin psychique, pour permettre dès que possible d'étayer et soigner le lien parent-enfant.

## **Notre place au sein de l'équipe pluridisciplinaire et les limites de notre intervention**

### **Le travail d'aide et de soutien technique aux professionnels**

Dans le cadre de la PMI, les infirmières et puéricultrices du service effectuent

beaucoup de visites à domicile pour répondre aux demandes de conseils et de suivis des jeunes mamans, qu'il s'agisse de soins aux bébés, de suivis réguliers de la courbe de poids, de soutien à l'allaitement ou de suivis plus spécifiques (pathologies ou difficultés dans la mise en place du lien mère-bébé).

De retour au centre médico-social et emplies des fortes charges émotionnelles transmises par les mères et leurs bébés, mais aussi des questionnements autour de leur rôle, elles ont besoin de « décontaminer » et décrypter ce qu'elles ont éprouvé et observé.

Un temps d'échange peut être organisé, et le psychologue peut aider en apportant ses connaissances sur le fonctionnement psychique et sur la spécificité du temps néonatal, en donnant du sens à des comportements complexes ou des interactions mère-bébé peu compréhensibles.

De cette pratique, les professionnelles en retirent, outre un dégageant émotionnel important, une vision plus claire de leur travail, des axes à développer et des « leviers » à mobiliser.

### **Le groupe PMI**

Tous les professionnels du service concernés par la périnatalité travaillant sur un secteur géographique défini sont invités, une fois par mois, à un temps d'échanges animé par le psychologue. C'est ainsi que sages-femmes, infirmières, puéricultrices, médecins et psychologues se retrouvent en équipe médico-psychologique pour évoquer toutes les situations de périnatalité qui préoccupent les uns et les autres. Penser ensemble autour des situations, dans le respect des fonctions et des personnes quelles qu'elles soient, est un des moyens qui nous paraît pouvoir conjuguer les compétences d'un service de prévention et être au plus près des besoins.

Offrir un cadre contenant aux émotions des professionnels sans les mettre de côté, c'est participer à un travail d'emboîtement des contenances : ainsi, le groupe reçoit et contient les inquiétudes de la puéricultrice et élabore des réponses possibles aux angoisses des mères.

La pluridisciplinarité des participants apporte des éléments de compréhension des difficultés rencontrées, revisite les pratiques, interroge la manière dont s'établissent les liens entre le ou les parents et le professionnel et entre le bébé et ses parents. Cela permet enfin d'apprécier ensemble les limites des missions, jusqu'ou

le professionnel peut venir en aide, et comment il peut passer le relais à un service, une équipe ou un professionnel plus spécialisé, ou poursuivre en complémentarité. La question du signalement est aussi évoquée quand les carences constatées apparaissent mettre en danger l'enfant ou nuire à son bon développement.

### **Interventions en lien ou en coanimation avec d'autres professionnels**

Le travail de prévention, c'est aussi aller au-devant des parents sans qu'une demande soit explicitement posée. Les actions collectives différenciées selon les secteurs d'intervention sont des réponses possibles à ce besoin qu'ont les parents d'expérimenter leur nouveau rôle, d'en échanger avec un professionnel et de se reconnaître dans ce qui est dit et vécu par d'autres « devenant parents ».

#### ● *La présence en salle d'attente PMI*

Avec le médecin et l'infirmière de PMI, chaque fois que cela est possible, nous convenons de plages horaires lors desquelles la psychologue est présente en salle d'attente pour des temps d'échanges avec les parents. Être là, identifiée en tant que professionnelle de l'enfance, disponible, peut permettre à des parents d'exprimer, sans l'appréhension du cadre plus anxigène du bureau, toutes sortes de petites ou de grandes inquiétudes ou d'échanger sur l'évolution de leur(s) enfant(s) dans ses premières acquisitions et ses apprentissages ou sur leur (dur) métier de parent. Il y a une quinzaine d'années, notre institution avait donné priorité à cette pratique professionnelle, qui a été largement utilisée dans le département de la Drôme, puis de moins en moins, d'autres priorités institutionnelles s'étant imposées.

Ces premiers contacts peuvent rester en l'état ou se prolonger lors d'un entretien programmé plus formel. À titre d'exemple, la présence d'un aîné qui devient « insupportable » lors de la naissance d'un puîné permet aux parents de nous faire le témoin des remaniements, bruyants parfois, des places dans la famille, de pouvoir en échanger avec nous et d'amorcer avec l'enfant en question une mise en mots de ce qui lui arrive.

\* ADDB : Échelle Alarme détresse bébé, dépistage du retrait relationnel, développée par l'équipe du professeur A. Guedeney.

### ● Les actions collectives

Chacun développe, en lien avec l'équipe de PMI, différentes actions collectives centrées sur le lien précoce mère-bébé et parents-bébé. Groupes de pesée, groupes de parents, massages d'éveil du nourrisson... réunissent ainsi les parents et leur bébé avec des professionnels travaillant généralement en binôme.

Proches ou s'inspirant des travaux de J. Rochette (2002) et de D. Mellier (2003), ils offrent des temps de rencontre qui peuvent « tendre une toile de fond aux affects bruts déposés » et penser ensuite ce qui a été vécu. Ils peuvent être considérés comme des outils qui renforcent l'identité d'être mère ou d'être père et qui les rassurent sur leurs sentiments de doute et parfois d'incompétence. Ils constituent, par ailleurs, un moyen possible de déceler les états dépressifs de post-partum des mères et leurs conséquences visibles sur le bébé.

