



UNIVERSITÉ DE LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Trouble de personnalité borderline et période périnatale :
Objectifs et enjeux des soins pour la dyade**

Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2018 à 18h
Au Pôle Recherche

Par Kelam MOUIND

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Aline PICARD

AVERTISSEMENT

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
PARTIE I : PSYCHOPATHOLOGIE DU TROUBLE BORDERLINE	12
I. INTRODUCTION	12
A. Epidémiologie	12
B. Définitions.....	13
1. Le DSM-5.....	14
2. La CIM	16
II. CADRE HISTORIQUE.....	17
A. Etats limites et psychiatrie.....	17
1. La schizophrénie : paradigme psychiatrique pour la compréhension des états limites.....	17
2. Les modalités d'apparition des états limites en psychiatrie	18
III. PSYCHOPATHOLOGIE, ETIOPATHOGENIE DU TROUBLE BORDERLINE	20
A. Les perspectives psychanalytiques	21
1. L'apport de Kernberg.....	21
2. L'apport de Bergeret.....	24
3. L'apport de Widlöcher	26
B. Enrichissement des concepts.....	26
4. Théorie de l'attachement, expériences traumatiques de l'enfance	27
5. Perspectives cognitives.....	28
6. Perspective neurobiologique.....	29
7. Eclairages sur la personnalité borderline	34
8. Études neurocognitives et de neuro-imagerie	37
IV. SÉMIOLOGIE DU TROUBLE BORDERLINE.....	38
A. Manifestations cliniques.....	38
1. La perturbation des affects.....	38
2. L'angoisse	39
3. Les perturbations cognitives.....	40
4. L'impulsivité.....	40
5. Les conduites de dépendance	41

B.	Les relations interpersonnelles.....	42
V.	CONCLUSION	43
	PARTIE II : DÉVELOPPEMENT PRECOCE DU NOURRISSON	44
I.	LE BÉBÉ, SON CORPS ET SA PSYCHÉ	44
A.	Le corps dans l'interaction.....	45
B.	Le développement de la vie psychique.....	46
II.	LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT	47
A.	Contexte historique	47
B.	L'attachement.....	48
1.	Du côté du bébé	48
2.	Du côté de la mère	51
3.	Neurobiologie de l'attachement	54
4.	Héritabilité du type d'attachement.....	56
III.	DYSFONCTIONNEMENT DE L'AJUSTEMENT AFFECTIF	57
A.	Troubles du lien	57
B.	Les signes de souffrance du bébé	58
1.	Reconnaître un bébé en souffrance	59
IV.	CONCLUSION	61
	PARTIE III : LES INTERACTIONS SPÉCIFIQUES DES MÈRES BORDERLINE AVEC LEUR BÉBÉ AU TRAVERS DE DEUX CAS CLINIQUES.....	63
I.	INTRODUCTION	63
A.	La transparence psychique	63
B.	Retentissement du trouble maternel borderline dans l'interaction mère-bébé.....	65
II.	PRÉSENTATIONS CLINIQUES	67
A.	Madame N. et Maëlys.....	67
1.	Éléments biographiques	67
2.	Contexte de la naissance de Maëlys.....	68
3.	Premiers contacts	69
4.	Prise en charge proposée	70
5.	Evolution.....	73
6.	Points de réflexion autour de la prise en charge.....	74
B.	Madame L. et Karim.....	78
1.	Éléments biographiques	78

