

**Prévention précoce,  
parentalité et périnatalité**



Sous la direction de  
Michel Dugnat

# Prévention précoce, parentalité et périnatalité

The logo for Éditions érès features a stylized lowercase 'é' with a vertical line through its center, followed by the lowercase letters 'rès'.

Cet ouvrage est accompagné d'un cédérom qui ne peut être vendu séparément  
et dont le lecteur trouvera le contenu dans la table des matières.

Retrouvez tous les titres parus sur  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Illustration de la couverture :  
Raouf Karray

Version PDF © Éditions érès 2012  
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2886-0  
Première édition © Éditions érès 2004 (livre et cédérom)  
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

# TABLE DES MATIÈRES GÉNÉRALE

## Table des matières de l'ouvrage

### PROLOGUE

Prologue. Jeanne <i>Etty Buzyn</i> .....	9
Introduction. Prévention précoce et périnatalité psychique <i>Michel Dugnat</i> .....	15

### POUR (RE)PENSER LA PRÉVENTION

Bébés et résilience <i>Stanislaw Tomkiewicz</i> .....	29
Une ardente obligation : la prévention précoce <i>Michel Soulé</i> .....	39
La périnatalité en milieu vulnérable au Canada et aux États-Unis <i>Yvon Gauthier</i> .....	47
Paradoxes et perspectives de la prévention <i>Gérard Neyrand</i> .....	61



Des réseaux et des femmes <i>Michel Naiditch</i> .....	75
Prévention et vie psychique, ou comment accueillir les souffrances présentes en périnatalité ? <i>Denis Mellier</i> .....	89
Engagement-désengagement dans l'interaction dans les dyades mère-déprimée/bébé <i>Daniel Marcelli</i> .....	105
La temporalité d'une gestation incertaine : entre conjoint déserteur et enfant à venir <i>Patricia Rossi</i> .....	115
Scènes primitives en laboratoire À propos des effets subjectifs des procréations médicalement assistées <i>François Ansermet</i> .....	121
Entr'acte. Au risque du consentement éclairé Lettre d'une jeune accouchée à un médecin-chef de maternité <i>Sylvie Séguret</i> .....	131
PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES EN PÉRINATALITÉ	
L'haptonomie prénatale : une pensée du devenir de l'enfant <i>Catherine Dolto</i> .....	137
Préparer à la naissance : enfance de l'art, art de l'enfance <i>Odile Tagawa</i> .....	151
L'accompagnement parental : une démarche de prévention Notes de carnet d'une obstétricienne <i>Évelyne Petroff</i> .....	167

Prévention familiale en périnatalité <i>Élisabeth Darchis</i> .....	175
Être psychanalyste auprès d'une mère et d'un bébé : « Anna, une tour de contrôle ? » <i>Etty Buzyn</i> .....	183
Une approche préventive des aléas de la parentalité : l'histoire de Basile de Waardenburg <i>Pierre Delion</i> .....	191

#### SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE PÉRINATALES

Prévention des troubles relationnels précoces : bilan et perspectives pour une psychiatrie publique au service de la santé mentale périnatale <i>Michel Dugnat</i> .....	205
Bibliographie .....	221
Présentation des coauteurs .....	241
Remerciements.....	247



*Avec un dernier miaou pour Stanislaw Tomkiewicz dit Tom*  
(10 novembre 1925 – 5 janvier 2003)

*Avec une pensée pour Jeanne-Héloïse*  
(6 janvier 2002)

*Salomé*

(6 mars 2003)

*Inès (Tirana)*

(28 juillet 2003)

*Simon*

(9 août 2003)

*Inès (Alger)*

(30 septembre 2003)

*Camille (Alger)*

(8 février 2004)

*Valentin*

(4 mai 2004)

*Lucas*

(14 mai 2004)



*Etty Buzyn*

## Prologue

### Jeanne

Jeanne est une jeune femme de 43 ans, d'apparence juvénile, sculpteur, venue consulter pour un épisode dépressif qui dure depuis quelque temps déjà, mais n'est pas nouveau, puisque dans le passé, elle a déjà fait une dépression sévère, alors qu'elle venait à 20 ans de quitter sa famille pour les États-Unis.

