

TROUBLES RELATIONNELS
PÈRE-MÈRE/BÉBÉ : QUELS SOINS ?

Ont collaboré à cet ouvrage :

Michèle Anicet
Martine Arama
Anne Aubert-Godard
Odile Bolle-Fouanon
Ian Brockington
Eric Cao
Bertrand Cramer
Michel Dugnat
Bernard Durand
Gérard Grelet
Catherine Isserlis
Ramesh Kumar
Serge Lebovici
Françoise Molénat
Marie Rose Moro
Gérard Mosnier
Lynne Murray
Edmond Perrier
Quitterie de La Noë
Isabelle Réal
Ouriel Rosenblum
Marie-Thérèse Roure
Rose-Marie Toubin

Une présentation détaillée des auteurs figure en fin de volume.

Sous la direction de Michel Dugnat

TROUBLES RELATIONNELS

PÈRE-MÈRE/BÉBÉ : QUELS SOINS ?

Hospitalisation conjointe et
réseaux de soins précoces en périnatalité

Préface de Gérard Mosnier

érès

Cet ouvrage collectif est issu des deuxièmes journées nationales de l'hospitalisation conjointe organisées les 6 et 7 avril 1995 à l'hôpital de Montfavet par l'unité de traitement des troubles de la relation précoce (textes de Michèle Anicet et Ouriel Rosenblum), du colloque « Troubles relationnels précoces père-mère/bébé : quels soins ? » organisé au Palais des Papes d'Avignon par l'Association recherche (in) formation périnatalité (ARIP) le 8 avril 1995 (textes de Gérard Grelet, Ramesh Kumar, Ian Brockington, Bernard Durand, Françoise Molénat, Edmond Perrier) et comporte des contributions originales (Catherine Isserlis, Lynne Murray, Marie-Rose Moro, Anne Aubert, Michel Dugnat) ou remaniées (Bertrand Cramer, Serge Lebovici).

Les deuxièmes journées nationales de l'hospitalisation mère-enfant (Avignon Montfavet 6 et 7 avril 1995) ont été organisées par l'ARIP avec :

— le soutien de l'équipe de l'unité mère-bébé : Marie-Annick Arnaud, Françoise Belin, Rachel Casteran, Fabienne Cayol, Catherine Ciaravino, Françoise Dame, Danièle Eysseric, Simone Fregni, Rolande Frisina, Marie-Josée Gaffet, Claude Garrigos, Christine Jammes, Anne Rosen Jolivet, Madeline Labenère, Andrée Magne, Marie-Thérèse Mazzuchin, Geneviève Perchet, Edith Reyssac, Guy Sicard, Danielle Toulemand, Danièle Valentini ;

— le concours de l'intersecteur Nord Vaucluse : Monique Lacroix, Bernard Louche ;

— et l'aide du centre hospitalier de Montfavet-Avignon, en particulier Gérard Mosnier et André Durand.

Le premier colloque de périnatalité d'Avignon (Palais des papes, Avignon 8 avril 1995) « Troubles relationnels précoces père-mère/bébé » a été organisé par l'ARIP (Michel Dugnat, Michèle Anicet, Claude Garrigos, Guy Sicard, Christine Jammes, Bernard Louche, Monique Lacroix, Danièle Raoux, Andrée Magne, Geneviève Perchet) avec le concours du conseil général du Vaucluse (Dr Milon) et le soutien des associations « Bien naître en Vaucluse » (Dr Jean Voisin), et ASERPSY (Pr Sébastien Giudicelli). Merci à tous.

Et merci à Christiane Souillot pour son patient secrétariat, à Jean-Michel Pacros (PLUS IV AUDIO) pour les enregistrements, à Andy Corsini, Christian Coutard, Elke David et Marie Fabre pour les traductions de l'anglais, à Mireille Balzeau pour son aide multiforme.

Pensées pour Simon (1^{er} avril 1996), Lisa (4 mars 1996), Pierre (8 mai 1996), Matthieu (13 mai 1996), Emmanuelle (26 septembre 1995), Emna (17 octobre 1995) et Kenza (17 octobre 1995), Mathieu (22 mars 1996).

Illustration de couverture :
Raouf KARRAY

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2966-9
Première édition © Éditions érès 1996
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

Préface par Gérard Mosnier	7
Réseaux de soins précoces et hospitalisation conjointe mère-bébé : logiques contradictoires ou possible complémentarité ? <i>Michel Dugnat, Martine Arama, Eric Cao</i>	9

I. TROUBLES DE L'INTERACTION PRÉCOCE ET DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE DE L'ENFANT

La transmission intergénérationnelle ou quelques considérations sur l'utilité de l'étude de l'arbre de vie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé <i>Serge Lebovici</i>	19
La naissance de la vie psychique <i>Bertrand Cramer</i>	29
Influence de la communication mère-bébé sur le développement psychologique de l'enfant <i>Lynne Murray</i>	39
Psychiatrie périnatale <i>Ramesh Channi Kumar</i>	57