2.	Contexte de la naissance de Karim.....	79
3.	Premiers contacts.....	80
4.	Prise en charge proposée.....	81
5.	Points de réflexion autour de la prise en charge.....	84
	PARTIE IV : SOINS SPECIFIQUES DE LA DYADE EN PSYCHIATRIE PERINATALE	87
I.	INTRODUCTION.....	87
II.	LE RESEAU DE SOINS EN PSYCHIATRIE PERINATALE.....	90
A.	Historique de la constitution de la psychiatrie périnatale.....	90
B.	Organisation de soins précoces autour de la dyade : La pratique en réseau.....	92
C.	Des outils spécifiques en psychiatrie périnatale.....	94
1.	Cas particulier des unités mère-bébé.....	95
III.	QUELS SOINS DISPONIBLES AU MERES BORDERLINE ET LEUR BEBE ?.....	98
A.	Le soin : perspective prometteuse encouragée par les neurosciences.....	99
B.	L'intervention à domicile.....	101
1.	Intérêts.....	102
2.	Limites.....	103
C.	Quel cadre thérapeutique ?.....	103
D.	Intérêt d'une cothérapie ?.....	104
E.	Des soins maternels spécifiques.....	105
1.	La psychothérapie : objectifs et enjeux.....	105
2.	Favoriser des interactions harmonieuses mère-bébé.....	107
F.	Evaluation du nourrisson.....	108
1.	L'enjeu d'une évaluation formalisée.....	109
IV.	PERSPECTIVES DES SOINS.....	114
A.	La place de la famille dans les soins.....	114
B.	Théorie de l'attachement et thérapie systémique.....	115
1.	Transmission transgénérationnelle.....	116
2.	Attachement et couple.....	117
3.	Les limites.....	118
	CONCLUSION GÉNÉRALE.....	120
	BIBLIOGRAPHIE.....	123

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'importance des conséquences psychosociales et du taux de mortalité suicidaire dans le trouble de personnalité borderline en fait actuellement un enjeu majeur de santé publique. Bien que ce trouble soit largement décrit dans la littérature scientifique, les conséquences sur l'entourage familial proche et notamment sur l'enfant restent incomplètement étudiées.

Chez les femmes présentant un trouble de personnalité borderline, les déséquilibres psychiques induits lors de l'accession à la parentalité peuvent se manifester par une incapacité à évaluer et à répondre de façon ajustée aux besoins de son enfant.

De graves répercussions au sein des relations interpersonnelles sont décrites dans ce trouble. Les interactions mère-bébé ne sont pas épargnées. Chez ces femmes devenant mère, le vécu émotionnel perturbé, les changements d'humeur fulgurants, l'imprévisibilité, l'impulsivité et les distorsions de la réalité sont autant d'éléments susceptibles d'empêcher la constitution d'une relation précoce harmonieuse au sein de la dyade.

Or, l'enfant se construit dans la constance et la prévisibilité des soins qui lui sont apportés. Le lien d'attachement du bébé à sa mère, qui s'établit dans cette relation précoce, est essentiel à son développement psychomoteur, socio-affectif et cognitif, tant à court qu'à plus long terme.

L'arrivée d'un bébé représente souvent un espoir pour ces mères en souffrance et s'accompagne habituellement de la motivation d'accueillir au mieux leur enfant. Cet "au mieux" pourra prendre des formes variées selon leur histoire personnelle et les caractéristiques propres de l'enfant. Néanmoins, il peut représenter un levier thérapeutique.

Lors de la période périnatale, des prises en charges médico-sociales spécifiques s'organisent autour de la dyade dont l'insertion dans un réseau de soins peut se révéler être une véritable opportunité thérapeutique. Cette période laisse entrevoir une fenêtre de soins, tant pour l'évolution du trouble maternel et la relation à son bébé, que dans la prévention des risques encourus par ce dernier. Cependant, actuellement il existe encore peu de programmes de soutien à la parentalité des mères borderline.

Ce travail porte sur l'impact du trouble de personnalité borderline dans la relation mère-bébé et le développement précoce de l'enfant, ainsi que les enjeux et objectifs de la mise en place d'un dispositif de soins spécifiques pour la dyade au cours de la période périnatale.

PARTIE I : PSYCHOPATHOLOGIE DU TROUBLE BORDERLINE

I. INTRODUCTION

Le trouble de personnalité borderline (TPB) souffre d'une image parfois négative auprès des professionnels de santé mentale. La gravité et l'instabilité des symptômes ainsi que les relations particulières que ces patients nouent avec les soignants et les institutions rendent souvent difficiles leur prise en charge.

Ce trouble suscite par ailleurs, encore d'importants questionnements des cliniciens et de la communauté scientifique concernant le diagnostic et son étiopathogénie.

Néanmoins, le TPB bénéficie aujourd'hui de critères bien précis permettant de le définir. De plus, la recherche se développe au niveau clinique, neurobiologique et psychothérapeutique et permet de réaliser des avancées importantes dans la compréhension et la prise en charge de ces patients.

A. Epidémiologie

Le trouble de personnalité borderline ou état limite, est le plus fréquent des troubles de la personnalité.