Jeanne souffre de se mettre en retrait par rapport aux gens. Elle est dans l'évitement, craint de se livrer, de livrer à son insu des éléments refoulés, intimes et très douloureux, de son histoire.

Elle a une sœur jumelle à laquelle elle est très liée depuis toujours ; sa sœur est sage-femme. À 25 ans, la mère de Jeanne avait déjà ses cinq enfants. Les jumelles sont nées en première position, la maman avait 21 ans. Son mari et elle sont de modestes agriculteurs, et la ferme est distante de 60 km de la ville où l'accouchement a eu lieu.

Sa jumelle est née avec un poids de naissance convenable : 2,1 kg alors que Jeanne ne pesait que 1,5 kg et a été aussitôt mise en couveuse en néonatalogie.

L'hospitalisation de Jeanne a duré six semaines. Sa mère, après sa sortie de maternité, n'est jamais venue la voir, compte tenu de la distance et du fait qu'elle était débordée par son travail à la ferme et par Louise, la jumelle de Jeanne, qu'elle avait ramenée avec elle et qu'elle allaitait. Néanmoins, elle tirait pour Jeanne son lait que l'hôpital envoyait chercher.

Jeanne est donc rentrée en ambulance après six semaines d'hospitalisation pour faire enfin connaissance avec sa famille. Sa mère, dit-elle, n'avait aucune maturité et les traitait, elle et sa sœur, pendant la petite enfance, comme de petites poupées. Heureusement qu'il y avait des grands-mères affectueuses pour s'occuper des enfants pendant que leur mère travaillait à la ferme.

Elle s'interroge sur sa tendance dépressive alors que tout va bien dans sa vie. Elle est mariée depuis vingt ans à un homme brillant, son confident et son soutien indéfectible dans les moments où elle décompense. Leurs deux enfants adolescents, dont tous les deux, père et mère, s'occupent beaucoup, ne posent aucun problème. Jeanne est passionnée par la sculpture à laquelle elle s'est mise tardivement après avoir été professeur de mathématiques. Elle ressent une grande culpabilité à être sortie de son milieu social, et comble la différence de sa situation en étant très généreuse avec sa famille.

Elle éprouve en ce moment une grande difficulté à créer et veut s'occuper d'elle-même pour en finir avec les angoisses envahissantes qui la paralysent. Selon ses termes, elle a l'impression de tourner autour d'un espace de créativité dont toutes les portes lui seraient fermées, et dit-elle, « je souffre dans le vide ». Elle pleure des nuits entières, et pendant la journée dans son atelier à l'abri des regards.

Vers 3 ans, Jeanne a été hospitalisée pour une déshydratation sévère. Là non plus, elle n'a pas eu de visite, sa mère venant d'accoucher de son quatrième enfant. Elle a un souvenir très précis de ce petit lit d'hôpital dans lequel elle a le sentiment d'avoir en vain appelé au secours (sous-entendu sa mère). Mais elle est consciente du fait qu'être malade lui donnait un avantage sur sa sœur, et le droit de recevoir plus d'attention.

Jeanne et Louise avaient leur monde à elles et leur propre langage. Chacune à son tour jouait le rôle de la mère de l'autre. Mais alors que, brillantes sur le plan scolaire, elles demandent à poursuivre leurs études, elles transgressent la loi du père agriculteur pour qui lire et étudier était du temps perdu. Elles ont 14 ans et font ensemble leur première dépression pas reconnue comme telle et pour laquelle le médecin de famille prescrit des vitamines !

Jeanne évoque une coïncidence : ses dépressions interviennent toujours après un déménagement. C'est d'ailleurs le cas actuellement ; elle vient juste de terminer la décoration de sa dernière maison qu'elle adore, et où le rose est dominant : « Couleur de la chaleur qui m'a manqué, couleur de maternité », précise-t-elle.