II. DES RÉSEAUX DE SOIN EN PÉRINATALITÉ

Vers des réseaux de soins précoces <i>Françoise Molénat, Rose-Marie Toubin</i>	73
La sécurité globale offerte par une maternité de proximité <i>Gérard Grelet, Marie-Thérèse Roure</i>	89

Les difficultés du psychiatre d'adultes dont la patiente devient mère <i>Edmond Perrier</i>	97
Hospitalisations conjointes en pédiatrie <i>Catherine Isserlis, Odile Bolle-Fouanon</i>	105
Penser et soigner les bébés de l'exil Consultations thérapeutiques mère-enfant en situation transculturelle <i>Quitterie de La Noë, Isabelle Réal, Marie Rose Moro</i>	123

III. L'HOSPITALISATION CONJOINTE EN UNITÉ MÈRE-BÉBÉ

Naissance d'une triade père-mère/bébé suffisamment bonne après une grossesse paradoxale chez une femme psychotique délirante ou De la rencontre féconde des transferts sur l'analyste, le cadre et le bébé <i>Anne Aubert-Godard</i>	139
L'expérience anglaise des unités mère-bébé : un bref historique <i>Ian Brockington</i>	163
Les unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant en France : des structures expérimentales ? <i>Bernard Durand</i>	169
L'unité de traitement de la relation mère-bébé du centre hospitalier de Montfavet <i>Michèle Anicet</i>	179
Mères toxicomanes et leurs bébés dans une unité résidentielle de postcure <i>Ouriel Rosenblum</i>	187
Eléments de bibliographie <i>réunis par Bernard Durand et Michel Dugnat</i>	197

ANNEXES

Extraits de la circulaire ministérielle n° 70 du 11 décembre 1992.....	203
Unités mère-enfant et capacités d'hospitalisation conjointe en France au 1 ^{er} mai 1996	207
Présentation des coauteurs	209

Préface

C'est un grand honneur pour moi de présenter cet ouvrage collectif sur le thème des troubles relationnels père-mère/bébé. Il est issu des actes du premier colloque international de périnatalité d'Avignon tenu le samedi 8 avril 1995 au Palais des Papes. Cette manifestation a réuni près de huit cents personnes venant de différentes régions de France mais aussi de plusieurs pays d'Europe. Elle faisait suite aux deuxièmes journées nationales de l'hospitalisation mère-bébé organisées à l'hôpital de Montfavet. Les deux manifestations ont été l'occasion pour des professionnels d'horizons différents de confronter leurs expériences, leurs réflexions sur le problème des troubles relationnels précoces père-mère/bébé et sur les réponses thérapeutiques à y apporter. Dans un contexte amical et international, des liens durables ont pu se nouer entre les personnes et entre des équipes soignantes différentes, montrant ainsi la richesse et l'intérêt de ce type de manifestation. Après le deuxième colloque international des 22 et 23 juin 1996, « le monde relationnel du bébé » (T.B. Brazelton D.N. Stern), on peut espérer qu'une décision sera prise pour pérenniser ces rencontres de périnatalité en Avignon.

Les actes du premier colloque ont été enrichis par un volume presque égal de contributions complémentaires sur le thème. L'ensemble de l'ouvrage permet de mieux cerner le problème de santé publique posé par les psychoses et les dépressions liées au post-partum et leurs conséquences sur le développement de l'enfant.

Le champ de la périnatalité est aujourd'hui un domaine d'investigation de la psychiatrie, à côté des soins somatiques, donnant naissance à une nouvelle approche soignante qu'on peut qualifier de psychiatrie périnatale. L'importance du problème de la dépression liée à l'accouchement est grande puisqu'elle touche plus de 10 % des parturientes, avec une prévalence forte chez la femme primipare et avec des conséquences lourdes pour la mère et l'enfant. Il est donc temps que les

pouvoirs publics s'intéressent réellement à ce problème de santé publique en prenant des mesures de prophylaxie, de dépistage et de soin de ces situations.

Cet ouvrage met en évidence les réponses soignantes apportées aux problèmes psychiatriques de la périnatalité qui s'organisent sur le terrain en fonction de l'intérêt et de la bonne volonté des équipes. L'hospitalisation mère-bébé constitue un élément important de cette réponse thérapeutique qu'il convient de mieux apprécier dans ses besoins, et l'Etat, en sa qualité de planificateur sanitaire, se doit d'intervenir pour mieux définir géographiquement les équipements nécessaires sur le plan intersectoriel, voire même régional. Si l'on veut demain avoir un outil de soins adapté et efficace dans ce domaine, il convient aujourd'hui de définir des indices de besoins, de faciliter la création des équipes pluriprofessionnelles en gommant toute référence à un intersecteur de pédopsychiatrie, pour inscrire ces démarches dans une approche plus large géographiquement.

