



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Psychose et Maternité :
Intérêt des soins pour la dyade, de la conception au post partum
précoce.**

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2017 à 14h
Au Pôle Formation

Par Gaspard PRUNAYRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Michel MARON

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

<u>RÉSUMÉ</u>	11
<u>INTRODUCTION</u>	12
DE LA PSYCHOSE AUX BASES DE LA PSYCHIATRIE PÉRINATALE.....	14
A- Psychose.....	14
1- Généralités	14
2- Triade symptomatique et répercussions fonctionnelles	15
3- Évolution et prise en charge.....	17
B- Maternité et Psychose	18
1- Du désir de grossesse à l'arrivée de l'enfant.....	18
2- Facteurs de risque	19
C- Psychiatrie périnatale	21
1- Définition et historique	21
2- Théorie de l'attachement.....	22
3- Intervenants.....	26
4- Cibles thérapeutiques.....	28
5- Protection de l'enfance	30
6- Service de psychiatrie périnatale du CHRU de Lille	31
<u>PRÉSENTATIONS CLINIQUES</u>	33
A- Madame C.....	33
1- Éléments biographiques	33
2- Premier contact avec l'équipe de psychiatrie périnatale	34
3- Évolution et prise en charge.....	35
B- Madame T.	36
1- Éléments biographiques	36
2- Premier contact avec l'équipe de psychiatrie périnatale	37
3- Évolution et prise en charge.....	38
C- Madame F.	41

1- Éléments biographiques	41
2- Premier contact avec l'équipe de psychiatrie périnatale	41
3- Évolution et prise en charge.....	42
SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES ET INTERACTIONS PRÉCOCES.....	45
A- Symptômes positifs	45
B- Symptômes négatifs	47
C- Symptômes de désorganisation	48
D- Spécificités liées au fonctionnement de la mère psychotique	49
E- Adaptation de l'enfant	51
PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE	53
A- Dépistage et prévention.....	53
B- Évaluation clinique.....	55
C- Équipes soignantes : de la médiation à la remédiation.....	57
D- Maintien, aménagement du lien et distanciation mère-enfant.....	59
E- Relai et articulation des soins sur l'extérieur.....	61
<u>CONCLUSION</u>.....	64

RÉSUMÉ

La psychose a des conséquences fonctionnelles majeures sur chaque domaine de la vie du patient. Ces conséquences prennent toute leur importance dans la période de la maternité. Les compétences maternelles qui seront nécessaires aux soins du nourrisson et à la fondation de la relation mère-enfant demanderont une adaptation majeure aux patientes psychotiques. La psychiatrie périnatale vise à soigner la pathologie de la mère en présence de son enfant, de s'assurer de son développement et d'accompagner l'interaction entre les deux.

L'objectif de ce travail est de préciser le retentissement des symptômes psychotiques d'une mère sur son nouveau-né et réciproquement ; puis d'établir les grands axes de prise en charge de la dyade en psychiatrie périnatale. Ce travail s'appuie sur l'étude de trois situations cliniques rencontrées dans le service Mère-Enfant du CHRU de Lille. Les symptômes psychotiques peuvent entraver les interactions précoces en disqualifiant le système d'attachement. Un attachement insécuré peut alors faire émerger chez l'enfant des stratégies d'adaptation qui vont à l'encontre de son développement psychomoteur.

Les cibles thérapeutiques sont basées sur l'évaluation des compétences maternelles, l'accompagnement de celle-ci dans les soins à l'enfant et enfin la protection de l'enfance. De multiples facteurs peuvent influencer le devenir de la dyade: l'intensité de la pathologie maternelle, l'implication de l'entourage proche ou encore la qualité de l'alliance thérapeutique. Afin de préserver la relation mère-enfant, une prise en charge précoce à visée préventive des patientes psychotique, dès le début de grossesse doit être encouragée.

L'organisation des soins doit garantir l'intérêt de chaque membre de la dyade individuellement et en tant que famille.

INTRODUCTION

Les psychoses, troubles de l'esprit par excellence, sont connues et décrites depuis l'Antiquité (1). Elles ont longtemps constitué l'essentiel du domaine de la psychiatrie. Aiguës ou chroniques, elles représentent la situation dans laquelle le sujet humain perd le contact intime avec lui-même, cesse de s'appartenir, devient méconnaissable et comme étranger à lui-même et ses proches. Elles entraînent un profond bouleversement de ses rapports avec le monde et ont des répercussions majeures sur chaque domaine de la vie du patient : professionnel, social et familial.

L'efficacité des traitements antipsychotiques et la politique de santé mentale des dernières années encouragent l'insertion et l'autonomie des patients. Le développement du droit des patients tend à réduire le recours à l'hospitalisation asilaire et la stigmatisation, en dehors de la société, des patients souffrant de pathologie mentale. Aujourd'hui, on a tendance à insister sur le retour à une vie "normale" ou en tout cas "choisie" pour les personnes souffrantes de schizophrénie. Avec une telle approche, la question du désir d'enfant devient naturelle. Quelles répercussions une grossesse peut-elle avoir chez une patiente psychotique ? Comment un nouveau-né se développe-t-il au contact de la pathologie de sa mère ?

Ce travail s'intéresse à la rencontre entre la psychose et la maternité. L'évolution d'une pathologie psychotique entraîne de lourdes répercussions sur la vie de l'individu. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle de « handicap psychique » pour évoquer les difficultés relationnelles rencontrées par les patients souffrant de troubles mentaux graves (2). Ce handicap nécessite adaptation et accompagnement dans la vie de tous les jours. Lors d'une grossesse, devant les changements et enjeux qu'elle implique, une attention toute particulière

devrait être portée aux patientes psychotiques.

Nous verrons, avec l'étude de la théorie de l'attachement, comment, dès les premiers jours de vie du nouveau-né, il interagit avec le monde qui l'entoure. Puis comment la pathologie maternelle perturbe la mise en place d'un attachement sécurisant pour l'enfant et qu'elles sont les répercussions sur son développement.

La préoccupation sur le devenir et le bien-être de l'enfant nous impose d'envisager ce qu'implique le fait d'avoir une mère schizophrène et de réfléchir aux moyens de prise en charge dont dispose la psychiatrie périnatale.

L'objectif de ce travail, à travers l'étude de trois situations cliniques rencontrées dans le service Mère-Enfant du CHRU de Lille, est de préciser les répercussions des différents symptômes psychotiques sur le nouveau-né et d'établir les grands axes de prise en charge de l'ensemble de la dyade.

DE LA PSYCHOSE AUX BASES DE LA

PSYCHIATRIE PÉRINATALE

A- Psychose

1- Généralités

Les psychoses sont un ensemble de psychopathologies caractérisées par l'existence « d'épisodes psychotiques ». Le terme de psychose a été repris par de nombreux auteurs et courants théoriques (1). Il s'agit d'un terme générique dont il est difficile de donner une définition précise sans envisager l'ensemble des acceptions les plus courantes et les classifications qui leurs correspondent. Aujourd'hui la psychose n'est pas considérée comme un diagnostic en soi mais plutôt comme un ensemble syndromique pouvant être associé à d'autres diagnostics psychiatriques.

Dans le DSM-5, le chapitre correspondant s'intitule « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques », et il inclut la schizophrénie (SCZ), la schizotypie, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, le trouble schizophréniforme, le trouble schizoaffectif, les troubles psychotiques liés à un abus de substances ou à une maladie autre, la catatonie, et un ensemble de psychoses non spécifiées (3). Cette notion de spectre est importante parce qu'elle illustre parfaitement la diversité d'expression d'un trouble psychotique.

Les auteurs du DSM-5 évoquent « un gradient de psychopathologies ». L'intensité de

l'expression symptomatique déterminera le diagnostic précis. Dès lors que la symptomatologie évolue, ce dernier peut également évoluer. Dans ce travail nous nous intéressons à l'ensemble du spectre de la psychose et évoquerons la grande hétérogénéité de l'expression symptomatique de ces troubles.

2- Triade symptomatique et répercussions fonctionnelles

La maladie psychotique se définit selon trois dimensions.

La dimension de **distorsion de la réalité** regroupe l'essentiel des symptômes psychotiques, on les appelle également symptômes positifs. Ils sont classiquement les plus bruyants et constituent le syndrome délirant. Le mécanisme le plus fréquent chez les patients SCZ est constitué par les hallucinations. Il s'agit d'une perception erronée de la réalité. Elles peuvent toucher tous les sens. Le syndrome délirant s'accompagne souvent de déréalisation (impression d'étrangeté du monde) ou de dépersonnalisation (impression d'étrangeté face à soi-même) (1).

La dimension d'**appauvrissement psychomoteur** regroupe l'essentiel des symptômes déficitaires ou négatifs. On l'observe dans plusieurs domaines : affectif (émoussement des affects), relationnel (retrait autistique), motivationnel (aboulie), intellectuel (apragmatisme), comportemental (incurie). Ils aboutissent à un isolement important avec de lourdes répercussions sur les interactions sociales et la vie professionnelle (1). Henri Ey, écrira que la SCZ « aboutit progressivement à un déficit autistique, à une sorte de régression lente de la vie psychique qui s'enfouit au fond d'elle-même au lieu de s'épanouir dans l'univers extérieur et le monde de coexistence » (4).

La dimension de **désorganisation** regroupe les symptômes du syndrome de désorganisation. Là encore, il impacte le patient à plusieurs niveaux. On parle de désorganisation idéative, affective et comportementale. Le cours de la pensée est perturbé avec un discours incohérent et un relâchement des associations. Les affects sont touchés également avec une ambivalence importante (1).

Ces trois dimensions s'expriment à des intensités différentes selon les patients. Ce qui contribue à la grande hétérogénéité de présentation des patients psychotiques. Cependant il ne faut pas limiter la SCZ à des épisodes symptomatiques bruyants. En effet entre les épisodes de décompensation, les répercussions fonctionnelles restent importantes.

La psychose est une maladie qui implique tous les domaines de l'existence avec des répercussions majeures sur le fonctionnement quotidien des patients. Cette **dimension fonctionnelle**, bien que dissociable des symptômes « purs » de la pathologie, est essentielle à prendre en compte en psychiatrie périnatale. En effet les symptômes psychotiques impactent l'établissement des relations interpersonnelles, entraînent des troubles neurocognitifs et perturbent les fonctions exécutives, les capacités de planification ainsi que la spontanéité affective (1). Ces répercussions sur le fonctionnement des patientes psychotiques prennent toutes leurs importances dans la période de la maternité. Les capacités d'organisation et d'action de la patiente qui seront nécessaires à la prise en charge du nourrisson et la mise en place de la relation mère-enfant demanderont une grande adaptation émotionnelle des patientes psychotiques (5).

3- Évolution et prise en charge

La SCZ est une pathologie chronique qui se caractérise, certes, par des épisodes de décompensation aiguë, mais dont l'impact sur le fonctionnement des patients est continu tout au long de leur vie. Classiquement, l'entrée dans la maladie a lieu chez l'adolescent ou le jeune adulte. Les facteurs de risque de décompensation vont de l'inobservance thérapeutique à la consommation de cannabis, sans oublier tout événement de vie faisant intrusion dans l'équilibre souvent précaire du patient (décès, naissance, séparation, licenciement, traumatisme) (1). Le rétablissement des patients passe par leurs capacités à relever les défis de l'existence.

Le **traitement médicamenteux** conventionnel repose sur les antipsychotiques. Ils agissent sur la symptomatologie positive et sur la désorganisation. Ces traitements peuvent entraîner des effets secondaires qui doivent être pris en compte afin de favoriser l'observance au long cours. En effet, l'arrêt du traitement constitue le facteur de rechute le plus fréquent. Il est à noter que les traitements neuroleptiques participent au repli autistique et à l'émoussement des affects que l'on retrouve après plusieurs années d'évolution de la maladie et de traitement.