Après avoir évoqué quelques éléments de l'histoire de Jeanne, j'en viens à ses sculptures qui apportent des indications précieuses sur les débuts de sa vie.

Jeanne fait essentiellement des têtes de bébé aux yeux fermés. L'affiche de sa dernière exposition représentait cinq têtes



de bébés autour d'une plus grande, une mère et ses enfants. Mais sa sculpture préférée est celle d'une main sur laquelle repose la tête d'un nouveau-né. « Une main protectrice », précise-t-elle.



Elle poursuit : « L'âme d'un nourrisson est très sérieuse et n'a rien d'enfantin. Mais le bébé a tout de même grand besoin d'une protection avec un grand P. Et c'est comme si je devais construire cette protection moi-même et que je sois la seule qui puisse le faire dans l'intimité de mon atelier. » Et sur un ton où perce son désespoir : « Je

veux juste faire ça. Il faut que ça marche et j'ai si peur d'échouer. Ce serait très grave pour moi. J'ai peur de m'effondrer tout à fait » (ce qui renvoie à la peur de l'effondrement de D.W. Winnicott).

La nuit qui a précédé la séance suivante, Jeanne dit avoir sangloté : « Ça venait de très loin, d'une sorte d'attente pas satisfaite, pas parce que l'autre ne veut pas, mais parce qu'elle ne peut pas être là (sans doute en référence à sa mère absente après sa naissance). On ne peut compter que sur soi. Il faut accepter qu'il n'y ait pas quelqu'un pour vous prendre dans ses bras au moment où on a besoin de secours. Ma mère n'y pouvait rien, mais ça ne retire rien au manque que j'ai pu ressentir. »

« Hier, j'ai pu retourner dans mon atelier installé dans la cave. Elle est sombre et froide, mais j'y suis bien et comme protégée, même si en haut, la lumière me réchauffe. Je voulais faire des nids. J'ai mis une tête de bébé dans une de ces grosses bulles d'air de papier plastique d'emballage. Ce n'était pas un nid qui réchauffait. Il était froid. Je reconstituais une réalité que j'ai peut-être vécue en couveuse. J'étais si mal alors que je suis remontée au salon à la lumière et j'en ai posé une dans un nid très doux, un tissu clair que j'avais acheté exprès. C'était une tête très jolie avec des fissures très belles que j'ai faites aux endroits où moi je souffre quand j'ai mal à la tête. » Elle ajoute que « les fissures apportent plus de vérité ».

On comprend que cet enfant, exposé à une absence aussi radicale, ne soit plus que douleur en deçà même d'une possibilité de cris ou de larmes, et comme enfermé dans un monde d'incommunicabilité face à une mère muette aux désirs et au désespoir de son bébé.

Lors d'une autre séance, Jeanne évoquera son désir de sculpter des croix roses. « La croix rose, explique-t-elle, c'est la mort et la vie conjuguées. Le rose est une couleur thérapeutique, celle de la chaleur qui m'a manqué, j'en ai mis partout dans ma nouvelle maison. »

Elle poursuit : « La mort n'est pas si terrible, c'est une solution facile plutôt que de souffrir et d'être en détresse. La limite pour passer d'un côté à l'autre ne paraît pas si compliquée à franchir. D'ailleurs, j'ai fait une multitude de têtes de bébés aux yeux fermés pour mon exposition [environ cent] pour créer un peuple si nombreux que de *l'autre côté*, il n'y ait pas de sentiment de solitude et un réconfort possible. »

« Mon dernier projet, c'est de faire un bas-relief avec une tête de bébé dans la courbe d'un point d'interrogation, un bébé qui interroge encore et encore », conclut-elle les larmes aux yeux.

Pour revenir à la richesse de ce matériel évoqué par Jeanne dans sa sculpture, je ferais référence à Francis Bacon pour qui « peindre, c'est rendre immédiatement sensible par l'image un affect inconscient. C'est faire apparaître sur la toile et chez le visiteur d'une façon instantanée et viscérale une douleur profonde et peut-être première ».