Sa prévalence est de 10% en ambulatoire et atteint jusqu'à 25% des patients hospitalisés (1-3). Il s'agirait de 10% des patients vus en psychiatrie.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), entre 2% et 4% de la population mondiale seraient touchés par ce trouble.

Il est retrouvé un taux plus élevé chez les femmes que chez les hommes (ratio 2/1). Cependant, les études portant sur la population générale ne présentent pas de différence majeure entre les deux sexes (4).

La gravité du TPB réside dans le taux de suicide qui peut atteindre jusqu'à 10 % de ces patients (5).

Les premiers symptômes apparaissent généralement au début de l'adolescence. Il semblerait que la prévalence du trouble diminue ensuite significativement entre l'adolescence et l'âge adulte. D'une manière générale, l'évolution clinique est lente. Il est à noter cependant que la plupart des patients vont connaître une rémission des symptômes aigus. Une majorité de patients (88%), ne remplissent plus les critères DSM du diagnostic après 10 ans avec ou sans traitement à long terme et moins de 20% rechutent (6).

Les raisons de cette évolution ne sont pas bien élucidées. Les processus thérapeutiques plus ou moins spécifiques, tout comme les processus de réparation et de reconstruction durant la vie adulte pourraient faciliter les processus de réadaptation. Le niveau général de réhabilitation psycho-social quant à lui varie. Une minorité de patients développera une carrière professionnelle satisfaisante et des relations intimes épanouies. Une autre minorité restera très symptomatique. Dans une majorité de cas, l'instabilité émotionnelle ainsi que l'impulsivité vont s'atténuer. Ces patients pourront fonctionner à un niveau correct même si la plupart des individus conserveront une vulnérabilité particulière au stress.

Par ailleurs, la pathologie borderline s'associe à d'autres pathologies psychiatriques, telles que les troubles de l'humeur, les addictions, les pathologies post-traumatiques, les troubles anxieux et les désordres alimentaires (7,8).

B. Définitions

Les termes de personnalité Borderline et de personnalité limite désignent deux entités cliniques d'origines théoriques distinctes qui ne se recouvrent que partiellement. Néanmoins, les termes "limite", "état limite" et "borderline" coexistent fréquemment en France, ils sont devenus interchangeables et sont utilisés indifféremment.

Le terme "borderline" concernait initialement des symptômes physiques représentés dans différentes pathologies psychiatriques. Des états frontières entre névrose et schizophrénie ont ensuite été décrits. Pourtant considérés comme névrotiques, ces patients pouvaient présenter des épisodes psychotiques brefs et/ou une grande instabilité comportementale ou affective.

Actuellement, l'emploi du terme "borderline" permet de désigner un trouble de l'identité présentant les caractéristiques suivantes : une instabilité fondamentale de la vie émotionnelle, affective, une impulsivité, une dysrégulation comportementale et des perturbations cognitives.

Le terme d'état limite peut soit désigner la traduction française de "borderline", selon un concept comportemental, soit décrire un type d'organisation de la personnalité.

Il s'agit d'une organisation intermédiaire, entre psychose et névrose qui fut initialement isolée à partir de particularités de la relation thérapeutique observées par certains psychanalystes.

Ce terme met l'accent sur la diversité des tableaux cliniques pouvant être isolés selon la prédominance de certaines manifestations cliniques.

On décrit ainsi :

- un type “affectif”, instabilité affective avec hyperréactivité émotionnelle
- un type “impulsif”, impulsivité au premier plan
- un type “agressif” devant des accès de colère majeurs
- un type “dépendant”, devant des angoisses d’abandon et une intolérance à la solitude
- un type “vide”

Plus rarement, une idéation persécutoire ou des manifestations dissociatives sont au premier plan.

Les efforts réalisés durant les 30 dernières années ont progressivement permis d’affiner le diagnostic autour d’une description clinique de ce trouble.

En effet la diversité des champs sémantiques a persisté jusqu’à ce que le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (DSM-III) propose en 1980 de définir la personnalité borderline comme entité autonome, s’éloignant ainsi progressivement du concept historique psychanalytique de personnalité limite (9,10).

Le DSM est un outil naissant initialement de la nécessité de créer un dialogue et des critères communs au sein de la communauté scientifique. Son intérêt vise principalement les travaux de recherche.

