

Devenir parents et naître humain pendant la grossesse



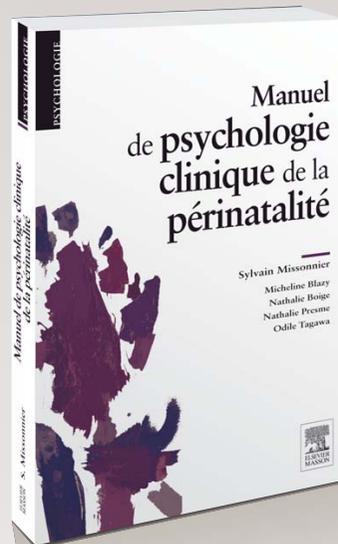
Pr Sylvain MISSONNIER

www.rap5.org

NOUVEAUTÉ

Manuel de psychologie clinique de la périnatalité

Sylvain Missonnier, Micheline Blazy, Nathalie Boige, Nathalie Presme, Odile Tagawa



9782294705410, 400 pages, 45 €

La psychologie clinique périnatale psychanalytique occupe une place privilégiée pour relever les défis d'une clinique contemporaine riche de sa diversité.

D'abord, car elle est centrée sur les mille et une variations psychologiques et psychopathologiques de la rencontre fondatrice du **devenir parent et du naître humain**. Ensuite, parce qu'elle est à l'œuvre dans de multiples cadres libéraux et institutionnels indissociables des stratégies préventives en réseau. Enfin, au cœur de la rencontre interdisciplinaire, elle représente une interface fédératrice ne relevant pas d'un monopole corporatiste mais d'une construction mutuelle innovante.

Ainsi, la psychologie clinique périnatale apporte simultanément **des outils pertinents** pour accueillir les dysharmonies relationnelles parents/embryon/fœtus/bébé, les souffrances familiales, mais aussi pour **engager une réflexion clinique et éthique cruciale** sur les conditions d'existence d'une fonction soignante bienveillante.

Jusqu'à présent, les étudiants des diverses spécialités, les professionnels du terrain en formation et les enseignants-chercheurs étaient privés d'un ouvrage générique dans ce domaine.

Ce manuel, collégalement écrit par une équipe interdisciplinaire de praticiens de la périnatalité, répond à cette attente en proposant une vision critique unifiée du champ, respectueuse de la polyphonie des situations, des paradigmes et des disciplines en présence.

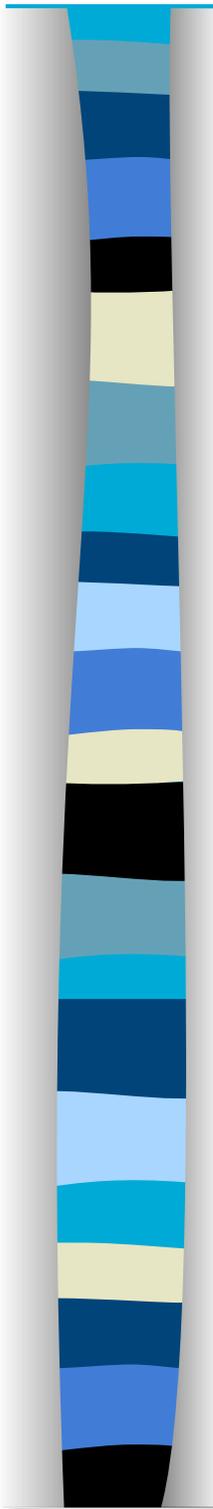
Ce manuel s'adresse aux psychologues, (pédo)psychiatres, psychanalystes, obstétriciens, échographistes, sages-femmes, infirmières, puéricultrices, pédiatres, médecins généralistes et paramédicaux.

SOMMAIRE

- I — Introduction
- II — Psychologie clinique de la parentalité et du naître humain
- III — L'accompagnement périnatal : point de vue de la sage-femme
- IV — Développement psychosomatique du fœtus/bébé
- V — Psychosomatique des situations médicales à risque psychologique
- VI — Les troubles psychosomatiques précoces du bébé
- VII — Contexte social et culturel
- VIII — Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale : approche clinique d'un pédopsychiatre en maternité
- IX — Psycho(patho)logie de la paternité
- X — Facteurs de risque, préjugés et maltraitance en périnatalité
- XI — L'accompagnement coutumier
- XII — Devenir et rester soignant du périnatal
- XIII — Soutien et formation des professionnel(le)s de première ligne
- XIV — L'obstétricien : une trajectoire
- XV — Le pédiatre... psychosomaticien
- XVI — Le psychiatre d'enfant et d'adulte
- XVII — Le psychologue clinicien périnatal
- XVIII — Conclusion : jouer ensemble la partition clinique de l'Atlantide intime

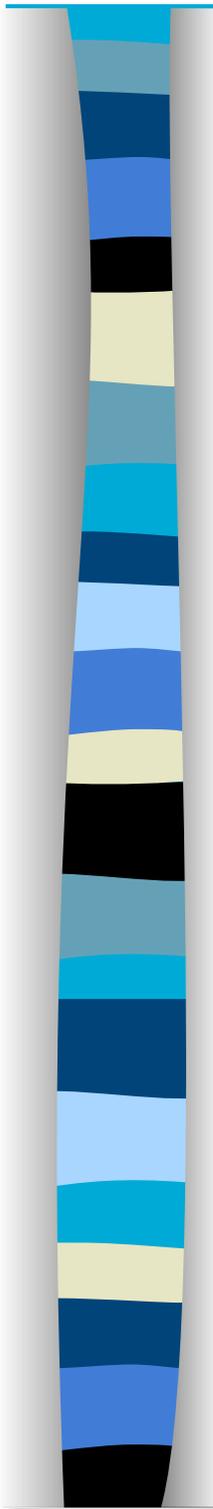
Disponible en librairie ou sur  www.elsevier-masson.fr/livre/470541


ELSEVIER
MASSON



PLAN

- A Devenir parent **en** prénatal :
 - 4 postulats
 - 3 référentiels théoriques
 - Parentalité
 - Incertitude/Anticipation
 - ROV utérine
- B Interventions **indirectes** du « psychiste » en direction des soignants « somaticiens »
- C Interventions **directes** du « psychiste » en direction des parents et du foetus/bébé
 - La consultation thérapeutique en prénatal
 - L'accompagnement de la PNP