Jeanne ne représente-t-elle pas le nouveau-né confronté à l'angoisse du vide de réponse à ce qu'il ressent ? Des réponses absentes à des questions qui n'ont pu rester qu'informulées dans ce que Freud définit comme « la détresse originaire du nouveau-né » et Bion comme « la terreur sans nom du nourrisson » ?

Je vous laisse le soin d'associer à votre guise à propos de ce matériel archaïque qui m'a personnellement beaucoup émue et m'a confirmée sur le vécu des nouveau-nés en néonatalogie où j'ai longtemps travaillé. Et m'est revenue en mémoire cette assertion de S. Ferenczi : « Le nourrisson n'est empêché que par beaucoup d'amour de retourner au néant proche d'où il vient. » Et sans doute s'en est-il fallu de peu que Jeanne prenne le chemin inverse de la vie. Le lait maternel a-t-il fait le lien avec sa mère, lien à la fois charnel et symbolique ?

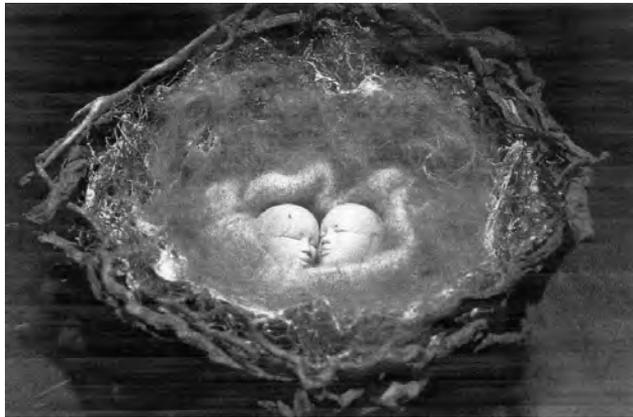
Pour Jeanne, qui vit dans la crainte d'un effondrement – lequel, selon Winnicott, serait le symbole résiduel d'une dépression ancienne, d'une agonie d'autrefois, d'une sensation au-delà de l'angoisse –, quelque chose se serait produit dans le passé sans qu'aucun affect n'ait été ressenti par elle à l'époque du fait de l'immaturation du sujet. Le surgissement actuel de cet affect en est comme la remémoration. C'est un retour des éprouvés de l'époque de l'immaturation, de la dépendance absolue et de l'époque du danger de la perte d'objet.

Au début des années 1960, la psychanalyse n'avait pas encore pénétré les services de périnatalité, *a fortiori* dans la France provinciale, et encore moins la prise en compte de la douleur chez le nouveau-né et le jeune enfant, prise en compte qui, elle, est très récente.

À cet égard, je me souviens de ce que me disait une fillette que je revoyais quatre ans après son hospitalisation pour une maladie rénale dans le service de pédiatrie où je travaillais : « J'avais très mal quand on me mettait les aiguilles dans la tête, mais je ne pouvais pas le dire. » Elle avait 7 mois à l'époque...

Si Jeanne avait pu bénéficier en néonatalité d'un soutien de paroles pour l'accompagner dans sa détresse psychique, elle aurait peut-être fait l'économie d'une dépression au long cours, expression symptomatique de sa souffrance précoce et muette. Ce qu'elle exprime modestement ainsi : « La sculpture me permet de redire les choses. » Une sculpture équivalente à une remémoration d'un passé en attente d'être revécu, pour être enfin mis en paroles et entendu par un témoin privilégié. Jeanne à qui, après avoir longtemps hésité, j'ai demandé l'autorisation de parler d'elle devant un public de professionnels m'a répondu : « Si cela peut servir à ce que d'autres bébés ne souffrent pas, j'en serais heureuse. Pour moi, mes sculptures ne sont que des bouteilles à la mer qui ont peu de chance d'atteindre leur but... »

Je souhaite avoir été son messenger fidèle.