Il est remarquable qu'en France, à la différence de nos voisins anglais, cet aspect de la psychiatrie ait été investi, à part quelques rares exceptions, par les équipes de psychiatrie infanto-juvénile. Pourtant, la psychiatrie périnatale constitue une interface naturelle entre psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile et illustre bien l'évolution nécessaire dans l'avenir vers un rapprochement des équipes appartenant à ces deux spécialités.

Dépasser les clivages mis en place par l'organisation des soins, faire émerger un travail en réseau associant l'ensemble des acteurs médicaux (généralistes, obstétriciens, pédiatres et psychiatres) sont des objectifs prioritaires à prendre en compte. Cette démarche doit permettre à chacun de prendre en charge les troubles psychiatriques du post-partum en laissant les cas les plus lourds nécessitant une prise en charge intensive de la relation mère-bébé aux psychiatres et le travail « indirect » de soutien aux compétences des équipes de maternité, de pédiatrie, de néonatalogie, de protection maternelle et infantile.

Enfin, l'articulation de l'hospitalisation et du travail en réseau doit se faire avec les autres dispositifs psychiatriques existants (CMP et soins ambulatoires). Il faut noter que certaines structures se sont déjà adaptées à ces situations en organisant à côté de l'hospitalisation temps plein de la mère et de l'enfant, une prise en charge à la journée. Dans tous les cas, ces démarches de soins ne se justifient que si elles débouchent sur une prise en charge réelle et effective simultanément de la mère et de l'enfant.

Je souhaite que la publication de cet ouvrage favorise une meilleure conscience du problème sanitaire posé et contribue à une plus grande adaptation des réponses thérapeutiques qui y sont apportées.

Montfavet, avril 1996
Gérard Mosnier

Michel Dugnat, Martine Arama, Eric Cao

Réseaux de soins précoces et hospitalisation conjointe mère-bébé : logiques contradictoires ou possible complémentarité ?

Les travaux récents de la psychopathologie du nourrisson montrent comment le traitement des troubles de la relation entre le bébé et ses proches prévient les troubles psychiques du jeune enfant.

L'attention croissante aux troubles de la relation précoce mère-enfant par les équipes de maternité, de pédiatrie, de pédopsychiatrie, les services médico-sociaux et judiciaires conduit au développement d'un champ nouveau en cours de définition : celui de la périnatalité. Ces professionnels très divers apprennent à collaborer et à agir précocement auprès du bébé dans une visée préventive. Le soutien et la prise en charge des mères présentant des difficultés psychiques dans le post-partum participent à cette prévention. Les professionnels de la grossesse et de la toute petite enfance ont des formations initiales différentes (médicales, paramédicales, sociales ou juridiques), travaillent dans des cadres variés (exercice libéral ou public, pratique en institution ou en réseau, soins somatiques ou psychologiques) et sont rassemblés par le bébé, sa mère et son père, avec des modes d'intervention et des objectifs parfois contradictoires.

Cet ouvrage s'inscrit dans les réflexions récentes sur la périnatalité. Il confronte des pratiques novatrices comme celles des unités d'hospitalisation mère-enfant en Angleterre et en France (UME) et du travail en réseau, avec les préoccupations quotidiennes des équipes des obstétriciens, des pédiatres, des juges, des psychiatres.

Loin de vouloir répondre de façon exhaustive à la question posée dans son titre, l'ambition de cet ouvrage est de faire état des interrogations suscitées par ces

pratiques de soins nouvelles et de témoigner de la nécessité d'une prise de conscience des enjeux de la périnatalité en terme de santé publique. Encore trop rares, ces pratiques se développent rapidement et ce recueil se veut une contribution à l'évolution et au développement de ces soins intensifs requis par la dyade mère-bébé ou la triade père-mère/bébé, quand une souffrance psychique grave vient entraver la maternalité et donc la naissance de la vie psychique chez le bébé (cf. revue partielle in Duchesne et Roy, 1991).

Si le concept d'interaction permet la réflexion sur la naissance de la vie psychique et ses vicissitudes (e.g. Lebovici, 1983), et inspire de multiples réflexions sur les réponses à apporter aux troubles relationnels en général (e.g. Cramer, 1992 ; Stern, 1996), si se rapprochent avec lenteur les différents services PMI, pédopsychiatrie, ASE que dès les années 70, Michel Soulé souhaitait voir rassemblés dans un service unifié de l'enfance, il nous semble que les réponses apportées en France aux troubles relationnels mère-bébé précoces et graves (souvent liés à une pathologie psychiatrique du post-partum) restent fragmentaires. La psychiatrie périnatale n'y est pas assez connue (malgré Beetschen et Charvet, 1978). Leur prise en charge sollicite lourdement les différentes équipes (J. Roy, 1991) sans pour autant que les effets soient à la hauteur des efforts mis en œuvre. Dans ce contexte, le développement des unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant en (pédo)psychiatrie (fréquemment dénommées unités mère-enfant) apporte un outil supplémentaire au moment où la question centrale est celle de la mise en réseau des compétences des professionnels mobilisés au sein des dispositifs de soins déjà existants (Molénat, 1992).