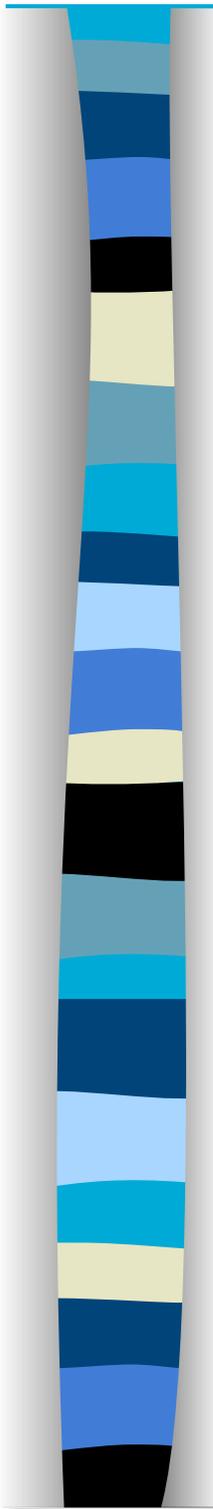
A Postulats 1

L'institution Maternité en prénatal, un lieu de ***DIVERSITE***

■ **Diversité du contexte du soin :**

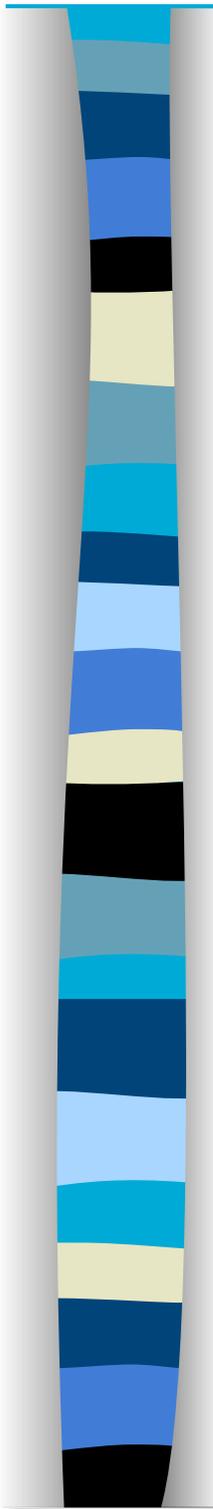
- la « maternité » proprement dite, lieu de suivi grossesse, de la préparation à l'accouchement et de la naissance heureuse par VB...
- prénatal : consultations infertilité, FC, mort foétale, anomalies foétales, grossesses pathologiques...

■ **Temple moderne de la fécondité versus Scènes de tragédies quotidiennes ; Eros-Thanatos ;**



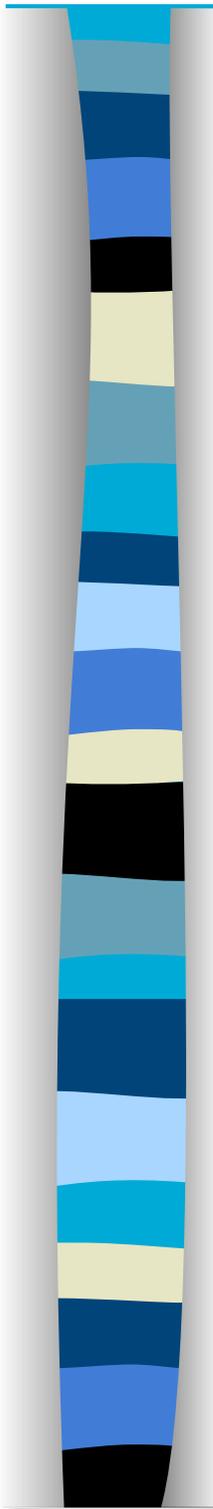
A Postulats 2

- **UNITE** de lieu, d'action et de temps
- Métaphore du metteur en scène
 - Attention à l'individu (rôle) indissociable du groupe (scénographie)
- Unité du système interactif comportemental, émotionnel et fantasmatique parents/embryon-foetus-bébé/soignants
 - La théorie générale des systèmes et les interactions :
 - le système : un tout, homéostasie, causalité circulaire (inter et rétroactive)
 - Danger du ciblage isolant et enjeux de la communication entre les différents acteurs



A Postulats 3

- Périnatalité = indissociable d'une **INTER/TRANSDisciplinarité** vraie
 - Si approche holistique de tous les acteurs permet de **dépasser le clivage institutionnel psyché/soma**
 - Le psychologique n'est pas le monopole des « psys »
 - Le « psy » un médiateur de l'intra et de l'intersubjectif individuel **et** groupal (familial et institutionnel)
 - Si approche holistique de tous les acteurs permet de **dépasser le clivage institutionnel variations psychologiques de la « normale »/ psychopathologie.**
Amplitude des variations typique de la périnatalité
- Psychologie clinique périnatale = une interface fédérative



A Postulats 4

*La chronologie est **périnatale***

■ Périnatalité

≠ 28 sem A / J7 PP

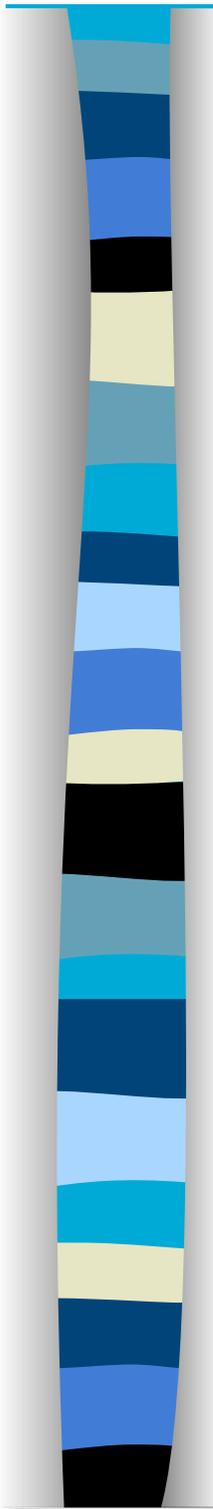
= grossesse + première année du bébé (fin du congés maternité)

■ Hier

– Découverte du **bébé** compétent, de la psychologie du devenir parent face au bébé et de sa psychopathologie

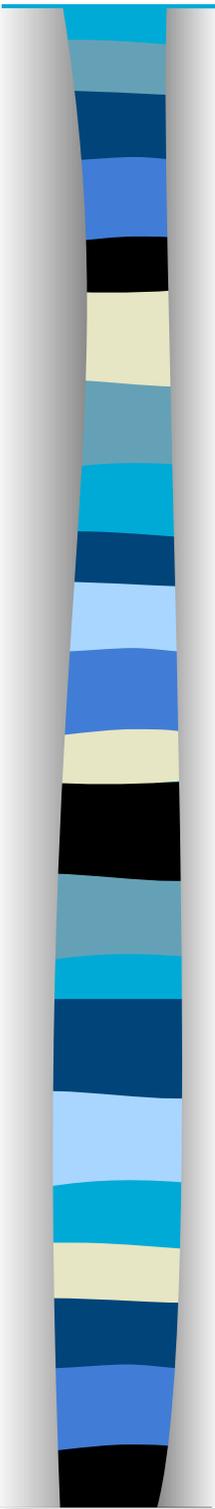
■ Aujourd'hui

– Découverte du **foetus** compétent, du devenir parent pendant la **grossesse** et de sa psychopathologie