*Michel Dugnat*

## Introduction

### Prévention précoce et périnatalité psychique

Jeanne serait-elle devenue sculpteur si elle n'avait été prématurée et jumelle, séparée de sa mère pendant six semaines après la naissance au milieu du siècle dernier par la nécessité d'une hospitalisation néonatale ? Aurait-elle rencontré l'écoute d'une analyste sensible à l'élaboration de ses souvenirs inscrits dans les signifiants de son histoire ? Et si elle n'avait pas eu la chance de cette écoute ?

La prévention est prétention humaine – trop humaine ? – d'influer, positivement, sur le cours d'une (ou de) vie(s). Dans les romans de science-fiction qui jouent à mettre en co-occurrence deux scénarios – celui dans lequel le retour dans le passé d'un élément du présent vient troubler celui-ci, et celui qui a mené jusqu'au vrai présent protégé –, toutes les variantes sont possibles. Si la prévention a pu être l'objet de tant d'invocations mais aussi de tant de sourdes résistances, est-ce parce qu'elle porte en elle la promesse d'un avenir meilleur tout autant que le constat désabusé qu'il pourrait en être autrement, en particulier pour le soignant ?

On émettra l'hypothèse (sans prétendre à plus) que la participation de la prévention à l'imaginaire collectif de diverses professions, sa dimension de fiction théorique (avec les diverses dimensions de la fiction : existence d'un scénario, mouvement de rêverie...) ou d'illusion (au sens étymologique favorable de l'entrée dans le jeu), tiennent à cette part de rêve d'un autre possible, passé ou présent, meilleur ou supposé tel. Nostalgie de la toute-puissance infantile, diront ou voudront penser certains, mise à l'œuvre (sisyphéenne, faustienne, prométhéenne) du meilleur de la condition humaine, soutiendront d'autres. La mythologie du progrès – décriée au risque de jeter le bébé avec l'eau du bain – contribue à cet imaginaire. Mais dans une période où l'ordre des comptes menace de régenter toujours plus de pans de l'activité humaine, c'est aussi parée des atours de l'éco-

nomie ou des économies qu'elle promettrait, en particulier sur les soins coûteux ou longs ou lourds, que la prévention est courtisée.

C'est à une modeste promenade dans ces questions faite de détours et de digressions que cet ouvrage invite. Il le fait dans un champ large : celui de la santé mentale, et dans une période brève mais cruciale : celle de la périnatalité. Il soutient que ce moment de la naissance est aussi celui de l'émergence d'une parentalité. Il le fait sans le souci de l'évaluation de ces politiques (qui a fait l'objet d'autres réflexions aux éditions érés).

## LA OU LES PRÉVENTIONS ?

Le terme de prévention est de longue date un de ces objets sémantiques non identifiés qui alimentent les échanges et les malentendus, et participent de l'imaginaire professionnel, voire collectif.

Il a été utilisé dans des acceptions diverses, dans des champs très différents de l'action médicale et sociale (même si on prend comme point de départ arbitraire l'après-Deuxième Guerre mondiale, comme le fait Gérard Neyrand). Une relecture de l'évolution et de l'utilisation de ce terme dans ses différents champs serait certainement très complémentaire de la lecture du dictionnaire à laquelle nous invitent plusieurs auteurs.

Une étape marquante reste la conceptualisation qu'en donnent Michel Soulé et Jeanine Noël dans leur chapitre « La prévention médico-psycho-sociale précoce » du *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, dans les années 1980. Plus d'une vingtaine d'années après leur expérience, restée unique, un regard sur l'état concret des pratiques issues de cette formalisation, qui se sont partiellement et inégalement développées en fonction du contexte géodémographique, fait penser qu'il est nécessaire et peut-être possible de mieux distinguer les différentes dimensions de la prévention : médicale, sociale et psychique (cf. Neyrand et coll., 2003). Plusieurs auteurs de cet ouvrage nous y invitent (en particulier Gérard Neyrand et Denis Mellier), insistant aussi sur l'impératif de penser la spécificité de la troisième dimension (psychique). Ces trois dimensions obéissant manifestement à des logiques implicites ou explicites qu'il importe de distinguer, avant peut-être de les renouer, l'unité de la prévention reste plus un objectif qu'un constat.