Notre rôle consiste, dans ces groupes, outre un rôle d'accueillant, à observer les ajustements, les interactions, et d'en dire quelque chose au parent et au bébé, parce que cette parole sur le lien participe à sa construction. S'adresser au bébé est tout aussi important dans notre pratique. Les parents sont toujours surpris par l'intensité de l'attention de leur bébé qui se manifeste par le regard et la tension du corps.

### Le travail en réseau

Nous participons à d'autres actions en partenariat avec les réseaux périnataux. Des groupes d'information sur tous les types de soutien possibles dès le début de la grossesse, ainsi que des groupes d'expression sont proposés aux futurs parents.

Nous sensibilisons les futurs pères à l'intérêt de participer à des groupes de parole, « groupes de père », animés par des professionnels masculins (gynécologue et psychologue), tant nous sommes conscients que l'attente d'un enfant est pour le père un temps de maturation propre et peut-être tout aussi riche en remaniements psychiques que pour leur compagne. Accompagner la paternité peut également être tout autant porteur et structurant pour le couple parental que le soutien des mères. L'ouverture à ce type de travail est un enjeu professionnel fort en prévention.

Madame Z est adressée à la psychologue par la sage-femme de PMI, qui lui en a fait la proposition, inquiète de l'expression massive de ses angoisses.

Cette jeune femme est mariée et a un premier enfant d'une dizaine d'années. Elle souffre d'une anorexie grave avec des épisodes boulimiques depuis quelques années. Elle se présente au rendez-vous avec son conjoint, mais préfère rencontrer la psychologue seule. Elle exprime d'emblée ses peurs d'affronter ses moments de solitude quand son mari travaille, évoque ses troubles alimentaires et ses craintes quant aux conséquences pour le bébé - qu'elle dit, par ailleurs, attendu depuis longtemps -, elle craint par avance de ne pas pouvoir calmer les pleurs du bébé, en référence aux difficultés qu'elle a déjà rencontrées avec son premier enfant.

Des rendez-vous réguliers lui sont proposés, mais ses angoisses, de plus en plus fortes, ne parviennent pas à être contenues. Une hospitalisation s'avère donc nécessaire, et Madame Z reçoit très positivement cette proposition, soulagée qu'une réponse puisse être apportée à son mal-être.

L'hospitalisation en clinique psychiatrique est préparée en lien avec son conjoint et avec les intervenants : un rendez-vous de la sage-femme de PMI est programmé à la clinique, ses rendez-vous médicaux sont honorés.

Le praticien hospitalier et son équipe soignante offriront, le temps de l'hospitalisation, des conditions d'accueil et d'écoute très rassurantes qui lui permettront de restaurer une image narcissique très déficitaire et une meilleure confiance en elle, contribuant ainsi à diminuer largement son taux d'angoisse et à « faire de la place » au bébé.

L'organisation des soins des troubles alimentaires est quant à elle programmée dans les mois qui suivront la naissance du bébé.

Pour résumer, quel a été l'apport spécifique du psychologue en lien avec le réseau dans cette situation ?

- l'écoute et la prise en compte du mal-être de Madame Z ;
- la recherche de solutions pour contenir son angoisse : un lien thérapeutique contenant ;
- l'aide à la réalisation en associant le conjoint de Madame Z ;
- le lien avec les différents intervenants et une parole sur ce lien avec Madame Z ;
- le portage du bébé avec la mère : les professionnels sont préoccupés par Madame Z et par son bébé, mais ils savent que prendre soin d'elle la conduira à prendre soin de son bébé par la suite.

### Les limites de notre intervention

Ce travail d'accompagnement et d'élaboration psychique rencontre néanmoins des limites. Certaines tiennent au refus de certaines personnes de nous rencontrer. La personne n'a alors pas la capacité de se saisir de ce type de soutien. Cela peut être parce qu'elle a développé des attitudes de déni ou d'évitements défensifs à la suite de vécus douloureux non élaborés. Parfois, certaines formes de handicap, de grandes limites intellectuelles ou de pathologies font qu'une prise en charge psychologique s'avère insuffisante ou inadaptée.

Dans ces situations, notre rôle est d'accompagner l'action des autres intervenants. Cela peut consister à soutenir la puéricultrice dans son suivi de la famille, à participer à des synthèses pluridisciplinaires pour éclairer la situation et permettre de développer les interventions adaptées ou les orientations nécessaires - hospitalisation de la mère en unité mère-bébé ou autres, une aide au domicile par une travailleuse familiale - ou encore à proposer une mesure de protection pour l'enfant...

### Conclusion

Si nous voulons définir et qualifier notre travail de psychologue en prévention périnatale, nous pouvons dégager trois axes qui nous paraissent avoir chacun leur importance :

- Accompagner le processus complexe du « devenir parents », d'abord dans la période prénatale, puis dans le temps de la naissance, et permettre autant que faire se peut l'instauration d'un lien d'attachement sécurisé propice au développement du bébé.
  - Être attentif au processus d'accordage parents-bébé, et ce, dans le sens de se laisser toucher par ce qui se vit et ce que l'enfant renvoie à ses parents et au professionnel de fragile et de vulnérable, à l'adresse de leurs angoisses très primitives et étayer ces liens en construction.
  - Travailler en lien et en complémentarité avec les divers professionnels exerçant dans le champ de la périnatalité, tant avec les équipes médico-sociales qu'avec les membres des réseaux périnataux.
- C'est dans cette attention particulière aux prémices du lien parents-enfant que la prévention précoce nous paraît avoir tout son sens et son utilité auprès des familles. ■