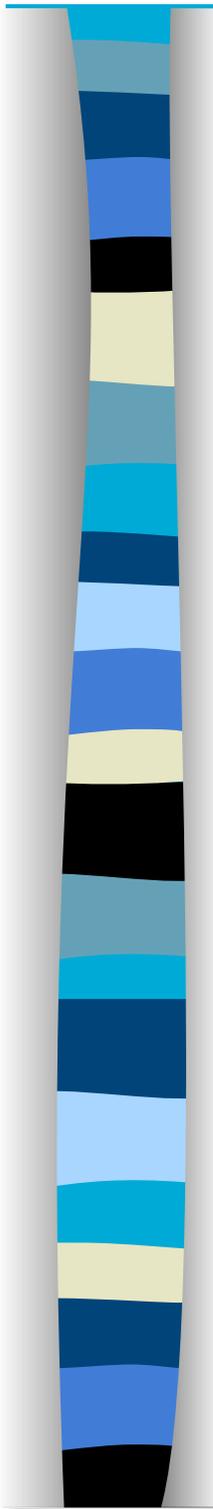
A Postulats 4

- Plaident en faveur du **périnatal**
 - Les stratégies préventives obstétricales, pédiatriques
 - La psychologie et la psychopathologie de la parentalité et des relations parents/embryon/foetus/bébé
- Résistance à la continuité pré/post natale chez les soignants (source de discontinuité des soins)
- Vers une reconnaissance collective du « Premier chapitre »



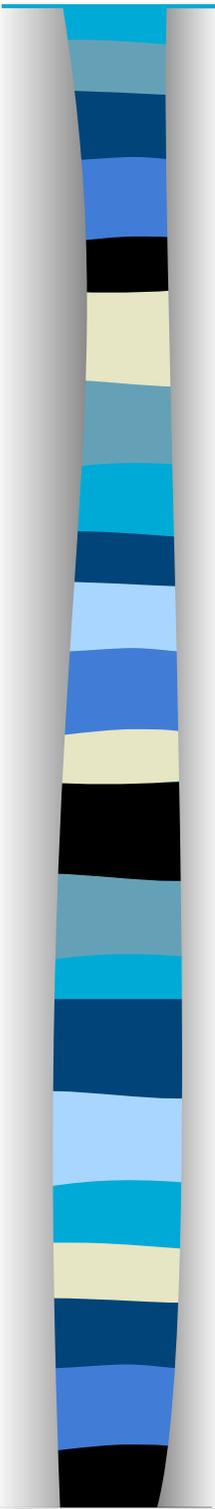
A Outil central : la parentalité 1

- Concept de parentalité « parenthood »
 - Limite si déni de la
 - différence des sexe et des générations
 - maternité/paternité
 - Vertu si souligne à l'abri de ces dénis :
 - le chantier commun de la conjugalité
 - Le socle de la bisexualité



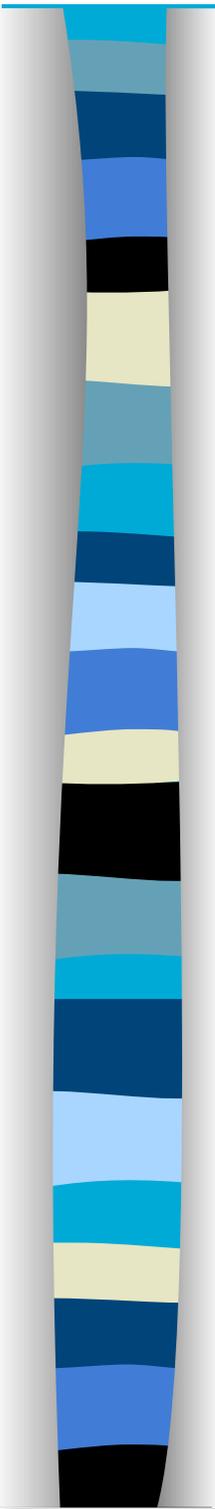
A Outil central : la parentalité 2

- ensemble de comportements, d'affects et représentations, CS, PCS et ICS du sujet (homme ou femme) en relation avec son ou ses enfants que ceux-ci soient nés, en cours de gestation ou non encore conçus ;
- le devenir mère et père correspondent à une longue évolution en pelure d'oignon qui traverse toute la vie (enfance, adolescence, adulte)
- est indissociable de son contexte générationnel (inter et trans) ;
- processus à "double hélice" bio-psychique, est indissociable de son contexte social, culturel spécifique et de son histoire biologique unique ;
- La partition consciente de la parentalité est toujours infiltré de traits inconscients qui vont faire retour dans cet étranger familial : l'enfant :
- englobe -éventuellement- la synergie de deux processus : celui d'un devenir mère (maternité) et d'un devenir père (paternité) dans un espace de conjugalité.



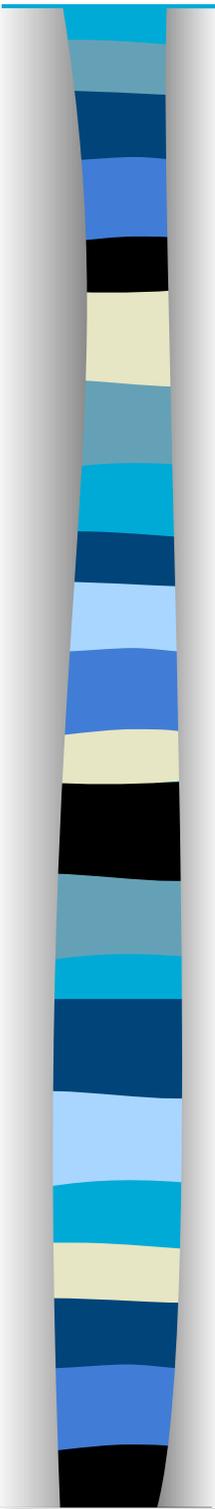
A La parentalité prénatale 1

- Une crise
- Un **deuil** du seul statut de fille/fils
- Réactualisation des fondamentaux
 - Du développement individuel intra et intersubjectif
 - Des avatars du processus de séparation/individuation (**deuils** développementaux)
 - De la filiation
 - Le « meilleur et le pire (**deuils** pathologiques ?) »
- Vices et vertus de la transparence psychique
 - **Créativité** ; compliance préventive ; plasticité
 - **Vulnérabilité** car répétition des conflits non résolus
- Dynamisme et vigilance des soignants