Dans un contexte de floraison de rapports sur le thème de la prévention dans le secteur sanitaire, la polysémie du terme, avec l'ensemble de ses annotations et connotations, nécessite d'assumer l'impossibilité d'en donner une définition

exhaustive, et de tenter modestement de faire valoir la richesse et la complexité de cette notion pour en préparer la déconstruction et peut-être le renouvellement. Il faut passer du macroscopique au microscopique (des politiques de santé publique à la clinique de l'intime), des réseaux régionaux de périnatalité aux réseaux locaux autour d'une maternité, du plan panoramique sur les disparités nationales au focus sur une maternité donnée.

Cet ouvrage propose quelques réflexions sur les fondements de la prévention, l'exposé de recherches contribuant à orienter en périnatalité la mise en œuvre, la présentation de pratiques cliniques dont la valeur préventive, manifeste pour certains, est niée par d'autres, la description d'expériences concrètes d'actions inter-institutionnelles novatrices, etc. Il le fait avec un postulat qui a de bonnes chances de finir transformé en théorème, c'est-à-dire prouvé : si des actions de prévention sont possibles et souhaitables en matière de santé, et plus particulièrement de santé mentale tout au long de la vie, la santé mentale périnatale est le socle sur lequel se construit l'avenir d'un sujet à advenir, l'enfant. À cela, un corollaire : la période périnatale est un moment essentiel pour la parentalité naissante dont on connaît l'importance pour le devenir de l'enfant.

Ce chapitre évoque les contributions d'expérimentations innovantes, présentées dans le cédérom, pour mieux proposer une réflexion sur les perspectives et les résistances.

#### PROMENADE DANS LES PRÉVENTIONS INNOVANTES

Les contributions ont été regroupées : celles décrivant des expériences de pratiques préventives novatrices d'une part, et les contributions plus générales d'autre part. Pour des raisons de volume et de coût, dans une volonté de rendre accessibles ces expériences trop rarement décrites à un lectorat divers, cet ouvrage fait appel à deux supports différents : l'un traditionnel, le livre, l'autre plus original, un cédérom. Celui-ci permet au lecteur de consulter, puis d'éditer sur un ordinateur les chapitres consacrés aux innovations que nous souhaitons évoquer ici, rassemblées dans cette seconde partie de l'ouvrage.

Commençons par la conception : les évolutions techniques en matière de conseils génétiques comme en matière de procréation assistée nécessitent la création de dispositifs nouveaux pour lutter contre une possible iatrogénie : *Anne Aubert-Godard*, psychanalyste, choisit de montrer comment il n'est pas impossible, au sein d'une consultation de génétique prénatale, d'articuler une préoccupation de prévention psychique et les enjeux liés aux avancées de la génétique.

Dans ce moment même de la consultation par les parents du généticien, une attention particulière à la vie psychique rend accessible à une prévention de certains traumatismes liés à l'annonce portant sur le potentiel génétique de la famille ou d'une partie de la famille, cela dans une dimension généralement inter ou transgénérationnelle. Il s'agit là d'une forme de clinique individuelle tout à fait particulière, rendue utile par la perspective d'avancées très proches dans un domaine qui soulève des questions éthiques considérables.

Celles-ci auront sûrement à tenir compte de l'évolution du droit et de la mise en œuvre, dans le domaine de la périnatalité, de l'évolution juridique concernant le consentement éclairé. Dans *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*, sous la direction de Sylvie Gosme-Séguret, Marie-France Mazars montre comment l'évaluation du droit influe sur les pratiques cliniques et le positionnement des parents.