Il existe plusieurs **traitements non médicamenteux** ou psychothérapeutiques. On peut évoquer la psychoéducation qui consiste à expliquer la pathologie et son traitement aux patients ainsi qu'à leurs familles et à leur apprendre à détecter les signes précurseurs des décompensations (6). L'objectif est d'établir une alliance thérapeutique solide afin de favoriser l'observance au long cours. Ces dernières années, la remédiation cognitive s'est beaucoup développée et constitue à ce jour un axe majeur dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie (7). Cette psychothérapie consiste à entraîner ses fonctions cérébrales au moyen d'exercices répétés, permettant de travailler spécifiquement le ou les niveaux déficitaires d'une fonction

cognitive. Elle procure un bénéfice en termes de compétences sociales et de réinsertion. Nous reviendrons plus loin sur son usage en psychiatrie périnatale.

B- Maternité et Psychose

1- Du désir de grossesse à l'arrivée de l'enfant

La maternité est composée par quatre étapes fondamentales : la conception, la grossesse, l'accouchement et enfin le post partum. Chacune de ces étapes peut être source de difficultés et de remaniements psychiques à même de perturber l'équilibre du couple (8). Cette subdivision en différentes étapes est indispensable à l'évaluation de l'état psychique des patientes et chaque étape doit être explorée de façon chronologique.

Il est important de faire préciser la situation conjugale au moment de **la conception et le désir de grossesse** des deux parents. En effet une grossesse non désirée peut entraîner une réaction différente au sein du couple. Ce premier désaccord peut avoir des conséquences sur l'investissement de chacun des parents. De la même façon, une mère célibataire sera confrontée à des difficultés supplémentaires du fait de sa solitude face à sa maternité.

La grossesse est le temps où les parents prennent conscience de l'enfant à naître et commencent à se projeter dans l'arrivée du bébé. Les neuf mois de gestation sont nécessaires à ce travail de projection qui se fait progressivement et parfois à des rythmes différents pour le père et la mère.

L'accouchement, avec les complications somatiques pour la mère et/ou l'enfant qui peuvent en découler, est une étape, elle aussi, primordiale. Un vécu traumatique de l'accouchement peut,

à lui seul, entrainer des perturbations psychiques importantes et doit être considéré comme un facteur de risque de difficultés dans la mise en place des interactions précoces.

Enfin **le post partum**, où l'arrivée de l'enfant modifie le milieu familial, est la période des interactions précoces et de la mise en place du lien parent-enfant. Il coïncide avec une fatigue maternelle souvent importante et la recherche d'un nouvel équilibre pour la famille.

2- Facteurs de risque

Les grossesses chez les patientes souffrant de SCZ sont reconnues comme des grossesses à risque (9). Ce risque se situe à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, il existe un risque de perturbation du processus de parentalité par la pathologie de la mère. Cette étape de vie importante, est un moment crucial pour toutes les mères. Elle s'accompagne de nombreuses et intenses modifications. Elles sont corporelles, métaboliques, hormonales mais aussi psychiques. L'intégration psychique de tous ces changements ne peut être négligée. Racamier en 1961 introduit le concept de maternalité qu'il définit comme « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité » (10). La maternalité constitue une phase de développement très importante dans son évolution affective. En effet la potentielle arrivée d'un enfant renvoie à l'existence même du sujet en tant qu'individu, à ses origines propres et à la constitution de l'identité. Cette identité va être bouleversée par un nouvel ordre qui s'établit progressivement au cours de la grossesse pour aboutir à la parentalité. Tout au long du processus, une des questions centrales est celle de l'identification à la mère qui renvoie à sa propre identité de la femme. « La mère de l'enfant est en même temps l'enfant de sa mère » (11). La mise en place de ce processus dépend

de l'histoire personnelle de la mère mais aussi de son entourage. Elle détermine en partie la façon d'entrer en relation avec l'enfant mais aussi avec le père. Il s'agit sans doute de « la période la plus tumultueuse, la plus riche, la plus dangereuse à traverser pour l'identité » (11). Dès lors, on imagine la difficulté pour une patiente souffrant de schizophrénie de s'adapter à ce processus psychoaffectif.

Ensuite, il existe un risque de décompensation de la psychose maternelle (12). Deux facteurs principaux composent ce risque. Le premier réside dans une baisse de l'efficacité du traitement. En effet, pendant la grossesse la circulation sanguine maternelle et son métabolisme sont modifiée pour permettre les échanges placentaires, ce qui aboutit à une hémodilution qui entraîne une diminution du taux plasmatique des traitements neuroleptiques et donc de son efficacité (13). Il arrive également que devant la découverte d'une grossesse, certaines patientes craignant le risque tératogène des traitements en diminuent la posologie voire les arrêtent. Le second, s'observe après l'accouchement avec la confrontation avec l'enfant réel et la mise en place de la relation. Selon Sutter-Dallay c'est à ce moment que le risque est le plus important (9).

En outre, il existe un risque obstétrical. La désorganisation et les difficultés relationnelles inhérentes à la maladie entravent les patientes dans le suivi obstétrical de leur grossesse. Ainsi MacCabe et King-Hele retrouvent une augmentation significative du risque d'accouchement prématuré, de retard de croissance intra-utérin, de faible poids de naissance et d'enfant mort-né chez les patientes psychotiques (14,15).

Enfin, il existe un risque pour l'enfant à venir, dans son développement futur. Les enfants nés de mères psychotiques sont identifiés comme à haut risque par l'OMS depuis 1975 (9). C'est-à-dire qu'ils justifient des mesures d'accompagnement et de prévention. Il existe un risque de

présenter une maladie mentale chez les enfants de patients SCZ qui est admise par tous les auteurs. Selon les travaux il augmente d'un facteur 2 à 20 par rapport à la population générale (9). Selon Wan et Abel, ce risque est en lien avec l'intensité symptomatique de la maladie (16,17). Cependant les facteurs sont multiples et il n'est pas évident de faire la part des choses entre la participation génétique et l'environnement socio-éducatif dans lequel l'enfant va se développer.

C- Psychiatrie périnatale

1- Définition et historique

Le concept de la psychiatrie périnatale s'appuie sur deux notions essentielles : tout d'abord la notion de spécificité de la pathologie mentale survenant en période anténatale et postnatale, d'autre part celle du développement continu de la vie psychique des parents. Ce développement psychique se fait à travers les interactions parents-bébé et la mise en place des processus de parentalité à partir du projet d'enfant jusqu'au post partum.

Cette discipline s'est développée après les travaux d'Esquirol et de Marcé qui les premiers se sont intéressés à la clinique de l'état maternel (18). Le nouveau-né, perçu comme étant à l'origine des troubles, n'a paradoxalement reçu que peu d'attention en dehors de la littérature psychanalytique. À cette époque, il était perçu comme inadéquat que les mères mentalement malades prennent soin elles-mêmes de leur bébé et la séparation était systématique (19).

Ce n'est qu'en 1948, qu'un psychanalyste anglais, Tom Main, rompt avec la tradition en admettant pour la première fois un bébé avec sa mère en hôpital psychiatrique. C'est ainsi que se développent des unités spécialisées mère-enfant. Elles permettent, en gardant une

surveillance clinique étroite, de préserver le lien mère-enfant. Il s'agit de soigner la pathologie de la mère en présence de son enfant, de s'assurer du bon développement de ce dernier et d'accompagner l'interaction entre les deux. On parlera de dyade pour décrire l'interaction relationnelle entre la mère et l'enfant. En France, c'est Racamier en 1961 qui inaugure la première structure de ce type (10).

2- Théorie de l'attachement

Cette théorie a été développée pendant près de 20 ans par Jean Bowlby, psychanalyste anglais. Elle participe grandement à la grille de lecture des intervenants de la périnatalité et ce, autant par les psychiatres que par les pédopsychiatres. L'amorce des travaux de Bowlby se base sur l'observation des conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant de la séparation de l'enfant et de sa figure maternelle durant la petite enfance. Il met en évidence trois phases de réactions chez l'enfant. La phase de protestation, qui débute dès la séparation, est une période durant laquelle l'enfant manifeste une détresse importante et mobilise les ressources dont il dispose pour retrouver sa figure maternelle. La phase de désespoir voit l'enfant ne plus attendre le retour de sa mère et se résigner. Enfin, la phase de détachement, ou il semble réinvestir l'environnement (20).

Ces observations conduisent Bowlby à réfuter la théorie de Freud sur la « pulsion libidinale de la satisfaction orale ». En 1958, Bowlby parle « d'une pulsion d'attachement, indépendante de la pulsion orale et qui serait une pulsion primaire non sexuelle » (21). Alors que Freud pensait que l'enfant était poussé seulement par son besoin de se nourrir. Il insiste sur le contact corporel et l'interaction relationnelle qui rassurent l'enfant. Tout éloignement implique le développement d'une anxiété et provoque chez l'enfant le déploiement d'un ensemble de comportements visant à signaler sa présence et à induire et maintenir la proximité physique et

l'interaction.

Le système d'attachement repose sur la qualité de l'interaction relationnelle et sur le sentiment de sécurité qu'il procure à l'enfant. Ce n'est qu'une fois les besoins d'attachement satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de la figure parentale. En période de détresse, il cherchera sécurité et réconfort auprès de sa figure d'attachement.

En 1978, Ainsworth, théorise le développement de l'attachement en quatre étapes (22). Entre zéro et trois mois il parle de phase de pré attachement. Le nourrisson va activer ses comportements d'attachement sans discrimination d'une figure d'attachement particulière. Il va, par des pleurs, des sourires, des comportements de poursuite et d'agrippement ou encore par des cris d'appel, promouvoir la proximité physique, nécessaire au bon développement de l'attachement. Ces comportements visent à informer la figure maternelle de l'intérêt de son enfant pour l'interaction et donc de favoriser l'attachement réciproque.

Entre trois et six mois, c'est la phase de l'émergence de l'attachement. Les comportements d'attachement, diversifié par l'évolution de la psychomotricité, sont adressés à une figure d'attachement discriminée.

Après 6 mois, l'attachement franc et sélectif se met en place. La figure d'attachement devient non-substituable.

Enfin, ce n'est qu'après deux ans que débute les attachements multiples. Pour Bowlby, une fois le modèle d'attachement intériorisé, il servira de modèle pour toutes les interactions relationnelles de l'individu.

Selon Guedeney la figure d'attachement peut être représentée par toute personne qui s'investira dans une interaction animée et durable avec l'enfant (23). L'enfant a un besoin primordial

d'établir un lien stable et sécurisant qui réponde à ses demandes et satisfasse ses besoins vitaux. La figure d'attachement est choisie par l'enfant en fonction des réponses qu'il reçoit. La mère est souvent la figure d'attachement mais ce rôle peut aussi être tenu par le père ou un grand-parent.

C'est Ainsworth en 1978 qui conceptualise quatre types de modèles d'attachement. Pour cela, il observe les réactions d'enfants lors de situations standardisées de sept épisodes de séparation et de retrouvailles entre l'enfant et sa figure d'attachement (22).

L'attachement sûr découle d'une figure d'attachement réceptive, sensible et répondant aux besoins de l'enfant. Ce type de figure d'attachement est utilisé par l'enfant comme base de sécurité pour explorer son environnement. Lors de la séparation, il manifeste son mécontentement mais se calme facilement dès le retour de la figure d'attachement et reprend rapidement l'exploration. Selon Waters et Cumming, ce type d'attachement traduit une plus grande capacité d'autorégulation émotionnelle chez l'enfant (24). D'après Tarabulsky, cette sécurité affective, développée pendant l'enfance, se maintient à l'âge adulte et concerne environ 52% de la population générale (25).