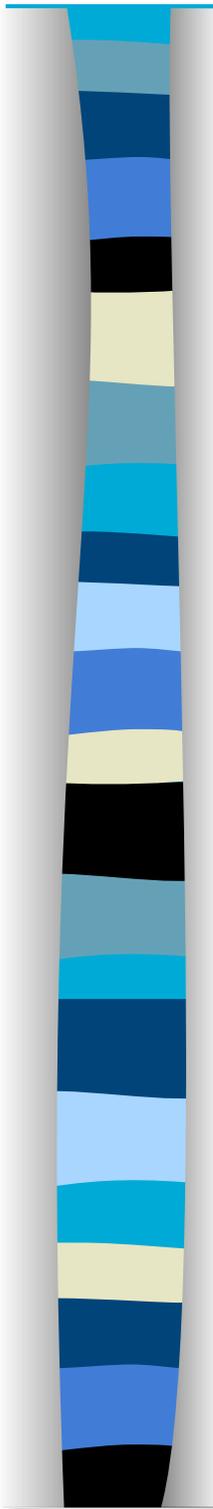
A Maternité prénatale 2

- Schématiquement, 3 périodes psychologiques :
 - **T1 Révélation** de la grossesse ; poursuite ou avortement ; centration sur soi = silence relatif sur l'embryon ; adaptation somatique variable
 - **T2 Reconnaissance** du locataire utérin : début proprioception, 1 écho, émergence du passage du 2 à 3. Incertitude sur la capacité de fabriquer un bébé normal. Transparence psychique (ex foetus, ex nourrisson)
 - **T3 Foetus devient « bébé du dedans »**. Anticipation du déménagement dedans/dehors. Incertitudes sur l'accouchement. Schéma analgésique



A Incertitude et anticipation 1

- **Incertitude** sur le devenir mère, sur le devenir père et le devenir enfant
- **Anticipation** = une variable très représentative de la qualité du processus de nidification maternelle, paternelle (indissociable des structures individuelle, conjugale et sociale)
- **Chemin** : passer du clone (objet partiel narcissique) à l'enfant différencié de soi (objet total)
- Suivi médical, préparation à la naissance = activation de l'anticipation parentale



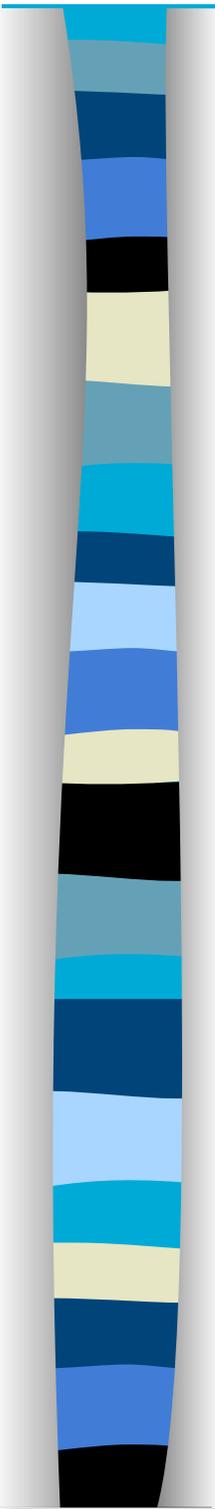
A Incertitude et Anticipation 2

■ Face à l'incertitude :

- Menace d'illusions des usagers sur le scientisme médical tout puissant (diagnostic anténatal, péridurale...)

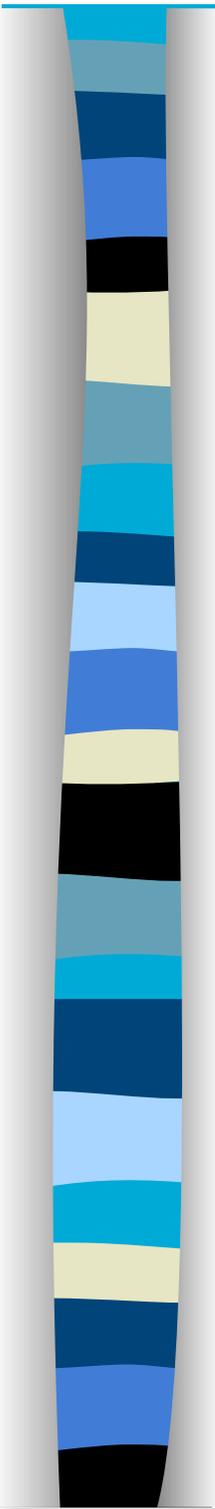
La qualité parentale de l'anticipation :

- Une variable psychologique significative
- Un potentiel + ou - favorisé par les soignants



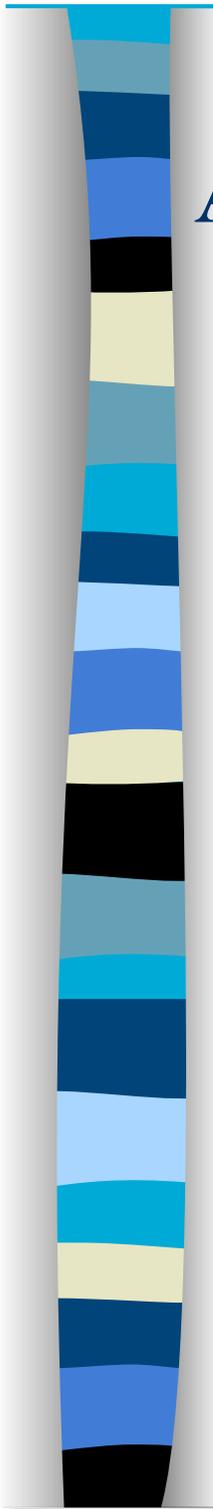
A Incertitude et Anticipation 3

- Anticipation psychologique tempérée
 - Angoisse signal = santé
- Anticipation pathologique : déprimée, obsessionnelle, délirante...
 - Angoisse traumatique = SOS
- Suivi de grossesse = la rencontre **négociée** d'une anticipation parentale avec une anticipation soignante des professionnels
- Nature, et contenus des échanges dans cet espace d'anticipation = sémiologie du normal et du pathologique du devenir parent