Continuons par la grossesse : le Réseau de santé du Haut-Nivernais présenté par *Stéphane Casset* (médecin généraliste) et *Danièle Capgras-Baberon* (sage-femme) constitue un exemple abouti de réseau local de périnatalité. Articulé au Réseau régional de périnatalité de Bourgogne, il met en œuvre les règles de fonctionnement d'un authentique réseau à échelle humaine, ce qui le différencie radicalement des filières de soins. Évalué à plusieurs reprises, il prouve, à un moment donné et sur un territoire donné, que le dépassement des clivages habituels entre professionnels des fonctions publiques (territoriale et hospitalière) et libéraux, entre professionnels hospitaliers et médico-sociaux, entre somaticiens et psychanalystes, rend possible une sécurité globale de la grossesse, de la naissance et du post-partum pour le fœtus, la femme enceinte puis le bébé, voire le père... Il reste à en démontrer la reproductibilité sur des territoires et à des échelles différentes.

*Marcelle Delour*, médecin responsable de la PMI à la DASES de Paris, dit comme en écho à Michel Soulé sa conviction que la protection maternelle et infantile peut contribuer, à travers la formation de ses personnels, à la prévention psychique précoce en période périnatale, dans le respect de ses mandats et de ses missions en zone hyperurbaine.

Mais comment, au-delà de ces souhaits, les expériences sont-elles possibles, qui viennent concrétiser cet espoir partagé par de nombreux professionnels d'une possible prévention précoce ? *Babeth Guinamard*, chargée de mission, et *Anne-Yvonne Lenfant*, ancrées dans le terrain de la politique « Petite enfance » d'une collectivité territoriale municipale (la mairie de Valenciennes), montrent comment il ne suffit pas d'une volonté politique de proximité pour développer une politique communale de prévention en très petite enfance. Il apparaît clairement au récit de

cette expérience qu'un dispositif de supervision proche des équipes de terrain est un facteur essentiel de qualité des pratiques et de respect des enfants comme de leurs parents dans une logique de bienveillance.

*Dominique Lardière, Françoise Tendron* (pédiatres de PMI en Loire-Atlantique) et *Nicole Garret-Gloannec* (pédopsychiatre), à travers le récit de l'expérience du Centre nantais de la parentalité, montrent comment il est concrètement possible, bien au-delà de la simple juxtaposition d'activités parallèles dans les mêmes locaux, de penser un dispositif fortement appuyé sur l'observation des bébés. Celui-ci associe équipes de pédopsychiatrie de service public et de protection de maternelle infantile (la collectivité territoriale impliquée est alors le département) pour le plus grand bénéfice des enfants et de leur famille.

Du Chili, avec le travail de *Monica Kimelman*, professeur de pédopsychiatrie à Santiago, vient le rappel que la transformation des pratiques de base en maternité est un élément essentiel de transformation des représentations sur l'enfant des familles, et notamment des mères adolescentes et en situation précaire.

L'hospitalisation conjointe mère-bébé apparaît dans ce contexte comme une prise en charge très spécifique, réservée aux situations relativement rares où la pathologie mentale maternelle du post-partum précoce vient perturber la constitution du lien parent/enfant : l'étude globale de *Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal*, chercheur à l'unité 149 de l'INSERM, comme la présentation de la principale unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé de France par *Patrick Chardeau*, son responsable, prouvent que l'inclusion dans les différentes modalités de travail en réseau et les différents réseaux justifient l'existence de ce genre de structures de soin.

Savoir si la pédopsychiatrie n'a pas à utiliser la santé mentale en périnatalité et la psychiatrie périnatale pour contribuer à une prise en charge plus précoce de l'autisme reste une préoccupation forte. Psychanalyste et pédopsychiatre, *Jean-Noël Trouvé*, à travers une réflexion sur les modalités concrètes de la prévention pour les états autistiques, nous montre comment peut s'articuler la question de prise en charge des états psychotiques chez l'enfant et de la relation parents-bébé.

Ces contributions montrent une fois de plus que le développement d'un travail en réseau nécessite d'articuler le tissu informel des relations entre des acteurs de la périnatalité convaincus de la nécessité de la prévention psychique avec les dispositifs officiels existants, préconisés ou évoqués dans les textes, comme les réseaux de périnatalité ou les commissions régionales de la naissance (créées par l'arrêté du 8 janvier 1999).

Au terme de cet itinéraire dans des expériences novatrices, des éléments d'actualité méritent d'être évoqués.