Mais ce nouvel élément de l'hospitalisation mère-enfant n'est pas encore assez pensé dans sa globalité et dans son articulation avec les autres acteurs de la périnatalité. Cette dizaine d'unités a donc vocation à participer à la réflexion d'ensemble sur les pratiques en périnatalité. Si on sait que le retrait d'un enfant à sa mère présentant une pathologie psychique au long cours reste chose banale (David, 1990), il est difficile de savoir ce qui est actuellement proposé aux bébés des femmes présentant un épisode psychopathologique aigu dans le post-partum et à celles-ci. Mais il est surtout particulièrement net que les conséquences de la dépression maternelle sur le développement affectif et cognitif des enfants de mères déprimées ne sont actuellement pas suffisamment prises en compte. Or ces conséquences qui commencent à être reconnues grâce à des enquêtes épidémiologiques (e.g. Murray, 1995) ont été mises en évidence en psychopathologie clinique de longue date (cf. revue in Guedeney, 1989). Et que dire des difficultés après la naissance d'un bébé, des femmes présentant des troubles narcissiques que la maternalité renvoie brutalement à ce qu'elles ont connu ou n'ont pas vécu pendant leur toute petite enfance et auxquelles des réponses trop souvent seulement sociales sont faites ?

Les travaux britanniques concernant la psychiatrie périnatale (Kumar, 1988 ; Brockington, 1982) déjà anciens n'ont guère traversé la Manche jusqu'à présent,

mais la pratique de l'hospitalisation conjointe mère-enfant l'a fait avec vingt ans d'écart soit dans le cadre d'unités d'hospitalisation (e.g. Isserlis, 1980), soit sous la forme de prise en charge exceptionnelle (e.g. Dugnat *et al*, 1990). Par ailleurs, malgré les limites rencontrées, certaines maternités (e.g. Barret, 1989) ont défendu une conception globale de la périnatalité et commencé à prendre leur part de ce travail de prévention et d'intervention auprès des mères et des bébés en souffrance psychique, tout comme les services de pédiatrie et de PMI. Devant cette évolution des pratiques, il faut, pour participer à transformer des avancées encore trop isolées en un mouvement de fond, s'interroger sur les facteurs de difficultés pour les « psys » à répondre à cette question des troubles relationnels précoces et graves et de leur traitement. J'en citerai plusieurs, d'ordres assez différents :

1. Le secteur psychiatrique « à la française » : il confie à une équipe multidisciplinaire la responsabilité de la santé mentale d'une zone géographique de 200 000 habitants (soit 50 000 enfants et adolescents) mais laisse persister de très fortes inégalités de moyens d'un endroit à un autre. Si les moyens en temps médicaux d'une équipe de secteur de la région parisienne sont en moyenne deux fois plus nombreux que ceux d'une équipe de province, ce rapport peut se retrouver au sein d'un même hôpital entre deux secteurs de pédopsychiatrie.

2. L'insuffisance des liens de travail entre le secteur social, le secteur sanitaire et le secteur médico-social : la loi de décentralisation de 1982 a creusé une distance croissante entre les missions de la responsabilité de l'Etat (le sanitaire) et celles relevant des départements (le médico-social et le social). Les actions communes sont devenues plus difficiles à mettre en œuvre officiellement. Certaines formations se font dans une quasi-clandestinité.

3. L'inadaptation des modèles théoriques et des pratiques des psychiatres : leur difficulté à travailler « en indirect » auprès des équipes de première ligne (obstétrique, pédiatrie, protection maternelle et infantile) reste importante.

4. L'absence d'analyse des besoins et d'une réflexion à partir de données épidémiologiques sur l'intersectorialité.

Mais ce constat des limites ne doit pas faire oublier les avancées dans ce domaine de la périnatalité. Facteurs d'espoir, les créations de liens à travers des formations cliniques rassemblant « psys » et somaticiens (et permettant leur confrontation), les recherches-actions novatrices, l'apparition de formations post-universitaires et de revues de périnatalité, les colloques sur le thème sont nombreux.

Ce livre constitue donc un itinéraire. Dans la première partie « Troubles de l'interaction précoce et développement psychique de l'enfant », nous avons rassemblé quelques considérations actuelles sur l'état de recherches utiles à ces pratiques nouvelles. *Serge Lebovici* présente sa conception de la transmission intergénérationnelle : si de multiples travaux d'origine nord-américaine ont insisté sur « l'arbre de vie » (généalogique), il expose comment la perspective psychanalytique et l'introduction des représentations inconscientes dans la théorie de la

transmission intergénérationnelle modifient radicalement la notion de mandat transgénérationnel. Le bébé imaginaire de la mère est bien porteur de toute la généalogie fantasmatique de la famille.

Or, comme le montre *Bertrand Cramer* à partir de la clinique, dans l'interaction et le dialogue préverbal avec son bébé, la mère met en jeu tout ou partie de cette histoire et de ses fantasmes inconscients. Elle assigne le bébé à une place spécifique dans cette histoire et inscrit par la séquence interactive symptomatique ce fantasme dans l'interaction et dans l'expérience vécue du bébé.