L'attachement insécure évitant découle d'une figure d'attachement détachée, peu disponible et évitant le contact physique. Lors de la séparation, l'enfant ne se tourne pas vers la figure d'attachement et tente de masquer sa détresse émotionnelle par un détachement. À son retour, il l'évite du regard et ne témoigne d'aucun signe de réassurance. Ces enfants présenteraient des manifestations anxieuses importantes qui déclencheraient une désactivation de leur système d'attachement afin de gérer autrement cette situation et seraient contraint d'adopter une autonomisation précoce. Les stratégies d'attachement de type insécure évitant renvoient à

l'échec du « holding » (22). Cette expression, proposée par Winnicott, désigne l'ensemble des soins donnés à l'enfant pour subvenir à ses besoins physiologiques (26). D'après Tarabulsy, chez l'adulte, ce type d'attachement se manifeste par un manque de confiance en l'autre et un certain évitement des relations intimes. Il affirme que 17% de la population générale relèverait de ce type d'attachement (25).

L'attachement inséure ambivalent découle d'une figure d'attachement imprévisible, c'est-à-dire qu'elle peut se montrer réceptive comme ignorante aux demandes de l'enfant. Lors de la séparation, il manifeste une détresse intense, ne peut être rassuré et s'avère incapable d'explorer son environnement. Au retour de la figure d'attachement, l'enfant adopte un comportement ambivalent oscillant entre recherche de contact et résistance. Cette difficulté à se remettre de l'angoisse de séparation témoigne d'une hyperactivation du système d'attachement et donc d'une capacité d'exploration limitée et de difficultés à accéder à l'autonomie. À l'âge adulte, ce type d'attachement se manifeste par une réactivité émotionnelle intense, un manque de confiance en soi dans les relations intimes et un faible niveau d'autonomie relationnelle marqué par la peur d'être abandonné. Selon Tarabulsy 11% de la population générale dépendrait de ce type d'attachement (25).

L'attachement désorganisé a été développé par Main, élève d'Ainsworth. Les enfants développant ce type d'attachement présentent des réactions imprévisibles et contradictoires. Ils peuvent par exemple s'agripper à la figure d'attachement tout en l'évitant du regard ou encore pleurer à son départ sans vouloir l'approcher. Ces comportements qui semblent incompréhensibles témoignent d'un défaut de construction de stratégie d'attachement cohérente. Ce type d'attachement se retrouve fréquemment chez des sujets ayant été victime de maltraitance ou de violence de la part des figures d'attachement (24). Selon Tarabulsy, 20% de

la population générale présente ce type d'attachement (25).

L'attachement sécure, comme les attachements insécures évitant ou ambivalent, témoignent de comportements d'attachement organisés. Cependant, à la différence du premier où l'enfant n'a pas à s'adapter à sa figure d'attachement, les deux autres nécessitent la construction de stratégies secondaires d'adaptation à sa figure d'attachement. Enfin l'attachement désorganisé n'a pas de stratégie organisée et peut être considéré comme un facteur de risque pour le développement personnel et social de l'individu.

C'est dans les premiers mois de vie que les interactions mère-bébé se mettent en place avec des conséquences sur la construction affective de l'individu et donc sur ses interactions sociales. Cette période précoce et courte (entre 0 à 6 mois de vie de l'enfant) est donc fondamentale pour le développement de l'enfant. Elle constitue le champ d'action de la psychiatrie périnatale.

Il nous semble important ici d'aborder la question de l'hérédité dans la schizophrénie. En effet, nous venons de voir que les interactions précoces mère-enfant participent à la construction psychique et relationnelle de l'individu. Le risque de présenter un trouble psychotique pour un enfant de mère psychotique reste difficile à évaluer. Bien qu'il semble établi pour la majorité des auteurs (9), aucune étude randomisée n'a pu établir précisément ce risque. La possibilité que la maladie de la mère et ses répercussions sur la relation mère-enfant soient responsables de troubles de développement précoces chez l'enfant est une éventualité mais reste, à ce jour hypothétique. D'autres facteurs, comme la génétique ou le rôle joué par les tiers dans l'entourage proche de l'enfant, peuvent être également incriminés.

3- Intervenants

La psychiatrie périnatale est une spécialité charnière d'une part entre la psychiatrie de l'adulte et la pédopsychiatrie mais aussi entre la psychiatrie et d'autres spécialités médicales que sont

l'obstétrique et la pédiatrie. Chacune de ces spécialités, avec leurs connaissances et compétences spécifiques, détient un rôle important auprès de la dyade. Un travail de coordination et d'échange entre chaque intervenant est donc indispensable. Plusieurs exemples illustrent parfaitement l'importance de ce travail multidisciplinaire. Par exemple, les traitements médicamenteux sont nécessaires pour l'équilibre psychiatrique des patientes mais comportent des risques pour le fœtus et impliquent une surveillance obstétricale pendant la grossesse puis pédiatrique après la naissance. La question de la balance bénéfices/risques pour chaque décision thérapeutique ne doit pas être tranchée seulement par le psychiatre mais nécessite une approche multidisciplinaire. La transmission d'information est donc primordiale durant tout le suivi de grossesse. La psychiatrie doit accompagner et rassurer les équipes de maternité en prenant en considération leurs méconnaissances dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux. Les observations des sages-femmes ou des puéricultrices doivent pouvoir être entendues et prises en compte par les psychiatres.

Les pédopsychiatres ou psychomotriciens observant des difficultés dans le développement de l'enfant doivent pouvoir échanger avec les psychiatres adultes s'occupant de la mère.

En périnatalité la dimension sociale fait partie intégrante du tableau et doit impérativement faire partie de l'évaluation générale. C'est pour cela que s'ajoute aux interventions des soignants, celle des travailleurs sociaux (assistante sociale, éducateurs de foyer maternelle, référent de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)).

Enfin, il ne faut pas oublier les situations où un recours à la justice est inévitable. Le Procureur de la République peut être amené, suite à un signalement médical, à prononcer une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP). C'est ensuite le Juge des Enfants qui doit statuer après avoir

auditionné toutes les parties prenantes sur les mesures à mettre en place.

La liste de ces intervenants et la diversité de leur domaine d'expertise montrent à quel point certaines situations peuvent être complexes. Ce qui implique un échange intelligent et non dogmatique entre chaque participant à la prise en charge.

4- Cibles thérapeutiques

Les cibles thérapeutiques sont basées sur l'évaluation des préoccupations et compétences maternelles. Il est en effet nécessaire d'estimer l'investissement émotionnel et effectif dans la prise en charge du nourrisson afin de s'assurer de la réalisation effective des différentes tâches maternelles. Ces tâches consistent surtout dans un premier temps, à un portage contenant et sécurisant et à la mise en place de rythmes alimentaires et de sommeil, réguliers et bien repérés par l'enfant. Elles impliquent un apprentissage technique des gestes, qui est rendu plus délicat par les répercussions fonctionnelles de la pathologie psychotique. Enfin, elles demandent un investissement affectif adapté et constant aux besoins du bébé (26,27). Le rôle des soignants est alors d'assurer la continuité des soins au bébé tout en prenant en considération les difficultés de la mère. Ils sécurisent d'une part la mère dans son rôle maternel et d'autre part le bébé sur le plan matériel et affectif. Ils sont présents pour pallier aux dysfonctionnements relationnels, inhérents à la psychose, et pour aider à inventer un fonctionnement satisfaisant aux deux partenaires de la dyade (5). On insistera sur la remédiation cognitive et affective ainsi que sur l'apprentissage de la lecture des besoins du bébé.

Les objectifs de la prise en charge d'une dyade en psychiatrie périnatale se décomposent en

différents temps qui peuvent impliquer différents lieux (5).

Tout d'abord, il faut évoquer le temps de **la prévention** qui intervient à chaque étape de la maternité. Avant la conception, le psychiatre référent doit ajuster le traitement en cas de désir d'enfant pour limiter le risque tératogène des traitements. Pendant la grossesse, la préparation matérielle et émotionnelle à l'arrivée du bébé est importante pour prévenir le risque de décompensation de la pathologie maternelle. Puis dans la période du post partum, il faut rester attentif, à l'établissement des interactions précoces afin de détecter les signes de souffrance relationnelle chez l'enfant et procéder aux ajustements nécessaires le plus rapidement possible. En ce qui concerne la prévention, les lieux de prise en charge sont multiples. L'intervention initiale peut avoir lieu par le psychiatre adulte, la sage-femme de la maternité, un travailleur social de la PMI, le médecin traitant. En cas de signes de souffrance observés, il est important d'alerter l'ensemble des acteurs de la périnatalité afin de mettre en place une prise en charge adaptée.

En situation aigue, lorsque la décompensation de la pathologie maternelle est au centre du tableau, les soins se concentrent sur la stabilisation clinique de la mère d'une part et d'autre part sur la santé du bébé. C'est l'intensité de l'état clinique de la mère qui détermine le lieu de la prise en charge et si une séparation est nécessaire à la poursuite des soins. Dans les cas de décompensation majeure, l'hospitalisation de la mère dans un service de psychiatrie et donc la séparation de la mère et de son enfant semble plus indiquée afin que chaque partenaire de la dyade puisse se rétablir suffisamment avant d'être de nouveau confrontés. Dès lors que la symptomatologie maternelle est peu sévère et que l'enfant ne manifeste pas de signe de souffrance à son contact, les soins peuvent se porter à la relation. En fonction des services de périnatalité, les soins peuvent avoir lieu au sein d'une unité mère-bébé lors d'une hospitalisation

complète ou dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

En situation post-aigue, les soins individuels de l'enfant comme de la mère sont maintenus. Toutefois, l'attention des soignants se porte également aux interactions entre les deux membres de la dyade.

5- Protection de l'enfance

Dès lors qu'on évoque la maternité chez une patiente présentant une pathologie mentale, la question de la protection de l'enfant se pose. Cependant, le rôle de la psychiatrie périnatale ne peut se résumer à cette seule question. Bien qu'alerter et travailler avec les services sociaux fait partie intégrante du travail de périnatalité, il ne faut pas oublier le rôle soignant que doit tenir l'institution et ce, d'autant plus qu'une alliance thérapeutique solide est nécessaire dans ces situations parfois très complexes.

Dans les situations où il existe un danger pour l'enfant, se pose très vite la question de la séparation de la mère et de son enfant. Cette question est toujours complexe et ne doit pas être prise à la légère devant les conséquences importantes qui en découlent. Le caractère subjectif des observations et l'implication émotionnelle des soignants prenant en charge la dyade font de la décision de séparation une question délicate. Les intervenants médico-sociaux oscillent souvent entre deux tentations. Soit, touchés par l'attachement qu'expriment les parents pour leur enfant, ils peuvent dénier ou minimiser les perturbations de la relation mère-enfant et leurs répercussions potentiellement graves pour l'enfant comme pour la mère. Soit, face à des parents qu'ils jugent dangereux, ils peuvent demander le placement de l'enfant « en urgence » dans une famille d'accueil ou une pouponnière afin de le soustraire à cet environnement néfaste.

C'est dans ce dilemme, non dénué d'affect, que réside une grande partie de la difficulté de la

psychiatrie périnatale. Il est important de souligner ici qu'un certain recul sur le vécu affectif personnel de chaque situation semble indispensable. Cette décision ne doit pas être prise dans la précipitation et nécessite une concertation entre les différents intervenants. La diversité de ces intervenants, avec des formations et des objectifs parfois différents, complique le résultat et peut parfois aboutir à des difficultés institutionnelles non négligeables. Nous aborderons plus en détails dans notre troisième partie la séparation mais il semble nécessaire de garder à l'esprit que dans ce type de situation, aucune solution n'est complètement satisfaisante et que la sécurité de l'enfant doit rester la priorité.

6- Service de psychiatrie périnatale du CHRU de Lille

Chacune des dyades décrites dans la partie suivante a été rencontrée dans le cadre d'un semestre d'internat dans le service de psychiatrie périnatale Marcé du CHRU de Lille. Il s'agit d'un centre de recours régional qui est destiné à une population variée. Les patientes suivies présentent tous types de troubles mentaux : addictions, psychose, trouble de l'humeur, trouble anxieux. Il s'agit d'un service où coexistent la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie ainsi que, dans une moindre mesure, l'addictologie.