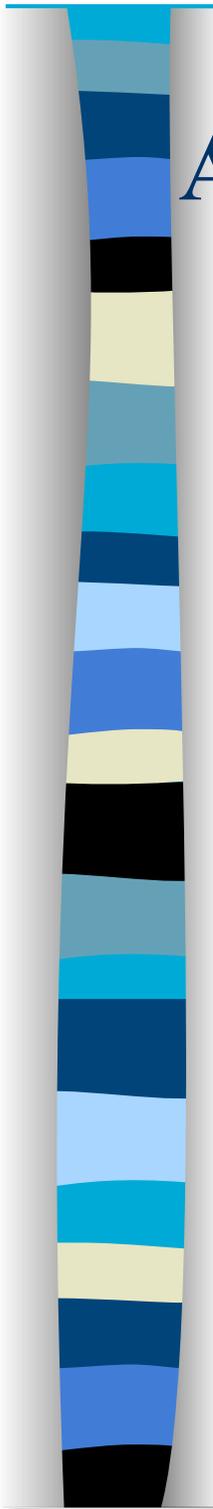
A Incertitude et Anticipation 4

- Exemple des angoisses de malformation foétales
 - Angoisse **signal** psychologique
 - Angoisse **traumatique** psychopathologique
- Le dynamisme conflictuel de la santé psychique... et la dépressivité
- La passivité illusoire de l'infantilisme hypercompliant
- L'agitation anxieuse du débordement conflictuel...
- Figures de la dépression



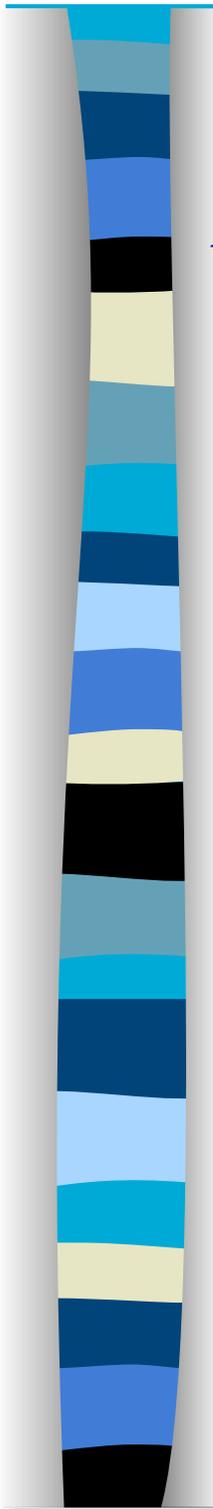
A La relation d'objet virtuelle utérine (1)

- Prise de conscience dictée par :
 - Les rencontres de couple non cliniques en particulier en PNP
 - Richesse de l'**esquisse objectale** vs embryon , foetus, « extension narcissique » de la mère
 - Ambiguïté du statut du foetus : travail d'humanisation des devenant parents
 - Les rencontres cliniques autour du deuil prénatal



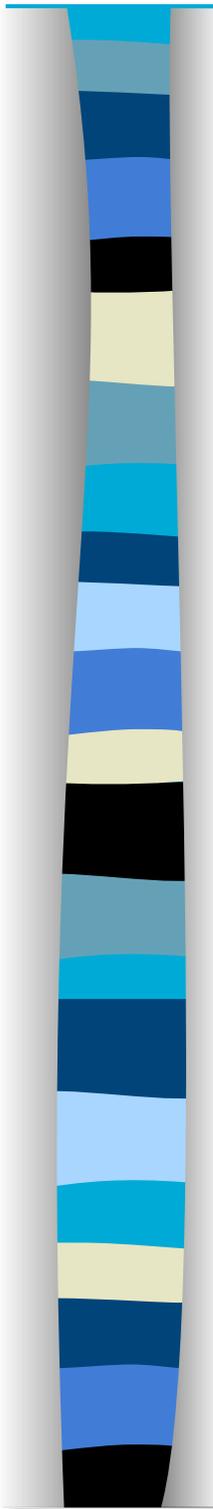
A La relation d'objet virtuelle utérine (2)

- RO utérine : constitution d'un lien réciproque prénatal entre les :
 - (re)devenants parents (**nidification**)
 - tricotage **biopsychique** de la parentalité prénatale (critique de la notion d'enfant imaginaire déniaant la proprioception maternelle, exteroception maternelle et paternelle)
 - maternalité, paternalité, environnement
 - devenant humain (**nidation**)
 - **épigenèse** embryo-foétale.
 - Intersubjectivité primaire C. Trevarthen
 - Identité conceptionnelle B. Bayle
- Objet typique de cette relation = l'utérus
- RO utérine : matrice de la RO ultérieure qu'elle contient (contenance de Bion)
- RO utérine : active la vie durant (fantasme originaire RVM)



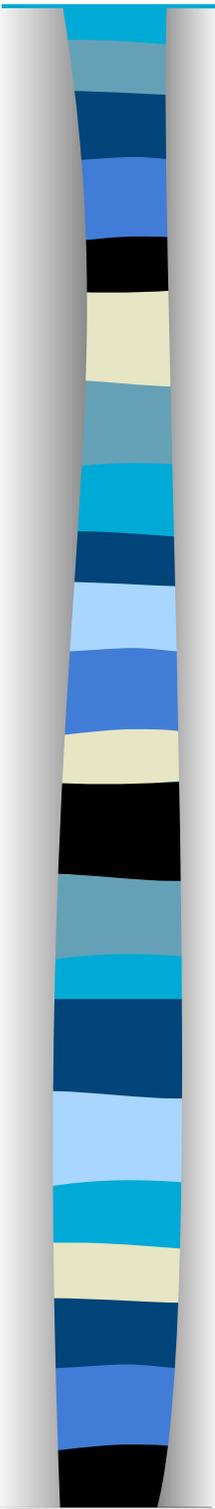
A La relation d'objet virtuelle utérine (3)

- Processus de parentalité : une réactivation de la RO Utérine
 - Des récits familiaux symbolisables et des traces sensorielles archaïques énigmatiques (somatiques/psychosomatiques).
 - Exemple de la toxémie gravidique
 - Spécificité des symptômes... somatiques, psychosomatiques
 - Spécificité des symptômes intersubjectifs relevant de la relation première contenu/contenant
 - Spécificité des angoisses relevant des menaces sur le statut d'humain (travail *humanisation* grossesse)



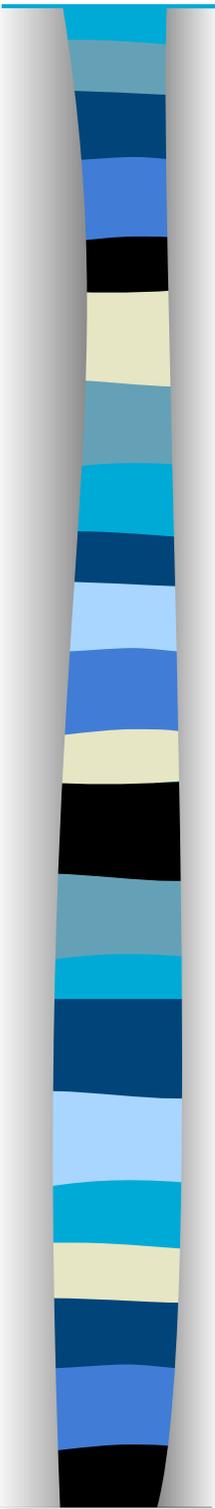
A ROV utérine et deuil prénatal (4)

- Théories classiques du deuil non valides pour le deuil prénatal parental
 - ≠ Perte d'un objet total (un enfant)
 - = amputation d'un objet partiel « mi-moi/mi-autre » (un enfant virtuel)
- Deuil d'un faisceau de virtualités non advenues (attaque de la fécondité/créativité)
 - Menace sur le statut parental de « pourvoyeurs d'humain »
 - deuil nostalgique à la frontière du deuil dit pathologique (commémorations itératives)
 - **unicité** du deuil maternel et paternel
- Le mandat et le devenir de l'enfant suivant...