1. Le DSM-5

Actuellement le terme de personnalité borderline désigne dans le DSM-5 “un mode général d’instabilité des relations interpersonnelles, de l’image de soi avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l’âge adulte et est présent dans des contextes divers”(11).

De nombreux spécialistes s’accordent à reconnaître que les critères du DSM, essentiellement descriptifs, ne sont pas à même de représenter les différents problèmes présents chez ces patients à un niveau inter et intra-personnels (12).

Description des critères de la personnalité borderline selon le DSM-5 (11) :

“*Mode général d’instabilité des relations interpersonnelles, de l’image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l’âge adulte, et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :*

1. Efforts effrénés pour **éviter les abandons** réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires et les automutilations énumérés dans le critère 5.)

2. Mode de **relations interpersonnelles instables et intenses** caractérisé par l’alternance entre des positions extrêmes d’idéalisations excessive et de dévalorisation.

3. **Perturbation de l’identité** : instabilité marquée et persistante de l’image ou de la notion de soi.

4. **Impulsivité** dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)

5. Répétition de comportements, de **gestes ou de menaces suicidaires**, ou d’automutilations.

6. **Instabilité affective** due à une réactivité marquée de l’humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).

7. Sentiments chroniques de **vide**.

8. **Colères intenses et inappropriées** ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).

9. *Survenue transitoire dans des situations de stress d’une **idéation persécutoire** ou de **symptômes dissociatifs sévères**.*”

Les critères du DSM-5 reflètent les difficultés de fonctionnement émotionnel de la personnalité borderline. Notamment l’instabilité affective, les épisodes de colères intenses et les sentiments chroniques de vide qui sont l’expression de difficultés émotionnelles et de questionnements identitaires.

D’autres critères comme les automutilations, sont perçus comme l’expression d’une réponse comportementale inadaptée à un problème émotionnel (13).

Enfin, parmi les critères du DSM, il semblerait que celui “d’instabilité affective” et “de trouble de l’identité” soient les plus utiles et spécifiques quand il s’agit de différencier les patients borderline des autres (14).

Si le concept général de personnalité implique une permanence au cours de la vie, le trouble de personnalité borderline affiche plutôt une continuité dans l'instabilité.

2. La CIM

La dénomination de “*personnalité émotionnellement labile*” est quant à elle retenue dans la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision (CIM-10), et différencie un type “*Impulsif*” d'un type “*borderline*”. L'actualisation de la classification est en cours de traduction (CIM-11).

Description des critères de la personnalité émotionnellement labile selon la CIM-10 :

- « Tendance nette à agir de façon **impulsive** et sans considération pour les conséquences possibles ;
- Humeur **imprévisible** et capricieuse ;
- Tendance aux **explosions émotionnelles** ;
- Difficulté à **contrôler les comportements** impulsifs ;
- Tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en **conflit avec les autres**, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés ;

Deux types peuvent être distingués:

- le type « **impulsif** », caractérisé principalement par une « **instabilité émotionnelle** et un manque de contrôle des impulsions »
- le type « **borderline** », caractérisé par des « **perturbations de l'image de soi**, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un **sentiment chronique de vide** intérieur, par des **relations interpersonnelles intenses et instables** et par une tendance à adopter un **comportement auto-destructeur**, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires. »

Les soins autour des patients borderline, de par la complexité de leur fonctionnement mental, est un enjeu de réflexion de taille pour tous les professionnels de santé.

Les erreurs de diagnostics demeurent encore fréquentes, un symptôme prédominant à une période pouvant en cacher d'autres.

II. CADRE HISTORIQUE

A. Etats limites et psychiatrie

1. La schizophrénie : paradigme psychiatrique pour la compréhension des états limites

L'historique du concept d'état limite se situe à la frontière des perspectives psychiatriques et psychanalytiques.

Bien que très différents, ces courants de pensée ont convergé face à “*l'observation de plus en plus fréquente de cas qui ne se laissent pas facilement décrire en des termes classiques*” (Allilaire).

La première apparition du terme “*borderline*” dans la littérature médicale date de 1884 aux Etats-unis (Huges). Ce terme désignait alors des patients présentant des symptômes physiques survenant dans des affections psychiatriques. Il est ensuite tombé dans l'oubli jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Par la suite, une multitude de termes ont été utilisés pour qualifier des états qui partagent certaines similitudes.