Ce service de périnatalité comprend une unité mère-enfant d'hospitalisation temps complet de quatre places. Chaque chambre est constituée d'espaces séparés pour la mère et pour l'enfant qui communiquent entre eux et restent chacun accessibles par l'équipe soignante de façon indépendante.

À cela s'ajoute un hôpital de jour pouvant accueillir jusqu'à quatre dyades, une équipe de liaison intervenant sur la maternité du CHRU et un service de consultation ambulatoire.

PRÉSENTATIONS CLINIQUES

A- Madame C.

1- Éléments biographiques

Madame C est née le 27 février 1981. Elle est en couple depuis deux ans et s'est mariée en 2015. Elle est actuellement en recherche d'emploi et une orientation ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) est en cours de mise en œuvre. Son père souffre de schizophrénie et présente actuellement une forme déficitaire. Sa mère ne présente pas d'antécédent particulier, et semble aidante pour la patiente. On retrouve dans ses antécédents personnels une bouffée délirante aiguë à l'âge de 22 ans dans un contexte de consommation de cannabis. Sur le plan obstétrical, elle est nullipare.

À l'âge de 25 ans, elle présente une nouvelle décompensation psychotique nécessitant une hospitalisation. À cette occasion, un diagnostic de schizophrénie est annoncé à la patiente. Un traitement par rispéridone est alors débuté, mais devant des effets secondaires invalidants, essentiellement une prise de poids importante, un relais vers de l'olanzapine est proposé. Ce traitement sera poursuivi pendant quatre ans, sans effet indésirable majeur. Cependant, l'efficacité thérapeutique restait imparfaite. La patiente n'a pas présenté pas de nouvelle décompensation mais elle rapportait des symptômes résiduels. Elle décrivait des hallucinations acoustico-verbales fluctuantes et invalidantes. Il lui a alors été proposé un traitement par clozapine qui s'est avéré très efficace avec disparition totale de toute symptomatologie résiduelle.

À ce jour, elle est très satisfaite de ce traitement, l'observance thérapeutique est de bonne qualité et les psychiatres qui la suivent en Centre Médico Psychologique (CMP) rapportent une stabilité clinique depuis trois ans.

2- Premier contact avec l'équipe de psychiatrie périnatale

Madame C. est adressée en consultation dans le service de périnatalité par son psychiatre référent à quinze semaines d'aménorrhées (SA). La grossesse était désirée par le couple, la patiente avait évoqué cette question avec son médecin traitant et son stérilet avait été retiré. Lors de ce premier entretien, la patiente présente un discours clair et adapté et l'on observe aucun élément délirant ni de signe de désorganisation. Elle verbalise beaucoup d'inquiétudes en lien avec l'arrivée du bébé qui semblent très adaptées à ce stade. Elle rapporte ne pas savoir « comment s'occuper d'un bébé ». Elle est en demande de réassurance. La grossesse se déroule bien jusqu'à présent. Celle-ci est investie et la projection dans l'arrivée du bébé est satisfaisante. La patiente est en demande de suivi même si la question de la maladie semble être relayée au second plan. Elle a déjà initié un suivi avec la sage-femme de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) afin de préparer l'accouchement et de l'accompagner dans les préparatifs matériels. Dans ces conditions, une relation thérapeutique de confiance a pu être instaurée et il est décidé avec la patiente de poursuivre le suivi en consultation jusqu'à l'accouchement.

3- Évolution et prise en charge

Nous avons organisé un suivi en consultation médicale durant toute la fin de sa grossesse. Des journées en hôpital de jour ont également été mises en place avec des ateliers de préparation à la naissance. Nous n'avons fait aucune modification thérapeutique et son état clinique est resté stable durant toute cette période.

Ainsi, la situation a permis d'aborder avec la patiente plusieurs enjeux majeurs de la naissance à venir. Dans un premier temps, elle avait un grand besoin de réassurance dans ses capacités maternelles. Elle a été informée du facteur de décompensation que présentait sa grossesse et l'arrivée d'un bébé dans son foyer. On retrouvait alors une bonne connaissance de sa pathologie et des signes de décompensation. Elle a pu identifier plusieurs membres de l'équipe comme personnes ressources et une alliance thérapeutique solide s'est installée.

À l'évocation de la poursuite de la prise en charge postnatale et de la possibilité d'une hospitalisation au décours du séjour à la maternité, nous nous sommes heurtés à quelques résistances du mari de la patiente. Il paraissait inquiet à l'idée que son épouse soit absente trop longtemps du domicile. Nous l'avons donc reçu en consultation et organisé une visite du service. Finalement, le couple a accepté une hospitalisation de quelques jours dans notre service mère-enfant à la sortie de la maternité. Les objectifs de ce séjour étaient d'observer et d'évaluer les capacités maternelles puis d'accompagner les interactions mère-enfant précoces. La patiente était très investie dans les soins primaires du bébé. Elle était à l'écoute de chaque conseil et les appliquait scrupuleusement de façon très opératoire. Le portage manque parfois de contenance mais elle accepte les réajustements des soignants. Les interactions relationnelles avec son enfant sont pauvres sur le plan affectif. Lors des soins au bébé, elle lui parle peu. Son application dans

les tâches maternelles et la concentration nécessaire pour leur exécution perturbe l'investissement émotionnel de la relation.

L'état du bébé est resté satisfaisant durant toute l'hospitalisation. Il trouve progressivement son rythme alimentaire et de sommeil. Malgré une certaine rigidité émotionnelle chez sa mère, il ne présente pas de signe de souffrance évident et semble établir un lien relativement sécurisant pour lui avec sa figure d'attachement qu'il identifie clairement.

Après 10 jours d'hospitalisation, la poursuite des soins sur l'extérieur a été organisée. La patiente reviendra en hôpital de jour dans le service une fois par semaine et poursuivra son suivi sur le CMP de secteur. Une puéricultrice de la PMI passera au domicile et l'intervention d'un Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) lui a été proposée. L'objectif de cette prise en charge était de poursuivre le soutien aux interactions mère-enfant afin d'accompagner la patiente dans ses difficultés d'ajustement et de lecture des besoins du bébé. Ce suivi allait permettre également de rester attentif au développement psychomoteur et affectif de l'enfant.

B- Madame T.

1- Éléments biographiques

Madame T. est née le 27 mars 1986. Elle est la cadette d'une fratrie de sept enfants. Ses parents sont originaires du Maroc et vivent à Roubaix. En 2016, elle s'est mariée avec un marocain. Ce dernier vient d'être naturalisé français. Il s'agit d'une première grossesse pour Madame T. Parmi ses antécédents on retrouve une sclérose en plaque équilibrée et suivie en neurologie. En

2015, elle a été hospitalisée en psychiatrie pour la décompensation d'une schizophrénie paranoïde. Depuis, elle était suivie en CMP et stabilisée avec une injection mensuelle de paliperidone. C'est pendant une période de rémission de la maladie qu'elle a rencontré son mari. Celui-ci n'était pas au courant de la pathologie de son épouse. Son traitement a été arrêté en début de grossesse et remplacé par de l'olanzapine per os en raison du risque tératogène de la paliperidone. Le psychiatre référent rapporte une adhésion aux soins fragile et une observance thérapeutique précaire.

2- Premier contact avec l'équipe de psychiatrie périnatale

La patiente est accompagnée par son père et sa sœur aux urgences à trente-quatre SA dans un contexte de rupture thérapeutique depuis plusieurs mois. Elle présente une symptomatologie catatonique avec un mutisme total. Le dernier rendez-vous avec la sage-femme s'est très mal passé. La famille est très inquiète et craint une rechute de la maladie.

Lors de l'entretien d'évaluation psychiatrique, un syndrome délirant à thématique de persécution avec une désorganisation idéo-affective et comportementale importante sont observés. Devant l'absence totale d'adhésion aux soins et un déni majeur des troubles, il est décidé d'une hospitalisation sans consentement de type Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) en secteur psychiatrique fermé. Durant cette hospitalisation, la patiente reste opposante aux soins et n'accepte pas le traitement qui lui est proposé. Elle est de plus en plus persécutée et désorganisée. Elle clame que les soignants veulent empoisonner son bébé et refuse de s'alimenter. Devant le risque de mise en danger de son enfant, il est décidé, après concertation avec les obstétriciens, de déclencher l'accouchement. Son état étant incompatible avec un maintien en maternité, elle est rapidement transférée dans le service de psychiatrie

adulte. L'enfant est alors confié par les services sociaux à ses grands-parents.

La séparation est très difficilement vécue par la patiente et renforce son sentiment de persécution. Les services de périnatalité ont été très rapidement prévenus par le service de psychiatrie et c'est dans ce contexte d'urgence et de contrainte que la relation thérapeutique s'est instaurée.

3- Évolution et prise en charge

La prise en charge de périnatalité débute dans le service de psychiatrie de l'adulte. Après l'accouchement, la patiente présente des préoccupations maternelles adaptées. Elle est en demande de nouvelles et souhaite s'occuper de son enfant. Elle se sent rassurée qu'il ait été confié à ses parents. Les idées délirantes restent présentes mais sont beaucoup plus contenues par la patiente. Son adhésion aux soins semble s'améliorer et elle accepte la prise d'un traitement pour pouvoir sortir d'hospitalisation. Devant cette alliance thérapeutique fragile, afin de favoriser l'observance il a été décidé de reprendre les injections de paliperidone.

Des visites médiatisées sont donc organisées dans le service de psychiatrie adulte sous la surveillance de l'équipe de périnatalité. Les objectifs étaient d'évaluer les compétences maternelles et de soutenir les interactions et le lien mère-enfant. Les premières observations font état d'une mère investissant son enfant mais pouvant être très intrusive notamment pendant son sommeil. Le portage est peu contenant. Ces rencontres sont limitées dans le temps et la séparation reste compliquée pour la patiente.

Son état clinique s'améliorant et l'alliance thérapeutique semblant s'installer, il lui a été proposé

d'être transférée en unité mère-enfant. Pendant ce séjour, le lien mère-enfant a pu être observé sur un temps plus long et ainsi permettre une évaluation plus approfondie des capacités maternelles et de la continuité des soins.

Dans un premier temps, la patiente montre de bonnes préoccupations maternelles. Elle est en demande de participer aux soins primaires que sont l'alimentation et l'hygiène du bébé. Elle accepte la présence de l'équipe pour la conseiller et l'accompagner dans son rôle de mère.

Cependant, de nombreux ajustements sont nécessaires. Le portage est peu sécurisant. La patiente présente beaucoup de difficultés à comprendre et accepter les rythmes du bébé. Elle peut le réveiller dans son sommeil parce qu'elle veut jouer avec lui ou, à l'inverse interrompre le biberon en plein milieu de son repas sans raison apparente. Les interactions avec son enfant sont très fluctuantes en fonction de son état. En début de journée, reposée, elle peut s'investir de façon adaptée dans la relation. A l'inverse, quand elle est contrariée par un entretien abordant ses difficultés, elle est envahie par une instabilité émotionnelle importante faisant réapparaître des éléments de persécution. Elle redevient inaccessible à la réassurance et présente une pensée hermétique.

Les interactions sont alors fortement perturbées. Elle se désintéresse totalement de son enfant et ne lui prête aucune attention ou alors le prend en charge sans être disponible psychologiquement pour lui. Ses gestes envers son enfant sont brusques et autoritaires, elle ne lui parle pas ou pour lui dire que l'équipe lui veut du mal. Ce manque de continuité est particulièrement inquiétant surtout qu'elle accepte très mal qu'on lui pointe les répercussions qu'on observe chez son enfant.

En effet, les observations du bébé retrouvent un enfant colérique, difficilement accessible à la réassurance, et évitant sa mère du regard. La psychomotricienne retrouve une hypotension

axiale et des mouvements d'hyperextension des extrémités nécessitant un emmaillotage pour l'endormir.