L'inscription dans la « façon d'être » du bébé de cette expérience primordiale de la relation précoce pourrait-elle n'être que provisoire et laisser la place à d'autres influences ? Dans un registre très différent, celui des conséquences de la dépression maternelle, l'enquête présentée par *Lynne Murray* apporte un élément de réponse. Elle montre que c'est bien à long terme que l'enfant de mère déprimée porte la trace de cette expérience très particulière d'une relation qui n'est pas celle qu'un nourrisson attend. Parce que ces résultats confirment les connaissances cliniques des pédiatres et psychiatres d'enfants — et malgré toutes les réserves d'usage à faire par rapport à ce genre d'études qui privilégie le nombre à l'étude fine de quelques trajectoires d'enfant — ce travail, sans équivalent en France, vient apporter un argument fort face à ceux qui douteraient de la nécessité de l'intervention précoce pour soutenir la mère et son bébé et prévenir les conséquences sur le développement de l'enfant. Le « pessimisme de la raison » encourage donc l'« optimisme de la volonté » pour défendre l'urgence de ces soins.

Dans une approche globale de la psychiatrie périnatale telle que la conçoit *Ramesh Kumar*, la réponse aux besoins des femmes souffrant de maladies mentales comprend plusieurs niveaux : la consultation pendant la grossesse, la psychiatrie de liaison en maternité, la mobilisation des ressources de la communauté et l'hospitalisation conjointe mère-bébé qui doit faire appel à la famille comme thérapeute. Reste qu'il regrette que les mères n'aient jamais été interrogées sur leur perception des deux systèmes : celui de l'hospitalisation conjointe et celui de la séparation provisoire avec le bébé. A la fin de sa remarquable synthèse des connaissances actuelles, il appelle à des recherches européennes à ce sujet. Mais on sait que ce dispositif raisonné n'existe pas plus au Royaume-Uni qu'en France... C'est donc à découvrir quelques situations concrètes françaises pour esquisser un état des lieux qu'invite la deuxième partie « Réseaux de soins en périnatalité ». Conscients de son caractère forcément subjectif, nous avons choisi de montrer comment des équipes très diverses peuvent collaborer pour répondre à certains besoins des mères et des bébés auxquels chacune isolément serait bien en peine de faire face. Pionnière du travail en réseau avec les services de maternité et de pédiatrie à Montpellier, *Françoise Molénat* retrace magistralement l'évolution de la périnatalité et illustre la notion de « réseau ». Pour elle, l'importance capitale de l'environnement pour la famille nécessite la mobilisation des compétences des professionnels non pys et permet la découverte des compétences des parents.

Gérard Grelet, obstétricien, successeur de Catherine Barret à la maternité de Pertuis dans le Vaucluse, montre comment une maternité dite de proximité (huit cents accouchements par an) constitue un point de passage obligé du réseau et un lieu de prévention pour la relation mère-enfant. Quand toute l'équipe s'organise autour d'un projet de « sécurité globale » obstétricale et psychologique pour la mère, la lutte contre la répétition des souffrances psychiques d'une maternité à la suivante s'organise différemment.

Le psychiatre d'adultes est souvent sollicité peu après la sortie de la maternité : plus habitué à la collaboration avec d'autres partenaires que les équipes de PMI, garant de la mère dont il serait censé dire si elle est dangereuse, son engagement à maintenir la relation pendant l'hospitalisation de la mère constitue pour *Edmond Perrier* un pari technique et humain. Même s'il existe à Marseille une petite unité d'hospitalisation conjointe... Pour lui, l'hospitalisation conjointe mère-bébé dans un service de psychiatrie adulte doit rester l'exception jusqu'à la création d'une unité « ad hoc ».

D'où l'intérêt du travail de *Catherine Isserlis*, forte de son expérience antérieure à l'unité mère-enfant de Créteil. Elle montre comment un service de pédiatrie peut accueillir pendant plusieurs semaines une mère et un bébé nécessitant une hospitalisation conjointe. La qualité des liens noués entre l'équipe de pédiatrie et les intervenants de psychiatrie de l'enfant sont alors essentiels. La question se pose de savoir si ce qu'on demande alors au service de pédiatrie ne dépasse pas ses missions.

Mais l'hospitalisation n'est nécessaire que dans certains cas et nombre de situations doivent être prises en compte dans la cité. Nous n'avons pas voulu détailler toutes les modalités d'intervention — qui vont des psychothérapies mère-bébé d'inspiration psychanalytique aux soins à domicile intensifs proposés par certains services de PMI ou par des équipes de pédopsychiatrie. Ces modes d'interventions sont partiellement codifiés (e.g. Stoléru et Moralès-Huet) mais restent relativement rares (e.g. Brengard Dos Santos). Suscitant un intérêt croissant, elles nécessitent un travail, en cours, de formation des équipes.