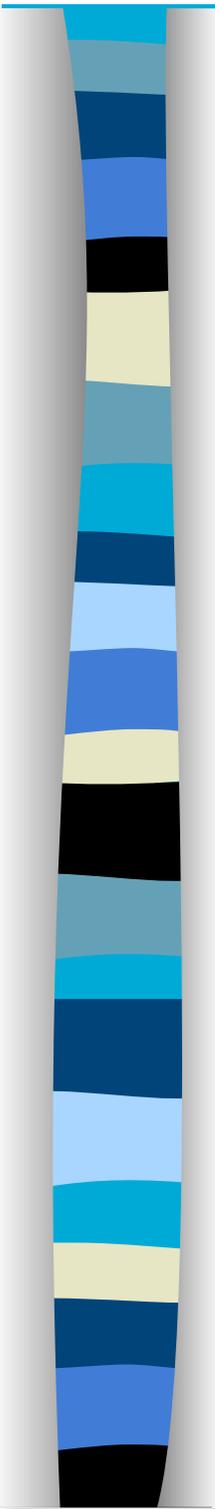
A ROV et prévention (5)

- Pour explorer la psycho(patho) psychanalytique du prénatal, (Prévention primaire et secondaire)
 - fonctionnement parental post partum \neq néo-formation originale ;
 - Fœtus \neq extension narcissique maternelle jusqu' au terme de la grossesse ;
 - Réminiscences \neq seulement postnatales
 - Question du statut des traces prénatales
 - Synergie fœtus/bébé observé/reconstruit



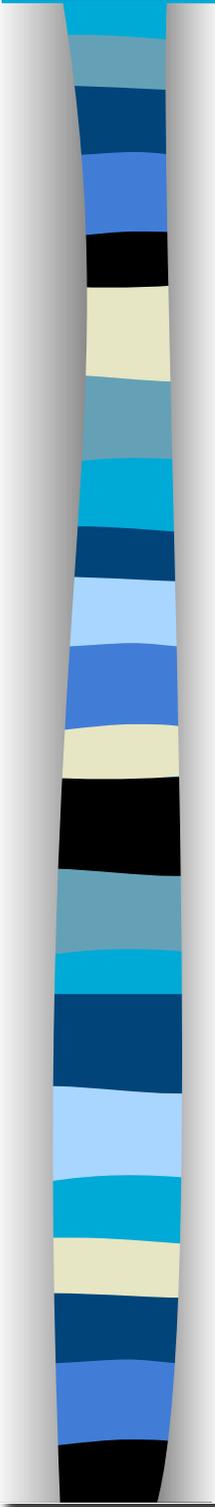
B & C Le travail indirect (avec les soignants) et direct (avec la famille)

- Deux faces **indissociables** pour la cohérence :
 - institutionnelle (systémique)
 - clinique (périnatale)
 - sémiologique : les « clignotants » périnataux psychosociaux ; la conquête d'un langage sémiologique psychosocial transdisciplinaire



B Le travail indirect (avec les soignants)

- les transmissions
- les réunions type groupe Balint (échographistes, soignants du postnatal, groupe sage-femme libérale, groupe commun mater/pédiatrie, groupe réseau)
- le groupe de parole ouvert pour tous les soignants de la mater (ouvert à l'actualité du moment)
- staffs (général, obstétrico-pédiatrique, psychosocial, infertilité)
- réunions thématiques ouvertes ; ex : l'homoparentalité

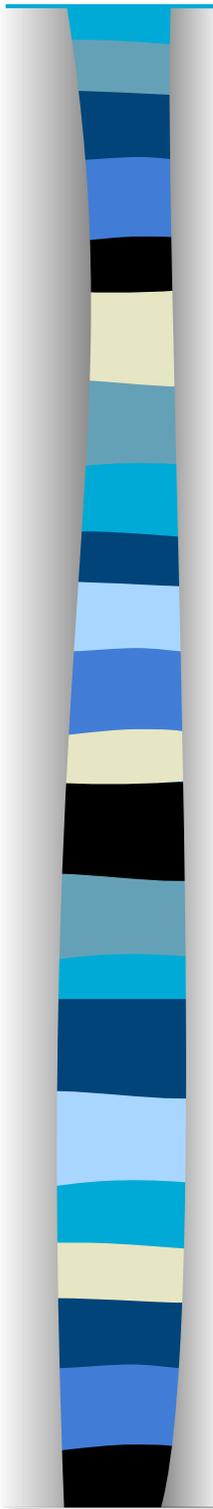


C Le travail direct (avec le couple)

Lieux d'accueil de la détresse
psychologique

=

Toutes les rencontres
(administratives, consultations,
PNP...) du suivi de grossesse sont
des espaces potentiels de
prévention médico-psycho-sociale



C Le travail direct (avec le couple) et les consultations

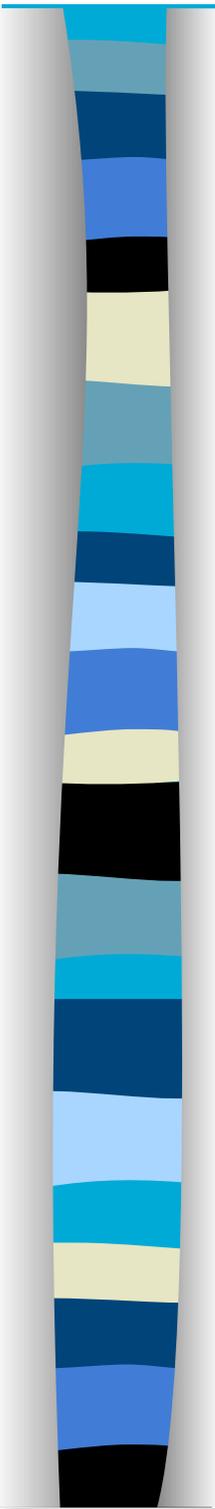
■ Sources des consultations psychologiques

– Internes :