L'alliance thérapeutique se détériore en même temps que réapparaissent les éléments de persécution et de désorganisation chez la mère. D'autre part, la famille de la patiente adhérant de plus en plus à son discours, est difficilement mobilisable pour travailler sur le projet de sortie. La domiciliation du couple change fréquemment et un projet de départ pour le Maroc complique grandement le relais sur le secteur. Or, un des objectifs indispensables au maintien du lien était d'organiser le relais de prise en charge. D'une part pour la patiente vers la psychiatrie adulte mais également pour l'enfant vers la pédopsychiatrie et si nécessaire les services sociaux.

Le couple n'adhère à aucun des étayages proposés que ce soit pour Madame T. ou pour leur enfant. C'est dans ce contexte de déni total des troubles psychiatriques et des conséquences pour son bébé associé à un refus de toute prise en charge qu'une décision de faire intervenir la justice a été prise. Suite à notre signalement, une OPP a été formulée par le procureur. La patiente est alors transférée sur son secteur de psychiatrie adulte en hospitalisation sans consentement de type SPDT et l'enfant est confié à l'ASE. Cette fin de prise en charge a été brutale pour la dyade qui se voit une nouvelle fois séparée mais également pour les soignants qui ont pu vivre cette séparation comme un échec.

C- Madame F.

1- Éléments biographiques

Madame F. est née le 2 février 1990. Elle vit seule avec sa petite fille de trois ans dont elle a la garde partagée. Le père de sa fille, avec qui elle entretient une relation très conflictuelle, a fait la demande d'une garde complète. Ils se sont séparés il y a deux ans dans des circonstances floues. Cette période coïncide pour la patiente avec un licenciement de son travail d'agent de service et un isolement social progressif. Un dossier de surendettement a été constitué récemment. Elle présente un impayé de loyer de plusieurs mois et vient d'être expulsée de son foyer. On ne retrouve chez cette patiente aucun antécédent psychiatrique. Sur le plan scolaire sa mère rapporte des difficultés dès le primaire. Elle a suivi une section SEGPA jusqu'au brevet des collèges. Sa mère et son beau-père vivent dans la région et semblent présents pour la patiente. La grossesse actuelle a débuté sous contraception oestroprogestative dans le cadre d'une relation irrégulière avec un partenaire vivant en Italie.

2- Premier contact avec l'équipe de psychiatrie périnatale

La patiente s'est présentée à la maternité suite à un accouchement au domicile dans des circonstances floues. La grossesse n'a pas été suivie sur le plan obstétrical et aucune déclaration administrative n'a été faite. Selon ses dires, la patiente n'aurait pris conscience de la grossesse qu'au cinquième mois. Elle n'a pas voulu prévenir sa mère craignant sa réaction. Son compagnon ne s'est pas investi et n'a pas reconnu l'enfant. Elle décrit l'accouchement sans verbaliser aucun affect. Elle était seule au domicile avec sa fille. Elle rapporte ne pas avoir

rencontré de difficulté particulière dans les soins du cordon ombilical. Elle semble avoir agi de façon très opératoire et automatique.

La patiente s'est présentée à la maternité après l'insistance de sa mère et ne comprend pas les inquiétudes des soignants. Son discours reste flou et contradictoire. Elle n'exprime toujours aucune émotion et l'élaboration est très pauvre. Les services de PMI, très inquiets de cette situation, l'on adressée en consultation de pré-admission de l'Unité Marcé pour une évaluation des compétences maternelles et des interactions mère-bébé. Une hospitalisation est proposée et acceptée par la patiente qui semble commencer à comprendre les enjeux à venir.

3- Évolution et prise en charge

Lors des premiers entretiens, la patiente est sur la défensive, elle banalise la gravité des événements des derniers jours. Le contact est pauvre. Le discours reste très superficiel et manque d'authenticité. Elle ne parvient pas à expliquer les raisons pour lesquelles elle a caché sa grossesse.

Dans le service, elle présente un repli important reste à l'écart des autres patientes ainsi que des soignants, allant jusqu'à s'isoler seule dans le noir. L'évaluation clinique ne retrouve ni syndrome dépressif ni syndrome délirant. Dans un premier temps, un diagnostic de déficience intellectuelle est évoqué.

Les interactions avec son enfant sont pauvres et dénuées d'affect. Elle ne communique pas avec son enfant et s'en occupe de façon très opératoire. Le portage est très peu contenant. Pendant les soins primaires elle a besoin de la présence d'un tiers qui guide la patiente en commentant

tout ce qu'elle doit faire. L'équipe observe des mises en danger lors des changes ou des bains. Son bébé semble très peu sécurisé, il cherche le contact extérieur, évite du regard sa mère et s'agrippe aux soignants.

Une exploration clinique plus approfondie retrouve chez madame une absence de réaction à l'absurde, un défaut d'accès au symbolique, ainsi qu'un apragmatisme. En faisant le lien entre ces derniers éléments, son isolement social et affectif, et son fonctionnement très opératoire dans les interactions avec son bébé, nous évoquons le diagnostic d'une psychose chronique évoluant sur un versant déficitaire. Malgré un déni important des troubles et des difficultés, elle accepte la mise en place d'un traitement par aripiprazole à 5 puis à 10 mg par jour.

La prise en charge médicamenteuse ainsi qu'institutionnelle permet une évolution légèrement favorable. Le contact s'améliore, grâce à l'accompagnement des membres de l'équipe. Elle est plus investie dans les soins primaires au bébé et les compétences maternelles se développent. Cependant il persiste de grandes difficultés d'ajustement aux besoins du bébé et elle ne semble pas capable d'assurer la garde de son enfant.

De plus, l'évaluation pédopsychiatrique et de psychomotricité retrouve chez l'enfant des signes de souffrance psychique qui s'aggravent rapidement. Il présente un retrait relationnel important avec une tendance à se réfugier dans le sommeil jusqu'à ne pas réclamer ses biberons. Un eczéma de contact se développe, ce que nous avons interprété comme une manifestation psychosomatique.

Dans ce contexte, nous décidons de transmettre un signalement au procureur de la république demandant un placement provisoire en urgence. L'enfant est alors confié à une assistante

familiale et des temps de rencontre médiatisés (hebdomadaires puis bi-hebdomadaires) sont organisés avec sa mère, dans le cadre de soins en hôpital de jour. Après deux mois, l'enfant présente toujours des signes de souffrance psychique lors des journées passées en hôpital de jour alors que l'assistante familiale le décrit au contraire comme plus apaisé et éveillé à son domicile. Nous proposons donc qu'elle soit présente lors des temps de rencontre, ce qui semble convenir à l'enfant qui se montre plus détendu et disponible dans les moments d'échange avec sa mère.

De son côté, la mère se montre d'une grande ponctualité lors des visites médiatisées et semble de plus en plus investir ces temps de retrouvailles. Il persiste tout de même de grandes difficultés de décodage et d'ajustement aux besoins du bébé. Elle nécessite toujours un accompagnement dans les interactions.

Sur le plan psychiatrique, la patiente est toujours restée stable.

Malgré la décision de placement, avec un étayage suffisant, le maintien du lien mère-enfant a toujours pu être préservé. La prise en charge périnatale prend fin au neuvième mois de l'enfant. Un relai sur le secteur de psychiatrie pour la patiente a été organisé avec une préconisation de mise en place d'ateliers de remédiation cognitive. La PMI et le secteur de pédopsychiatrie ont organisé un groupe d'aide à la parentalité.

SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES ET **INTERACTIONS PRÉCOCES**

A- Symptômes positifs

Cette dimension symptomatique englobe les éléments de distorsion de la réalité. Ils peuvent être bruyants et entraîner de graves troubles du comportement. Ils signent bien souvent une décompensation de la maladie (1). Dans le cas de Madame T., la patiente avait arrêté son traitement depuis plusieurs mois ce qui explique la décompensation. Le plus souvent, ces symptômes sont repérés rapidement par l'entourage ou par un professionnel impliqué dans le suivi de grossesse (14,15). Cependant, il faut garder à l'esprit que les patientes psychotiques délirantes sont bien souvent persécutées et méfiantes, ce qui peut les amener à rester chez elles, à interrompre leur suivi obstétrical et donc à retarder la prise en charge psychiatrique.

Il est important pour le psychiatre évaluant la patiente d'avoir accès à son délire. En effet, la nature des idées délirantes a toute son importance. Chez Madame T., on retrouve un syndrome de persécution majeur envers les professionnels de santé qui, selon elle, veulent du mal à son enfant. La première conséquence est une interruption du suivi obstétrical avec les risques physiques que cela engendre pour la mère et pour l'enfant. On note dans cette situation une préoccupation maternelle pour son enfant qui d'ailleurs a été responsable de la rupture thérapeutique en début de grossesse.

Par ailleurs, les idées délirantes peuvent être tout autre. Une patiente psychotique peut tout à fait se sentir persécutée par son propre enfant. La présence de son enfant devient insupportable. Les conséquences peuvent alors être beaucoup plus graves. De nombreux cas d'infanticides

dans des moments délirants intenses sont rapportés dans la littérature (28,29). Le syndrome délirant entraîne une distorsion de la réalité qui vient s'interposer entre l'enfant et sa mère. Le risque de mise en danger pour l'enfant est proportionnel à l'intensité du vécu délirant et à sa nature.

Au-delà du risque vital immédiat, une symptomatologie délirante a bien d'autres répercussions. Au niveau de la mise en place de la figure d'attachement, un état délirant chez la mère entraîne souvent une indisponibilité pour répondre aux besoins du bébé. Les sollicitations continues de l'enfant se heurtent au vécu délirant de sa mère. C'est une rencontre entre les angoisses psychotiques de la mère et les angoisses de séparation du nourrisson (19,30). Les réactions de la mère au comportement d'attachement de l'enfant peuvent être très fluctuantes en fonction du vécu délirant à cet instant. Elle peut être disponible et répondre de façon adaptée ou bien être inaccessible et n'y prêter aucune attention. La dyade présentée dans le cas de Madame T. en est le parfait exemple. Le portage est peu contenant, elle peut être intrusive pendant son sommeil ou interrompre un biberon sans raison apparente. Elle présente beaucoup de difficultés à accepter les rythmes du bébé. On retrouve une alternance entre des moments de rapprochement intense et des moments de mise à distance, voire d'abandon. Cette alternance est soumise essentiellement aux impulsions de la mère et non aux demandes de l'enfant. Les observations du bébé retrouvent un enfant difficilement accessible à la réassurance, évitant sa mère du regard. Face à cette mère, l'enfant ne peut développer une base de sécurité nécessaire à son développement affectif et va devoir mettre en place une stratégie secondaire d'adaptation à sa figure d'attachement. C'est l'attachement insécurité ambivalent décrit par Ainsworth (22).

C'est l'enfant qui choisit sa figure d'attachement en fonction des réponses qui sont données à ses demandes. Il faut rester attentif au vécu de la mère vis-à-vis des réactions de son bébé. Par

exemple, elle peut ne pas comprendre pourquoi son enfant l'évite du regard. Elle peut même lui en vouloir et le forcer à la regarder. Dans ces moments de grande ambivalence, où se mêlent vécu délirant, sentiment de culpabilité et jugement extérieur, il faut être vigilant à ce que le bébé ne devienne pas persécuteur pour sa mère car sa réponse risque d'être inadaptée voir dangereuse.