Par contre, nous avons choisi d'insister sur un aspect couramment rencontré dans ces interventions : celui du vécu des femmes migrantes et des conséquences de l'arrachement que représente la migration sur l'établissement de la relation et sur la maternité. L'équipe de *Marie Rose Moro* nous indique comment la maternité en exil doit être accompagnée dans le respect et la connaissance de la culture d'origine de la mère, du père et des conséquences de l'exil.

Les réseaux de soins précoces sont certainement plus complexes encore que nous ne l'avons montré. Réalités mouvantes dans le temps, dépendant des personnes concernées, ils sont cependant le moyen de soins adaptés à des situations parfois dramatiques, et toujours singulières. La notion de réseau n'est pas un concept. Le réseau n'est pas un dispositif dont on décrète l'existence. Défini par l'ensemble des régularités dans les relations entre ses différents acteurs, le réseau

met en synergie des différences plutôt que des ressemblances. Le statut de la personne ou de l'institution qui intervient y importe moins que les relations qu'elle entretient avec les autres intervenants et on sait à quel point ces actions en réseaux demandent à chaque personne et à chaque institution de savoir tenir sa place et dépasser ses propres habitudes et ses propres représentations des autres acteurs. Ces caractéristiques du réseau (Michèle O'Deye-Finzy, 1992) le rendent particulièrement pertinent en périnatalité ; il épouse la forme transversale souple de ce mouvement de la vie.

Quel rôle les unités mère-enfants peuvent-elles jouer dans ce contexte ? Peuvent-elles constituer un des acteurs des réseaux de soins précoces ou risquent-elles de déresponsabiliser les autres équipes et d'apporter des réponses hospitalières coûteuses et stigmatisantes pour la famille ? La troisième partie « Hospitalisation conjointe en unité mère-bébé » propose des pistes de réflexion. *Anne Aubert*, à partir d'une expérience dans l'unité mère-enfant d'un service de psychiatrie de l'adulte de l'hôpital de Villejuif (Dr O. Cazas), rappelle que deux conditions sont nécessaires à un fonctionnement interne suffisamment bon d'une unité d'hospitalisation conjointe : une dimension psychanalytique vivante dans le fonctionnement psychique de l'équipe et la prise en compte du père dans le dispositif proposé. Prise en compte passant plus par l'écoute d'une parole souvent balbutiante et bouleversée que par l'hospitalisation du père... Ces deux points rejoignent d'ailleurs des préoccupations fortes des équipes des unités mère-enfant¹. *Anne Aubert* montre comment il est possible de soutenir la constitution d'une triade dont la mère est délirante sans l'hospitaliser.

La diversité des unités mère-enfant ne doit cependant pas être sous-estimée. En présentant l'histoire de la longue expérience anglaise, *Ian Brockington* n'entend pas proposer un modèle. Il rappelle plutôt à quel point la conscience par les pédiatres et psychiatres anglais de la gravité des séparations inutiles a conduit à privilégier le maintien des liens. Même si les traditions culturelles en matière de politique de santé, et plus particulièrement de santé mentale, incitent à la prudence, il faut citer quelques chiffres : il existait en 1985 près de 300 places d'hospitalisation mère-bébé réparties dans près de 150 hôpitaux (*Aston et Thomas*). Il n'existait plus que 130 places en 1991 (*Prettyman et Friedman*) dont une quarantaine dans des unités spécialisées et les autres dans des services de psychiatrie générale. Cette forte diminution est certainement liée à l'évolution de la politique de santé au Royaume-Uni mais elle mérite aussi d'être interrogée à une échelle plus limitée : les « *Mother and Baby Units* » auraient-elles été trop dispersées, trop coûteuses pour survivre ?

Bernard Durand présente un état des unités d'hospitalisation conjointe françaises. Le terme de « structures expérimentales » employé par la circulaire de dé-

1. Ils ont fait l'objet de réflexions présentées lors des deuxièmes journées de l'hospitalisation mère-bébé en (pédo)psychiatrie d'Avignon-Montfavet les 6-7 avril 1995 (cf. « Actes » disponibles à l'ARIP 13 rue Le Nôtre 84000 Avignon).

cembre 1992 sur la pédopsychiatrie (cf. les extraits concernant les bébés en annexe) est-il justifié quand certaines unités ont déjà pris en charge plusieurs centaines de dyades ? Toujours est-il qu'on pourrait être tenté d'opposer expérience anglaise et expérimentations françaises. Les questions de planification sanitaire ne doivent pas occulter le fait qu'il existe au moins deux grands types d'unités mère-enfant : celles qui jouent le rôle d'unités régionales auxquelles sont référées des mères qui, à l'issue de l'hospitalisation conjointe, seront suivies par l'équipe de leur secteur souvent très éloigné de l'unité et celles qui, tout en jouant ce rôle de seconde ligne, assument la continuité de la prise en charge après la fin de l'hospitalisation conjointe.