- EPP et les groupes de préparation à l'accouchement
- les consultants du suivi de grossesse (consultations obstétricales et **diagnostic obstétrical** dont échographies)
- le deuil périnatal (IVG, IMG, FC, mort fœtale...)
- l'assistante sociale
- L'hospitalisation prénatale : la grossesse pathologique (MAP)
- Les demandes spontanées = modifications sociologiques prometteuses

– Externes (dans le meilleur des cas dans le cadre coordonné du réseau périnatal)

- EPP et les groupes de préparation à l'accouchement
- la PMI
- Consultations spécialisées : CMPP, secteur psychiatrique et pédopsychiatrique, médecins et psychologues libéraux



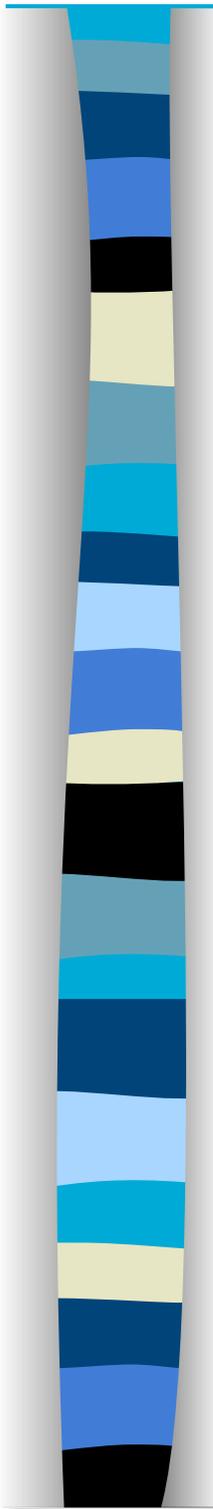
C Le travail direct (avec le couple) et la PNP

- La **Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)** ;
 - Historiquement, la PAN était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers **un accompagnement global de la femme et du couple**, en favorisant leur participation active dans le projet de naissance

C Le travail direct (avec le couple)



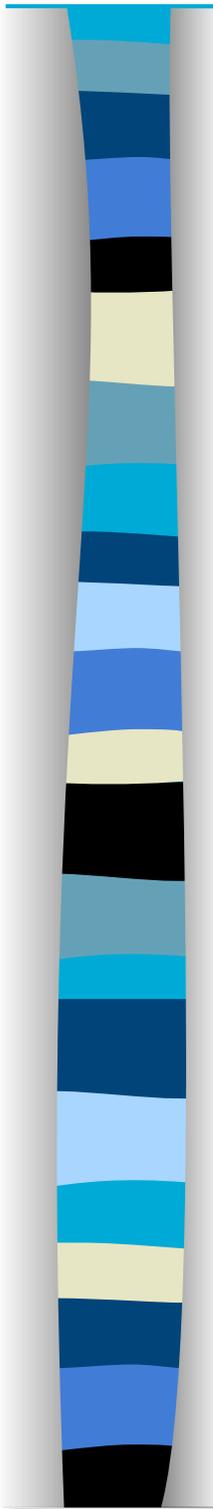
- Emergence de la PN :
 - 1952 : Premier accouchement « sans douleur » Le Dr F. Lamaze introduit une méthode issue des études soviétiques sur les réflexes conditionnée et la physiologie nerveuse (Pavlov)
 - 1975 : *P.P.O française (Psycho-Prophylaxie Obstétricale) = ASD*



C Le travail direct (avec le couple) et la PNP

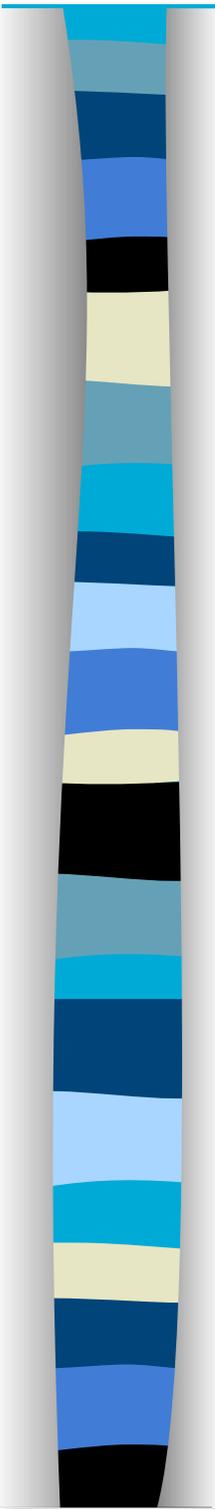
■ Législation de la PN :

- 1960 : 6 séances de PPO
- Puis, 8 séances
- Octobre 2004 : 8 séances, 45 minutes minimum, 6 patientes maximum
 - Apporter une information aux futurs parents (grossesse, naissance, période périnatale, droits sociaux)
 - Effectuer un travail corporel
 - Responsabiliser les femmes et les futurs parents
 - Ménager un temps d'écoute des femmes, pour dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale



C Le travail direct (avec le couple) et la PNP

- Plan périnatalité 2005/2007
Comment mieux informer les femmes enceintes, recommandations pour les professionnels de santé
 - La première séance PNP est individuelle, peut être dédiée à un entretien
 - Suivi préventif de la grossesse
 - Anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales
 - **L'entretien est l'occasion de définir, pour la femme ou le couple, les contenus essentiels à aborder lors des séances de PNP**



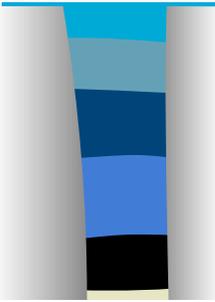
C Le travail direct (avec le couple) et la PNP