B- Symptômes négatifs

Les symptômes négatifs entraînent un ralentissement psychomoteur important. Ils peuvent faire évoquer un tableau dépressif. Madame F. incarne tout particulièrement cette dimension. De la même façon que chez une mère déprimée, les interactions avec son bébé restent très pauvres. Les difficultés qu'elle rencontre dans sa vie professionnelle ou affective se retrouvent dans sa relation avec son nourrisson. Au niveau des interactions visuelles, on retrouve un évitement du regard chez la mère. Les interactions corporelles sont chaotiques. Les interactions verbales sont pauvres. Enfin, la dimension ludique est quasi absente de la relation. Elle peut le nourrir ou le changer mais de façon opératoire et sans affect. La pauvreté de la relation et l'absence de réassurance qu'elle procure à l'enfant, le pousse, en miroir de sa mère, à se retirer également de la relation. Nous retrouvons chez ces enfants une tendance importante à se réfugier dans le sommeil en oubliant même parfois de réclamer le biberon (31). Les comportements d'attachement qu'il manifeste ne reçoivent aucune réponse relationnelle. C'est le modèle d'attachement insécure évitant décrit par Ainsworth (22).

Ce mode opératoire et dénué d'affect dans les soins du bébé est observé à la fois chez Madame C. et Madame F. Il témoigne de l'extrême rigidité de la pensée que l'on retrouve chez les patients psychotiques. Elles reproduisent à l'identique les conseils de l'équipe mais sans avoir

accès aux sens de ses consignes. Elles ne parviennent pas à décoder les sollicitations de leurs enfants et agissent de façon rigide et automatique avec ce qu'elles ont appris. Les soins sont mécaniques et peu investis émotionnellement. Les répercussions chez le bébé dépendent de leur adaptabilité. Pour l'enfant de Madame F, on observe un retentissement majeur. Il se réfugie dans le sommeil et présente un retrait relationnel impactant son développement psychomoteur. Ce manque de souplesse et d'adaptabilité chez ces mères laisse entrevoir les difficultés à venir pour la gestion de l'évolution des besoins de leurs enfants.

C- Symptômes de désorganisation

La désorganisation touche plusieurs domaines de la vie des patientes. La prise en charge d'un nourrisson demande d'être organisée pour les soins, la préparation du biberon ou encore pour le transport. Les conséquences de ce défaut d'organisation peuvent aller d'une simple négligence jusqu'à un réel danger pour l'enfant.

Au-delà des difficultés organisationnelles, la désorganisation a évidemment des répercussions importantes sur la relation mère-bébé. En effet le relâchement des associations et le trouble du cours de la pensée entraînent chez la mère une distractibilité importante. Elle passe d'une chose à l'autre sans lien évident. Elle peut très bien interrompre le biberon parce qu'une autre idée détourne son attention (32). Ce phénomène était très présent chez Madame T. Il peut être difficile de faire la part des choses entre ce qui est de l'ordre du délire ou des hallucinations et ce qui vient de la désorganisation idéative. Quelques que soient les origines de cette grande distractibilité, elle a de lourdes répercussions sur la continuité des soins au bébé et donc sur la relation. En effet, ces moments de rupture relationnelle ne peuvent pas être compris par l'enfant et le plongent dans un profond sentiment d'insécurité. Il ne peut prévoir ce qui va se passer car

il sait par expérience qu'à tout moment sa mère peut le quitter. Ce manque de continuité dans les soins au bébé entraînerait chez l'enfant de grandes difficultés à s'échafauder une continuité psychique (27,32). Là encore, l'absence de sentiment de sécurité pousse l'enfant à mettre en place une stratégie secondaire pour se rassurer.

Enfin, l'impossibilité pour le bébé d'anticiper les réactions de sa mère aura pour conséquences des difficultés à instaurer les rythmes de repas et de sommeil.

D- Spécificités liées au fonctionnement de la mère psychotique

Selon les théories psychanalytiques, la relation d'objet psychotique est une relation purement narcissique où le sujet tend à disposer de l'objet en fonction de ses propres besoins, sans égard pour les besoins de l'objet (33). Il s'agit d'un fonctionnement projectif où ses propres sentiments et besoins sont attribués à ceux de l'objet. Ainsi, la mère psychotique ne peut reconnaître l'existence de l'enfant comme individu séparé. Le désir de fusion avec le bébé imaginaire ou fantasmé ne lui permet pas de percevoir les états du bébé réel. On retrouve une altération de lecture émotionnelle et affective. C'est ce que l'on constate quand Madame T. va jouer avec son enfant alors qu'il est entrain de dormir. Elle ressent le besoin de jouer avec lui donc elle y répond sans considérer le bébé réel dont elle ne se distingue pas.

Le nourrisson sollicite sa mère au point le plus sensible de sa pathologie. Le maternage exige d'elle une sensibilité aux signaux du bébé et demande l'évolution de sa relation du narcissisme vers l'objectalité (31). Ce qui signifie prendre en considération la distanciation avec son bébé et la différence entre ses propres besoins et ceux de son enfant. Cette rencontre entre le fonctionnement archaïque du bébé et le fonctionnement psychotique de la mère donne à la relation un caractère intolérable, comme le résume Myriam David : « En raison du caractère

intolérable et inimaginable de l'espace entre la mère psychotique et son enfant, il y a dangerosité mutuelle et le besoin de distance est réciproque » (34). On peut interpréter le vécu délirant de la mère comme une façon d'éviter cette relation à haut risque pour elle. Les observations de Myriam David retrouvent des mères développant des stratégies d'évitement lors des soins à l'enfant. Par exemple en lui fermant la bouche s'il crie ou en lui plaquant la tête lors des changes pour échapper à son regard. On assiste souvent dans ces moments à une grande ambivalence entre le désir de fusion et le rejet que peut lui inspirer son enfant. L'illusion de fusion vécue par la mère rend toute individualisation de l'enfant insupportable et dangereuse. Elle peut mettre en place des comportements d'hypostimulation ou de contention entravant la motricité du bébé. Quand ce dernier grandit et s'engage dans le processus de séparation, les signes d'indépendance et d'autonomie sont réprimés par la mère car ils lui imposent de renoncer à cette illusion de fusion (32). L'enfant abandonne alors toute velléité d'autonomie, se « recolle » à sa mère et retarde son développement en particulier moteur.

Cette approche psychanalytique peut s'interpréter de façon assez similaire avec la théorie de l'esprit qui elle, est portée par le courant des neurosciences. En sciences cognitives, on parle de théorie de l'esprit pour évoquer les processus permettant à un individu de reconnaître un état mental pour lui-même ou chez une autre personne. Les patients souffrant de SCZ présentent fréquemment un déficit en théorie de l'esprit, ce qui rejoint les observations psychanalytiques de la mère psychotique n'accédant pas à l'état psychique de son enfant.

E- Adaptation de l'enfant

Face à ces mères délirantes, désorganisées ou absentes, on retrouve bien souvent des nourrissons présentant une hypervigilance. Ils sont attentifs au comportement de leur mère comme pour se prévenir de leurs réactions. Ce sont des enfants qui ont appris au contact maternel à réfréner leurs besoins. Ils pleurent peu et parviennent à se consoler seuls. Ils le font comme pour protéger leur mère et indirectement pour éviter de se mettre en danger. Ce n'est pas la mère qui s'adapte à l'enfant mais l'enfant qui s'adapte à sa mère. Les besoins maternels passent avant ceux du bébé. On assiste à une inversion de la relation.

Myriam David parle dans ces situations « d'une perversion du holding » (27,34). Selon elle l'incohérence et l'inadéquation des soins maternels entraînent chez l'enfant un besoin de s'adapter pour se rassurer autrement. Elle observe chez l'enfant « une hypervigilance ainsi qu'une tolérance aux bizarreries auxquelles il est exposé et auxquelles il se soumet ». « Il se plie aux demandes de sa mère tout en se préservant et en réduisant ses propres demandes », sa mère étant en quelque sorte une source de préoccupation. Elle insiste sur le fait que ce système interactif peut tenir un certain temps en dépit des frustrations qu'il fait peser sur l'ensemble de la dyade. Elle souligne que « c'est à l'intérieur de ce système que le bébé va élaborer l'imaginaire maternel, sa relation d'objet et son self » (34).

Tout de même, cette hyper-adaptation peut prendre une valeur protectrice avec un rôle de régulation de l'équilibre de la dyade. Cependant, cette organisation défensive risque d'aller à l'encontre des processus de développement de l'enfant. Il consacre une grande partie de son énergie psychique à « surveiller » sa mère et à « contrôler » ses besoins. Bien que donnant l'impression au premier regard qu'ils n'ont besoin de rien, ces enfants sont en réalité en grande souffrance psychique.

Selon la théorie de Bowlby, qui pensait que le système d'attachement mis en place dans les tous premiers mois de vie sert de modèle aux relations à venir, on peut imaginer que les interactions entre une mère psychotique et son enfant vont impacter les interactions sociales ultérieures de l'enfant (20).

L'ensemble des éléments abordés dans cette partie détaille les répercussions importantes de la symptomatologie psychotique maternelle sur l'enfant d'une part mais aussi de la réalité de l'enfant sur la pathologie de la mère. Intéressons-nous maintenant à ce qui peut être mise en place pour prévenir et corriger les interactions défailantes afin de préserver un lien acceptable pour la mère comme pour l'enfant.

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE EN **PSYCHIATRIE PÉRINATALE**

A- Dépistage et prévention

Il nous semble important de préciser que le travail de dépistage et de prévention nous semble primordial devant le risque de décompensation de la pathologie de la mère et les risques qu'encourt l'enfant.

Le psychiatre référent de Madame C. l'avait adressée au service de psychiatrie périnatale en début de grossesse, ce qui a permis une prise en charge précoce et l'élaboration d'une alliance thérapeutique solide. De plus, le travail de préparation à l'accouchement et à l'arrivée du bébé élaboré avec Madame C. pendant sa grossesse a apporté un réel bénéfice à la patiente. Elle a pu se projeter dans l'arrivée de l'enfant sur un plan matériel et émotionnel ce qui a permis une réassurance sur le plan des angoisses maternelles. Il est évident que la stabilité clinique et l'acceptation de la maladie jouent un rôle majeur dans cette réussite.

Ce travail en amont n'a malheureusement pas été réalisable pour les deux autres patientes. Concernant Madame T., la raison vient du déni massif de la pathologie et de la décompensation délirante de la patiente. En effet, le déni des troubles a entraîné un arrêt du suivi psychiatrique et des traitements en début de grossesse. En outre, la persécution majeure qu'elle présentait

rendait impossible l'installation d'une relation thérapeutique de confiance, ce qui compliquait fortement les soins. Cette patiente a été adressée en psychiatrie par une sage-femme, une fois la pathologie décompensée. On peut imaginer qu'une prise en charge plus précoce avant l'installation d'un vécu de persécution trop important aurait pu faciliter la prise en charge et éviter le déclenchement en urgence de l'accouchement, la séparation précoce avec l'enfant et surtout l'absence totale d'alliance thérapeutique ayant fait échouer la prise en charge.

Concernant Madame F., le défaut de prévention vient de son isolement relationnel, de l'absence de suivi obstétrical mais aussi de la méconnaissance de la pathologie sous-jacente. La prise en charge a été retardée jusqu'à l'accouchement qui a eu lieu au domicile. Ces situations sont particulièrement à risque. En effet, sans le passage par la maternité imposé par la mère de la patiente, les troubles auraient très bien pu passer inaperçus. Cependant, grâce à la mobilisation de l'équipe de PMI ayant alerté les services de périnatalité, l'hospitalisation a pu être mise en place. Comprenant qu'il était dans son intérêt de prendre en considération nos remarques, la patiente s'est progressivement impliquée dans les soins ce qui a permis l'élaboration d'une alliance thérapeutique satisfaisante et d'un lien préservé avec son enfant.

L'histoire de ces trois patientes nous montrent bien l'importance du dépistage afin de mettre en place une prise en charge adaptée et précoce. Une alliance thérapeutique de qualité est primordiale au bon déroulement des soins. C'est pourquoi, il est préférable qu'elle soit travaillée pendant la grossesse.