Michèle Anicet décrit comment l'unité mère-bébé de l'hôpital de Montfavet permet la consultation parents-bébé, les soins à domicile intensifs (deux à trois demi-journées par semaine), l'hospitalisation de jour d'un à cinq jours par semaine) et l'hospitalisation à temps plein. C'est la même petite équipe au fonctionnement souple qui assure cette continuité : de l'intervention à la maternité au suivi à domicile proposé après l'hospitalisation, en liaison avec les autres acteurs locaux. Cette présentation est celle d'une unité concrète avec son histoire et son insertion dans une réalité géo-démographique précise. Elle montre comment un réseau de professionnels de périnatalité partiellement structuré en une association (Bien naître en Vaucluse) peut soutenir la création d'une unité mère-enfant. Quand celle-ci répond à un besoin identifié, il arrive qu'un établissement choisisse d'y consacrer des moyens...

A l'opposé de cette démarche généraliste, l'hospitalisation conjointe peut aussi répondre à des besoins plus spécifiques, ceux des femmes toxicomanes et de leurs bébés comme *Ouriel Rosenblum* l'explique.

Au terme de ce parcours, de multiples questions restent posées : deux ou trois sont particulièrement aiguës :

— dans ce vaste mouvement de la périnatalité qui concerne au premier chef les équipes de médecine somatique, comment amplifier le développement des pratiques en faveur des réseaux de soins précoces ? Comment modifier en profondeur les techniques de soins en pédiatrie, en maternité pour y inclure les dimensions du sujet en devenir qu'est le bébé et de la souffrance de la mère ?

— dans le domaine plus restreint de la psychiatrie périnatale et des troubles psychiatriques du post-partum, faut-il que des équipes intersectorielles spécialisées se créent pour répondre aux besoins, à une échelle régionale ou départementale, ou faut-il que le secteur de psychiatrie infanto-juvénile ou de l'adulte dispose des moyens de répondre à des dyades en souffrance ?

Les profonds mouvements de transformation de la politique de santé en cours influenceront certainement sur ces questions. Il paraît toujours plus impératif que des recherches-actions européennes permettent :

- de produire des modélisations spécifiques des réseaux de soins précoces et une réflexion sur la façon dont se transmet l'expérience accumulée dans certains des réseaux existants ;
- de décrire de façon fine le fonctionnement des unités mère-enfant déjà existantes, d'évaluer leur impact et de les défendre, alors que leur coût élevé dans l'imédiat risque de faire oublier leur action préventive difficilement quantifiable mais cliniquement évidente.

BIBLIOGRAPHIE

- BARRET, Catherine. 1989. « Pathologie foetale et prévention ». *Science et vie* 169, pp. 84-90
- BROCKINGTON, Ian (ed.). 1982. *Motherhood and Women Mental Illness*. Academic Press, London.
- BEETSCHEN, André ; CHARVET, François. 1978. « Psychologie et psychopathologie de la maternité ». *Confrontations psychiatriques*. 16, pp. 83-124.
- CRAMER, Bertrand. 1992. *Psychothérapies mère-bébé*. PUF.
- BRENGARD, Dominique ; BOTBOL, Michel. 1992. « Réflexions sur l'expérience d'une unité de soins à domicile en psychiatrie du nourrisson ». Edition Eshel, vol. 4, n° 1, février.
- DAVID, Myriam. 1991. « Entre mère et bébé », dans : *Les parents psychotiques et leurs enfants*, Villeurbanne, Santé mentale et Communauté.
- DUCHESNE, Nicolas ; ROY Joël. 1991. « Enfants de mère psychotique : risques développementaux et interactions précoces ». *Revue de la littérature. Neuropsychiatrie de l'enfance*. 39, 7, pp. 291-299.
- DUGNAT, Michel ; PERRIER, Edmond. 1990. « La maternité d'une femme psychotique ». *Psychologie médicale*. 22, 13, pp. 1319-1323.
- GUEDENEY, Nicole. 1989. « Les enfants de parents déprimés ». *Psychiatrie de l'enfant*. 35, 1, pp. 269-309.
- ISSERLIS, Catherine *et al.* 1980. « Hospitalisation mère-enfant ». *Annales médico-psychologiques*. 8, pp. 985-992.
- KUMAR Ramesh. 1988. *Motherhood and Mental Illness 2 : Causes and Consequences*. Wright, London.
- LEBOVICI, Serge ; STOLÉRU, Serge. 1983. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Páidos, Le Centurion.
- MOLÉNAT, Françoise. 1992. *Mères vulnérables*. Editions Stock/Laurence Pernoud.
- MURRAY, Lynne *et al.* 1996. « L'impact de la dépression du post-partum et des difficultés associées sur les interactions précoces mère-nourrisson et le devenir de l'enfant ». *Child Development*.
- O'DEYE-FINZY, Michèle. 1992. *Réseaux : éléments théoriques*, non publié.
- ROY, Joël. 1991. « Pathologie mentale et vulnérabilité maternelle ; les décisions de maintien et de placement de l'enfant ». *Cahiers de l'AFREE*. N° 2, novembre, pp. 108-135, Montpellier.
- STERN, Daniel. 1996. *The motherhood Constellation*, New York, Basic Books.
- STOLÉRU, Serge ; MORALÈS-HUET, Martine. 1991. *Psychothérapies mères-enfants dans les familles à problèmes multiples*, PUF.