■ EPP Avril 2005 HAS Recommandations professionnelles

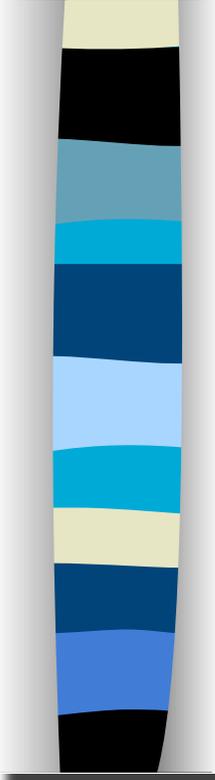
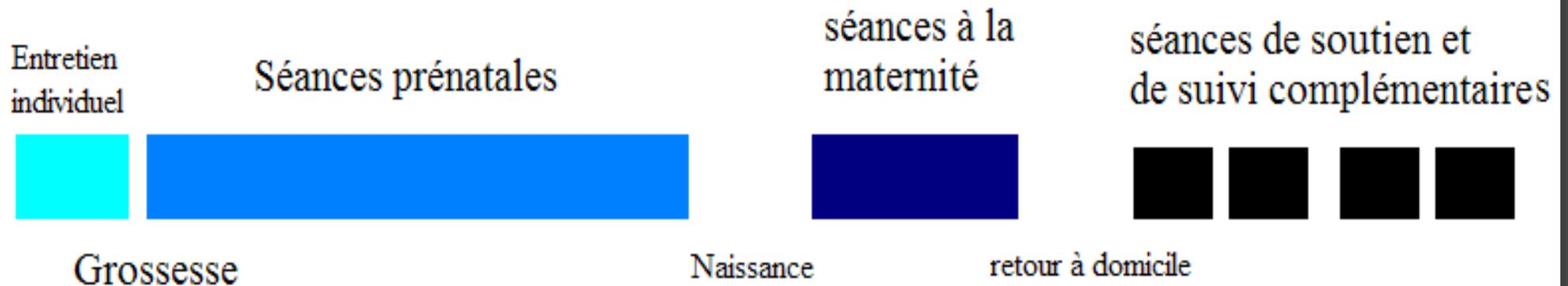
- A la demande de la DGS et des Sages-femmes pour accompagner les mesures du plan périnatal 2005-2007 Recommandations HAS :
- **«Comment mieux informer les femmes enceintes»**
- **Entretien individuel ou en couple** proposé **systematiquement** au cours du 1er trimestre et réalisé par la SF ou un médecin

■ Objectifs :

- prévenir les troubles du développement psychoaffectif des enfants
- Evaluer les besoins d'information, les attentes vis-à-vis des séances de préparation et les besoins éducatifs de la femme ou du couple.
- **≠ registre de la consultation médicale**
- « Education » : *processus continu d'apprentissage intégré à la démarche de soins. Il est centré sur le patient et comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale.*

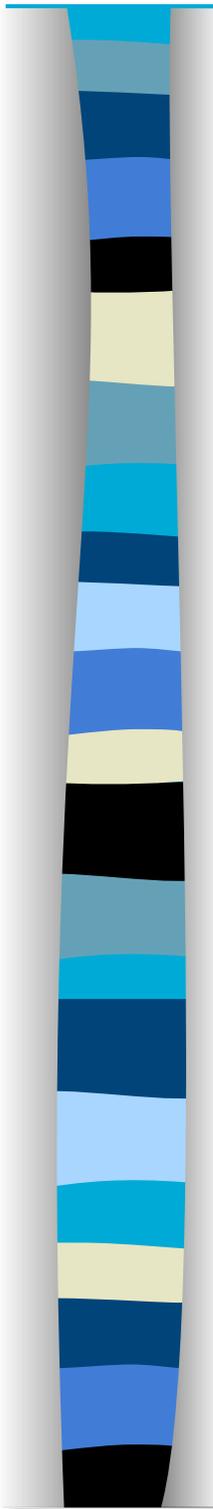


Planification de la PNP



Evaluation régulière, et adaptation du suivi selon les besoins

Coordination et transmission des informations dès l'entretien individuel



Mise en œuvre de la PNP

1 – Entretien précoce individuel ou en couple (**FORMATION Interdisciplinaire**)

2 – Coordination – Travail en réseau – Partage et transmission de l'information – Evaluation à tous les stades pour adapter le suivi

3 – Les séances prénatales

Programme structuré

Contenu adapté au stade de la grossesse

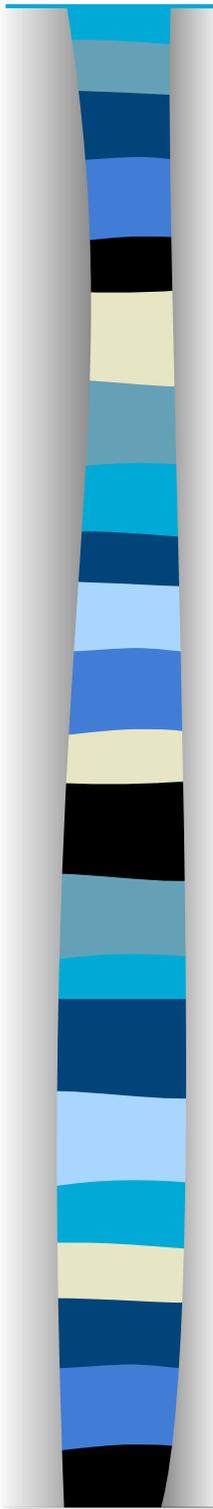
Info, repères, apprentissage, confiance en soi

Techniques éducatives

4 – Séances durant le séjour à la maternité

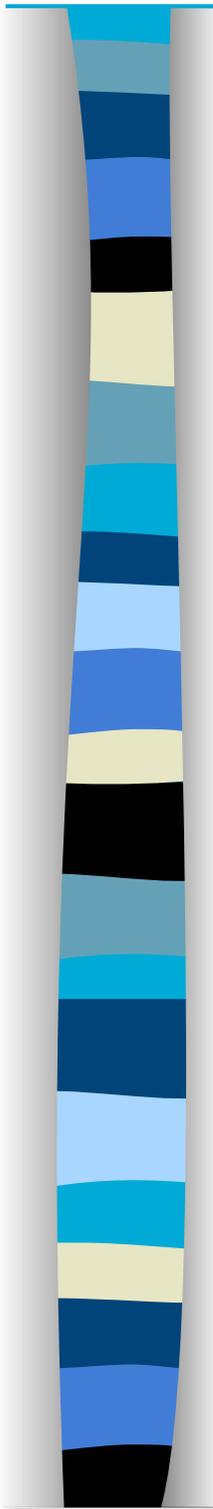
5 – Séances postnatales en cas de sortie précoce

6 – Evaluations individuelles



Objectifs spécifiques et contenu pour les séances prénatales (en dehors EPP)

- La compréhension et l'utilisation des informations (élaboration du projet de naissance)
- Apprentissage des techniques de travail corporel (postures, respiration, relaxation)
- Développement de compétences parentales (alimentation, hygiène, notions de développement psychomoteur)
- Développement de ressources personnelles (maîtrise du « stress », savoir où et quand consulter, connaître les associations d'usagers)



Conclusion : pour une prévention périnatale

- Pas de prévention en postnatal sans prévention prénatale
- Articulation interventions indirectes et directes essentielle
- Dialectique intervention primaire (Soins médicaux et PNP) et secondaire (Consultations spécialisées) cruciale
- Primauté de la prévention primaire :
 - Éloge de l'entretien du début de grossesse
 - Éloge des groupes de préparations à la naissanceLimites des « grupo non compatibles »
 - PNP = Prévention primaire MPS (accueil des variations psychologiques souvent de fortes amplitudes de la normale) + Prévention secondaire MPS (accueil des variations pathologiques bien discriminées)
- Groupes de préparation à la maternité + Consultations = espaces d'échanges avec les acteurs du **RESEAU externe** de santé mentale périnatale