B- Évaluation clinique

Une fois alertés, les services de périnatalité se doivent d'évaluer la situation globale de la dyade de façon rigoureuse afin que la prise en charge soit la plus adaptée possible. Selon Cohen, plusieurs paramètres doivent être pris en compte pour permettre la mise en place d'un projet cohérent (35).

La pathologie maternelle doit être évaluée. Le degré d'intensité des symptômes psychotiques déterminera les modalités de prise en charge. Madame T., présentant une décompensation psychotique aigüe avec un vécu délirant intense, ne pouvait pas, dans un premier temps, être hospitalisée en soins libre dans notre service mère-enfant. Elle a donc passé plusieurs semaines dans un service fermé en hospitalisation sans consentement.

À l'inverse Madame C., relativement stable n'a été hospitalisée qu'une dizaine de jours après le séjour en maternité avant le retour au domicile. En cas de déni des troubles ou de refus de traitement, les soins sont particulièrement difficiles à mettre en place. L'exemple de Madame T. nous montre à quel point ces derniers éléments sont importants à la réussite de la prise en charge de la dyade.

La place de la grossesse et de l'enfant dans l'histoire personnelle de la mère est importante à faire préciser. En effet, elle déterminera en partie le degré d'implication dans son rôle maternel et donc la qualité du lien mère-enfant. Sa relation avec sa propre mère par exemple peut permettre de mieux comprendre et de mieux appréhender le lien qu'elle mettra en place avec son enfant.

L'entourage familial (parents, conjoint) doit également être rencontré afin d'évaluer s'ils sont

capables et volontaires pour assurer une fonction de suppléance en cas de défaillance des soins maternels. Les parents de Madame T. étaient très investis dans la prise en charge de l'enfant dont ils avaient assuré la garde avant l'hospitalisation de la dyade dans notre service. Ils étaient adaptés et volontaires pour s'en occuper. Cependant, ils participaient au déni de la pathologie de leur fille en adhérant à son discours et en refusant de voir les difficultés qu'elles présentait pour prendre en charge son bébé. Quant au père, arrivé en France depuis peu et cherchant un travail, il n'était pas particulièrement disponible pour les soins de son enfant. De plus, il ne nous a jamais montré qu'il était capable de s'opposer aux décisions de son épouse concernant le devenir de leur enfant. C'est dans ces conditions que, étant dans l'impossibilité de nous reposer sur l'entourage de la patiente, la décision de placement a été prise.

Les facteurs sociaux font partie intégrante de l'évaluation. Ils permettent d'apprécier le niveau d'insertion sociale et professionnelle et les facultés d'adaptation au réel. L'existence d'un logement, les ressources de la famille, la présence d'un emploi sont quelques exemples de facteurs sociaux impactant le projet à mettre en place.

L'enfant enfin, et ses capacités d'adaptation à la pathologie maternelle, déterminent l'urgence de la prise en charge. En effet, si des signes de souffrance précoce sont mis en évidence chez l'enfant, cela impose de mettre en place rapidement des mesures de protection.

L'ensemble de ces éléments doit être pris en compte pour l'élaboration d'un projet adapté à chaque situation. Il est évident que cette évaluation doit être faite le plus précocement possible. Nous insistons à nouveau sur l'importance de la prévention et de l'utilisation du temps de la grossesse pour élaborer un projet de soins adapté pour l'enfant mais aussi accepté par la mère.

C- Équipes soignantes : de la médiation à la remédiation

Le travail de l'équipe soignante d'une unité mère-enfant consiste à offrir à la dyade un espace contenant et sécurisant afin de permettre le développement d'un lien de qualité. L'intérêt de l'enfant est pris en compte puisque la continuité des soins lui est assurée soit par la mère quand elle est disponible, soit par le personnel soignant assurant alors le rôle de suppléance maternelle (36). L'équipe accompagne la mère dans les soins quotidiens au bébé en assurant un rôle de médiation qui consiste en une observation détaillée des interactions et un accompagnement actif. Ce rôle de médiation est indispensable en raison de la tendance à l'établissement d'une relation fusionnelle et/ou ambivalente et du risque de perte de continuité de la part de la mère. Idéalement, il nécessite la présence de deux soignants. L'un plus proche de la mère, permet de la rassurer et de la valoriser dans ses compétences maternelles ; l'autre plus proche de l'enfant, lui permet d'accrocher un regard rassurant et permanent afin de favoriser la continuité (30).

Chez la mère, l'altération de la lecture émotionnelle et affective des besoins l'enfant implique une suppléance par le soignant. Les comportements du bébé ainsi que ses états émotionnels sont commentés. La mère est soutenue pour décoder les besoins de l'enfant et y répondre de façon adaptée. Ces moments sont riches de remaniement pour la mère, elle peut ainsi accéder petit à petit à la différenciation entre elle et son enfant et progresser dans le décodage de ses besoins. Ces contacts sont structurants pour l'ensemble de la dyade et permettent une meilleure compréhension psycho-dynamique du lien mère-enfant. Il faut bien sûr rester attentif au vécu émotionnel de chacun et limiter ces temps si une désorganisation de la mère ou de l'enfant est observée.

Lors de ces rencontres, la mère peut éprouver un sentiment de culpabilité ou de rejet de l'enfant

face à ses difficultés. Elle peut également avoir l'impression d'être surveillée ou jugée. Elle doit pouvoir être rassurée par les soignants et confortée dans son rôle maternel. Ce travail n'est possible que si une relation de confiance et une alliance de qualité sont établies au préalable (37).

Cette médiation par un tiers permet un ajustement du lien entre la mère et son enfant. La mère peut ainsi accéder, grâce à la répétition de l'accompagnement, à une relation plus apaisée. On peut ici faire un parallèle avec le principe de la remédiation cognitive que nous avons abordé dans l'introduction. Dans le cas de la périnatalité, il s'agit surtout d'une remédiation émotionnelle dont les patientes ont le plus souvent besoin. Le soutien dans la lecture de son propre vécu affectif comme de celui de son enfant, s'il est accepté par la patiente et répété dans le temps, pourrait permettre à la mère de corriger progressivement ses interactions défailtantes. Deux aspects sont importants ici et détermineront l'efficacité de cette technique. Il s'agit de la reconnaissance des troubles par la patiente et de la qualité de l'alliance thérapeutique.

Chez Madame T., les remarques et conseils de l'équipe étaient perçues par la mère comme des reproches et ont réactivé son sentiment de persécution, rendant la médiation de la relation impossible. Pour Madame C., la médiation a permis un apprentissage progressif de la prise en charge de son bébé. Et bien qu'elle s'en occupait toujours de façon très automatique et présentait des difficultés dans le décodage des besoins de l'enfant, un attachement réciproque était observé par les soignants. Enfin pour Madame F., le soutien aux interactions était indispensable pour stimuler l'ensemble de la dyade. Elle interagissait peu avec son bébé et présentait une pauvreté des affects qui avaient des répercussions sur l'enfant. Progressivement, une évolution favorable du lien a été observée durant l'hospitalisation mais qui restait insuffisante et inconstante pour permettre un retour au domicile de cette dyade.

D- Maintien, aménagement du lien et distanciation mère-enfant

Comme nous l'avons vu, les mères psychotiques présentent souvent une grande difficulté pour trouver la distance adaptée à son enfant. Elles alternent entre des phases de rapprochement intense et intrusif pour l'enfant et des phases de mise à distance, voire d'abandon. Une des finalités principales de l'hospitalisation en unité mère-bébé est de déterminer la bonne distance à aménager entre la mère et son enfant puis d'imaginer un cadre sur lequel s'appuyer pour maintenir cette distance afin de préserver un lien acceptable pour chacun (36–38).

La sensibilité de chaque intervenant joue ici un rôle important qu'il ne faut pas négliger. L'identification et le contre-transfert sont les difficultés majeures rencontrées par les soignants en périnatalité (39).

La maternité est un domaine qui touche nos craintes les plus cachées et nos idéaux les plus chers mettant en jeu des sentiments conscients et inconscients qui peuvent perturber l'analyse et la prise de décision adéquate à chaque situation. Il existe souvent un clivage entre les différents intervenants. Favorisés par la projection sur les soignants des désirs contradictoires de la mère (abandon et garde de l'enfant), avis et attitudes s'opposent au sein même de l'équipe. Certains soignants mettent en avant l'empathie suscitée par la mère dans son désir exprimé de garder l'enfant alors que d'autres, plus sensibles aux réactions d'angoisse face au nourrisson, envisagent surtout les dangers pour l'enfant. L'ambivalence de la mère est communiquée à l'équipe et peut provoquer des conflits importants au sein de l'institution. Il est donc indispensable de prendre en considération ce clivage qui existe inévitablement afin de préserver l'équipe et de permettre une prise de décision la plus objective possible. Le risque de ce clivage institutionnel est qu'il puisse perturber les décisions futures de l'équipe.

Dans un cas comme celui de Madame C., où la pathologie maternelle est stabilisée et où l'environnement familial est jugé comme fiable, un dispositif léger avec un suivi régulier au domicile par la PMI et la mise en place de mesures éducatives est suffisant. Il faut cependant rester attentif à l'apparition de facteurs de décompensation qui pourraient rapidement compromettre cet équilibre fragile.

À l'inverse dans la situation de Madame T., où l'absence d'alliance thérapeutique, l'intensité de la symptomatologie psychotique et l'opposition de l'ensemble de la famille à toute forme de prise en charge au décours de l'hospitalisation font persister une relation mère-bébé dangereuse pour l'ensemble de la dyade. Il n'y a pas d'autre possibilité que de faire appel à la justice pour une OPP. La séparation est nécessaire au bon développement de l'enfant et à la stabilisation de la pathologie de la mère. Même si cette solution ne paraît guère satisfaisante elle est indispensable. De plus, elle n'est pas nécessairement définitive et des rencontres pour travailler le lien mère-enfant pourront toujours être organisées une fois que l'état psychologique de la mère le permettra. On notera tout de même que l'urgence dans laquelle cette décision a été prise, implique de lourdes conséquences traumatiques pour la mère mais aussi pour l'enfant.

Enfin, le cas de Madame F. est particulièrement intéressant car il démontre l'efficacité de la prise en charge périnatale. En effet, malgré les progrès constatés durant l'hospitalisation, une décision de placement a été prise devant les signes de souffrance observés chez l'enfant. Il a donc été confié à une assistante maternelle. L'absence de décompensation aigüe chez la mère et la relativement bonne alliance thérapeutique ont permis de travailler cette séparation et de préparer la mère et l'enfant à l'éloignement. L'assistante maternelle est venue rencontrer la dyade dans le service pour se familiariser avec eux. Ainsi, la mère a accepté plus facilement de confier son enfant à une personne connue et en qui elle pouvait avoir confiance. De plus, des

rencontres hebdomadaires puis bihebdomadaires avec son enfant ont pu être organisées. On assiste alors à une implication de plus en plus assidue de cette mère. Les signes de souffrance chez l'enfant disparaissent progressivement au domicile de l'assistante maternelle avec la mise en place d'une figure d'attachement stable et sécurisante. Cependant, ils réapparaissent lors des rencontres avec sa mère en hôpital de jour. Nous comprenons les difficultés qu'il présente par le retour dans le service où l'enfant a vécu des premiers mois de vie traumatiques, ainsi que par le fait de se retrouver de nouveau confronté à sa mère. C'est pourquoi nous avons convié l'assistante maternelle à ces rencontres. Ce qui semblait convenir à l'enfant qui rassuré par la présence d'une figure d'attachement sécurisante pouvait s'autoriser à entrer en relation avec sa mère. Cet exemple nous montre qu'un aménagement du lien mère-enfant peut permettre d'éviter une séparation brutale et définitive.

E- Relai et articulation des soins sur l'extérieur

Après un séjour plus ou moins long dans une unité mère-bébé la question de la sortie d'hospitalisation pour la dyade doit être abordée sereinement. En effet, alors qu'un lien s'est instauré, la sortie avec tous les changements et adaptations qu'elle implique pour l'ensemble de la dyade, peut faire revivre le traumatisme initial de la rencontre avec l'enfant (40).