I
TROUBLES DE L'INTERACTION PRÉCOCE
ET DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE
DE L'ENFANT

Serge Lebovici

La transmission intergénérationnelle

ou

quelques considérations sur l'utilité de l'étude de l'arbre de vie
dans les consultations thérapeutiques parents/bébé

Ces quelques considérations concernent la transmission intergénérationnelle plutôt que la transmission transgénérationnelle : le préfixe « inter » pose en effet la question de négociation, sinon de conflit entre générations. Il ne s'agira donc pas seulement de transmission.

INTRODUCTION

Les références bibliographiques sur cette question sont très nombreuses, aussi bien ne citerai-je ici que les lectures qui m'ont directement inspiré pour ce travail. D'abord un texte très riche de Bernard Golse, « De quoi avons-nous hérité avec le concept de transgénérationnel ? ».

On doit évoquer aussi l'ouvrage de René Kaës : outre ses travaux personnels, ce livre qu'il a dirigé comprend d'importantes contributions, comme celles de H. Faimberg, de E. Enriquez, et de J.J. Baranès. J'ai aussi apprécié les contributions essentielles développées par Piera Aulagnier dans sa *Violence de l'interprétation*, un ouvrage précurseur pour les analystes qui allaient s'occuper du bébé.

Mon intervention me conduisant à étudier les rapports entre *filiation* et *affiliation* — mon hypothèse étant qu'un arbre de vie enfoncé en terre, avec de solides racines qui lui apportent la vie, peut s'épanouir au gré des vents et laisser aller ses branches ou se diriger vers les vents divers — il me paraît nécessaire de recourir à la lecture des travaux de Jean Guyotat (1991) qui a distingué la filiation instituée et la filiation narcissique.

Les consultations familiales que j'assure depuis plus de quarante ans ont constitué pour moi un guide essentiel. D'abord en raison de l'investissement affectif qui les a toujours marquées pour moi ; j'y ai retrouvé les « moments sacrés » que Winnicott (1971) a éprouvés et qu'il évoque dans son livre *la Consultation thérapeutique et l'enfant*. Mes lectures des travaux systémiques ont constitué pour moi un outil important : j'en ai rendu compte en 1981. Je rappelle ici qu'après avoir tenté de rappeler l'intérêt des travaux psychanalytiques sur la famille, et ayant lu le livre de Marianne Krüll (1957) sur le mandat familial de Sigmund Freud, il me paraissait indispensable que les analystes contemporains tiennent non seulement compte de l'inconscient qui domine notre fonctionnement intrasubjectif, mais aussi du processus de subjectivation et donc des rapports intersubjectifs. Une telle considération ne pouvait qu'amener à des lectures sur le système familial et les modalités de son fonctionnement. J'ai ici retenu :

— Salvatore Minuchin : il étudie les sous-systèmes familiaux (le thérapeute doit s'affilier à l'un d'entre eux) ;

— le mandat familial et la destinée qui en est la conséquence (voir les affiliations décrites par H. Stierlin, 1977) ;

— le secret de famille qui est essentiel pour comprendre la nature de ce mandat. On connaît la délégation qui impose à Œdipe de transmettre la faute de son père Laïos : celui-ci avait enlevé, pour en faire son amant, le fils de son hôte Chrisippe, d'où la malédiction proférée par le père du jeune homme séduit : Laïos serait tué par son propre fils. Mais ce dernier, Oedipe porteur de divers secrets concernant sa naissance va être aussi le porteur de la malédiction familiale : ses fils seront voués à la mort, et ceci en dépit du pardon qu'il obtient en arrivant aveugle à Colonne. Selon Borszoményi-Nagy, le maintien de ce qui n'est qu'un secret de polichinelle conduit à la « stagnation relationnelle », d'où la création de mythes (et donc de rites familiaux).

Dans ce mythe et ce rite, l'enfant trouve certes une affiliation à son groupe social et à sa culture. Tobie Nathan (1994) estime qu'il s'agit là de l'essentiel à apporter en thérapeutique : il recommande de rétablir les rites. Quant à nous — et au moins dans notre culture — nous préférons utiliser les allégories iconiques : il me semble que l'affiliation culturelle est la conséquence naturelle d'un processus de filiation-parentalisation bien assumé.

Certaines modalités de la transmission intergénérationnelle ne seront pas traitées ici. Elles concernent :

1. l'héritage

— Le pedigree : la transmission génétique, du fait des connaissances du génome humain, va poser des problèmes déontologiques (comment, quand révéler et quoi révéler ?) et éthiques (est-il légitime, voire nécessaire de tout dire et tout de suite ?). Par exemple la maladie de Werdnig-Hoffmann est toujours létale. Une mère avertie de la maladie de son fœtus, un deuxième enfant, désire une IVG : elle tue en