Dans les situations de retour au domicile, la famille est confrontée à la réalité de ses responsabilités et l'ambivalence de la mère peut être réactivée. Le changement de repère pour l'enfant peut entraîner un temps d'adaptation à son nouvel environnement. Des permissions au domicile peuvent être organisées afin de favoriser une adaptation progressive.

Il est important d'inclure, autant que possible, le père au sein de la prise en charge et de favoriser les échanges affectifs entre les membres de la triade. En effet, quand des difficultés dans les

interactions entre la mère et son enfant sont présentes, l'investissement du père et sa capacité à prendre la place de figure d'attachement de l'enfant sont primordiaux. Il a un rôle majeur à jouer d'une part pour assurer les soins primaires à apporter à l'enfant et d'autre part pour faire office de tiers médiateur dans la relation mère-enfant.

Dans les situations où l'enfant est placé, la séparation peut être source de beaucoup de souffrance pour la dyade, surtout si elle n'a pu être travaillée et acceptée par les parents. L'alliance avec la famille est ici primordiale. Si les parents, conscients de leurs difficultés, acceptent le placement, la séparation peut être progressive et ainsi limiter les répercussions sur chaque membre de la dyade. Dans ces conditions, l'organisation de visites médiatisées pour maintenir un lien peut alors être envisagée beaucoup plus sereinement. La sortie d'hospitalisation de Madame F. en est le parfait exemple. À l'inverse, dans la situation de Madame T. où la famille s'oppose massivement à la décision de l'équipe, la brutalité du placement empêche de préparer les membres de la dyade à la séparation et complique l'organisation des visites médiatisées.

Dans tous les cas, un projet solide et adapté doit avoir été mis en place ; prenant en considération les soins individuels nécessaires à chaque membre de la dyade et la poursuite des soins aux interactions relationnelles. Pour la mère, le relai vers la psychiatrie adulte de secteur est indispensable afin d'assurer la stabilité de sa pathologie. Pour l'enfant, une prise en charge en pédopsychiatrie est souvent nécessaire afin de rester attentif au bon développement psychomoteur. Les services de périnatalité peuvent poursuivre le soutien aux interactions dans le cadre d'hôpitaux de jours. La PMI peut veiller à la bonne évolution de la prise en charge de l'enfant par l'intermédiaire de passages au domicile et de consultations pédiatriques. Enfin les services sociaux en cas de placement de l'enfant doivent pouvoir organiser des visites

médiatisées afin de maintenir et travailler le lien mère-enfant quand l'état psychologique de la mère le permet. L'organisation d'une synthèse avec chacun de ces intervenants peut avoir un intérêt pour favoriser la coordination des soins (40).

CONCLUSION

Ce travail s'est inspiré de deux semestres d'internat passés dans le service de Psychiatrie Périnatale du CHRU de Lille. Il se base sur la rencontre et l'observation aussi bien d'une équipe soignante expérimentée et passionnée, que des patients et leurs familles. Les trois cas cliniques présentés dans ce travail mettent en exergue l'impact des symptômes psychotiques sur la maternité.

La rencontre entre une mère souffrant de schizophrénie et son enfant comporte des risques pour chaque membre de la dyade. Les interactions précoces sont primordiales dans la construction psychique et émotionnelle d'un enfant. Les premières relations qu'un nouveau-né lie avec son entourage détermineront son fonctionnement affectif ultérieur. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit ce que la confrontation avec son enfant peut faire vivre à une mère psychotique.

Au-delà des symptômes, la persistance d'une pathologie mentale chronique avec des répercussions fonctionnelles pose la question d'une harmonie à maintenir entre la mère et l'enfant et d'une juste distance à trouver.

L'objectif principal de la prise en charge est l'élaboration d'une alliance thérapeutique de qualité. Pour cela, il faut encourager la prévention dans la prise en charge précoce des patientes souffrant de schizophrénie et ce, dès le début de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. 2012.
2. Rapport OMS 2001 : Handicap Psychique. 2001.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013.
4. Ey H. Traité de psychiatrie de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 1955.
5. Goudemand M, Thomas P, Maron M, Bailly D. Rapport du CPNLF 2001 : Troubles psychopathologiques de la gravido-puerpéralité. 2001;
6. Mirabel-Sarron C, Docteur A, Siobud-Dorocant E, Dardennes R, Gorwood P, Rouillon F. Psychoéducation et TCC. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2015;173(1):85-91.
7. Bazin N, Passerieux C, Hardy-Bayle M-C. ToMRemed : une technique de remédiation cognitive centrée sur la théorie de l'esprit pour les patients schizophrènes. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 mars 2010;20(1):16-21.
8. Dugnat M, Perrier E. La maternité chez une femme psychotique. *Psychol Médicale.* 1990;22(13):1319–1323.
9. Sutter-Dallay A-L. Psychose et maternité, Psychosis and pregnancy, Psicosis y maternidad. *Inf Psychiatr.* 15 nov 2012;me 86(2):153-61.
10. Racamier P.C., Sens C., Carretier L. La mère, l'enfant dans les psychose du post partum. *L'évolution psychiatrique.* 1961;
11. Bergeret-Amselek C. *Le Mystère des mères.* Desclée de Brouwer; 1998.
12. Meltzer ES, Kumar R. Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother-and-baby admissions. *Br J Psychiatry.* 1 déc 1985;147(6):647-54.
13. Chazaud C. Prescription des psychotropes pendant la grossesse: les recommandations et revue de la littérature: risques tératogènes, conséquences obstétricales, néonatales et neuro-développementales [Internet]. 2012 [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <http://scholar.google.com/scholar?cluster=10322433805781673708&hl=en&oi=scholar>
14. MacCabe JH, Martinsson L, Lichtenstein P, Nilsson E, Cnattingius S, Murray RM, et al. Adverse pregnancy outcomes in mothers with affective psychosis. *Bipolar Disord.* 1 mai 2007;9(3):305-9.
15. King-Hele S, Webb R, Mortensen PB, Appleby L, Pickles A, Abel KM. Risk of stillbirth and neonatal death linked with maternal mental illness: A national cohort study. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 10 nov 2008 [cité 3 sept 2017]; Disponible sur: <http://fn.bmj.com/content/early/2008/11/10/adc.2007.135459>
16. Wan MW, Penketh V, Salmon MP, Abel KM. Content and style of speech from mothers with schizophrenia towards their infants. *Psychiatry Res.* 30 mai 2008;159(1):109-14.

17. Wan MW, Abel KM, Green J. The transmission of risk to children from mothers with schizophrenia: A developmental psychopathology model. *Clin Psychol Rev.* 1 avr 2008;28(4):613-37.
18. Marcé LV. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices: et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet* [Internet]. Baillière; 1858 [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=JhsPAAAAQAAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=info:0lIJK2IRcnQJ:scholar.google.com&ots=jfFmPIhv2h&sig=OJ5D2YCdHuAkzLikIGEB16fvJXo>
19. David M. *Prendre soin de l'enfance.*
20. Bowlby J. *Attachment and loss.* Basic Books. 1969.
21. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal.* 1958;39:350.
22. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* Psychology Press; 1978. 467 p.
23. Guedeney A. *L'attachement : Concepts et applications.* 2002.
24. Waters E, Cummings EM. A Secure Base from Which to Explore Close Relationships. *Child Dev.* 1 janv 2000;71(1):164-72.
25. Tarabulsy GM, Larose S, Pederson DR. *Attachement et Développement: Le Rôle des Premières Relations Dans le Développement Humain.* PUQ; 2000. 421 p.
26. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. *Pédiatrie À Psychanal.* 1956;1969:285.
27. David M. Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel. *Vie L'enfant.* 2014;495-524.
28. Henry A. Un témoignage clinique à propos des mères infanticides. *Perspect Psy.* 2007;46(2):135-140.
29. Rammouz I, Tahiri DA, Aalouane R, Kjiri S, Belhous A, Ktiouet JE, et al. Infanticide en post-partum: à propos d'un cas. *L'Encéphale.* 2008;34(3):284-288.
30. David M. Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique: une tentative de réponse. *Psychiatr Enfant.* 1981;24(1):151.
31. Amzallag C. La souffrance des nourrissons de meres psychotiques. *Soins Psychiatr.* 1993;17-17.
32. Lamour M, Barraco M. Perturbations précoces des interactions parents-nourrisson et construction de la vie psychique Le jeune enfant face à une mère psychotique. *Psychiatr Enfant.* 1995;38(2):529.
33. Bouvet M. *La relation d'objet. La théorie psychanalytique.* 1969.

34. David M. Entre mère et bébé: impact d'un état psychotique délirant chronique. *Vie L'enfant*. 2014;539–551.
35. COHEN J-R, Vidailhet C. Le droit de garde des parents psychotiques. *Inf Psychiatr*. 1989;65:801–808.
36. Garlot-Juhel C. Maternité et schizophrénie. Réactions et phénomènes institutionnels. *Evol Psychiatr (Paris)*. 1992;57(1):61–74.
37. Manzano J. Les enfants de mères psychotiques: analyse d'une intervention préventive. *Psychiatr Fr*. 1998;29(3):137–147.
38. David M. Le placement familial: de la pratique à la théorie [Internet]. Ed. ESF; 1989 [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <http://scholar.google.com/scholar?cluster=16830431110969340244&hl=en&oi=scholar>
39. David M. Le bébé, ses parents, leurs soignants [Internet]. Erès; 2012 [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=9xGWDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=info:Dq0WzK5KilcJ:scholar.google.com&ots=Ih4fTrs6tU&sig=tUjh wzDR64lhbFZeAsGqms78XoM>
40. Morisseau L. Comment organiser la sortie d'une mère psychotique et de son bébé sur le secteur?: Hospitalisation mère-enfant. *Perspect Psychiatr*. 1998;37(5):357–363.

AUTEUR : Nom : PRUNAYRE

Prénom : Gaspard

Date de Soutenance : 22 septembre 2017

Titre de la Thèse : Psychose et Maternité : Intérêt des soins pour la dyade, de la conception au post partum précoce.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : schizophrénie, psychose, maternité, théorie de l'attachement

La psychose a des conséquences fonctionnelles majeures sur chaque domaine de la vie du patient. Ces conséquences prennent toute leur importance dans la période de la maternité. Les compétences maternelles qui seront nécessaires aux soins du nourrisson et à la fondation de la relation mère-enfant demanderont une adaptation majeure aux patientes psychotiques. La psychiatrie périnatale vise à soigner la pathologie de la mère en présence de son enfant, de s'assurer de son développement et d'accompagner l'interaction entre les deux.

L'objectif de ce travail est de préciser le retentissement des symptômes psychotiques d'une mère sur son nouveau-né et réciproquement ; puis d'établir les grands axes de prise en charge de la dyade en psychiatrie périnatale. Ce travail s'appuie sur l'étude de trois situations cliniques rencontrées dans le service Mère-Enfant du CHRU de Lille. Les symptômes psychotiques peuvent entraver les interactions précoces en disqualifiant le système d'attachement. Un attachement insécuré peut alors faire émerger chez l'enfant des stratégies d'adaptation qui vont à l'encontre de son développement psychomoteur.

Les cibles thérapeutiques sont basées sur l'évaluation des compétences maternelles, l'accompagnement de celle-ci dans les soins à l'enfant et enfin la protection de l'enfance. De multiples facteurs peuvent influencer le devenir de la dyade: l'intensité de la pathologie maternelle, l'implication de l'entourage proche ou encore la qualité de l'alliance thérapeutique. Afin de préserver la relation mère-enfant, une prise en charge précoce à visée préventive des patientes psychotique, dès le début de grossesse doit être encouragée.

L'organisation des soins doit garantir l'intérêt de chaque membre de la dyade individuellement et en tant que famille.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Michel MARON