En France, les psychiatres ont isolé des tableaux cliniques frontières entre des cadres nosographiques déjà limités. Ils se distinguaient par leur aspect clinique ou leur évolution dans le temps.

Il s'agissait alors d'un repérage sémiologique essentiellement centré sur l'existence latente ou patente d'un état d'allure schizophrénique. La plupart des auteurs, à l'image de Kraepelin et Bleuler, sont restés réticents à l'individualisation de formes cliniques atténuées ou intermittentes des psychoses dissociatives. Ils ont choisi d'étendre le champ de la schizophrénie à ces formes discrètes, d'évolution lente, dont l'expression réside essentiellement dans une atteinte des conduites et du comportement.

Entre 1885 et 1890, Kahlbaum a distingué les “*héboïdophrénies*” des démences précoces, par leur propension à la délinquance et la prévalence des troubles caractériels sans grabatisation.

Vers 1893, Kraepelin à lui décrit des “*formes atténuées de démence précoce*”. A la même période, Magnan a évoqué, des formes de maladie mentale particulières par leur évolution que sont les “*délires curables*”.

En 1921, Kretschmer a relié au biotype “*leptosome*” prédisposant à la schizophrénie un caractère pathologique appelé la “*schizoïdie*”. Il y décrit une personnalité au sein de laquelle l'inhibition est associée à une forte impulsivité. Elle conduit à une inadaptation sociale, sans que survienne de processus dissociatif. En 1924, Minkowski développait, en France ce même concept.

Vers la même époque, H. Claude a décrit les “schizoses” qu’il a situées entre psychoses et névroses, correspondant à des “états dissociatifs qui altèrent électivement la vie affective”. Il a isolé de sa définition “la schizomanie”, caractérisée par la désadaptation au réel, l’impulsivité, les bizarreries du comportement et l’autisme. Le concept de “schizonévrose”, proposé par H. Claude en 1939 puis par Ey en 1955, recouvre pour l’essentiel la sémiologie de ces états frontières.

La schizonévrose se caractérise à l’époque par la coexistence de comportements névrotiques polymorphes, empruntant aux structures hystériques, obsessionnelles et aux personnalités psychopathiques. Cette description intègre également des décompensations psychotiques survenant par crises sous forme de bouffées délirantes ou d’épisodes discordants. Pour Ey, il s’agit là de “*l’aboutissement d’un processus entraînant la dislocation brusque d’un système névrotique jusque-là relativement bien organisé*”(15).

Par la suite d’autres descriptions seront proposées, notamment la “schizophrénie ambulatoire” de Zillboorg (1941), la “schizophrénie pseudonévrotique” de Hoch et Polatin (1949), “les états mixtes et les états transitionnels schizophréniques” de Palem (1958).

Ces auteurs restent réticents à l’individualisation d’une troisième structure autonome ou même de formes de transition entre psychose et névrose. Les états limites ont donc été considérés initialement du point de vue nosographique, comme de nature schizophrénique.

Les auteurs s’accordent à proposer deux types d’états. Les états mixtes ou schizonévrotiques. En référence à une conception hiérarchique de la personnalité, ils décrivent des formes de passage d’un état à l’autre et des formes relativement permanentes “*d’instabilité stable*”.

2. Les modalités d’apparition des états limites en psychiatrie

Dans un souci de distinguer névrose et psychose, le concept de pathologie “borderline” a été réintroduit dans les années 1940 aux États-Unis. Les interrogations ont été portées par les psychanalystes ayant observés au sein de cures analytiques un transfert particulier, altérant gravement la relation patient-thérapeute. Les patients apparemment névrotiques présentaient des caractéristiques semblables sur le plan transférentiel à des patients psychotiques. Le terme de “psychose de transfert” est issu de ces observations initiales. Il décrit dans le fonctionnement mental de ces patients, des distorsions de la dynamique relationnelle à repérer précocement.

Une nouvelle clinique, issue de la recherche d’éléments sémiologiques utilisables dans le cadre d’un repérage nosologique précoce de la schizophrénie a ainsi émergée.

En 1936, Stern a contribué à l’entrée du terme borderline dans la nosologie. Il a souligné chez ces patients l’existence d’un sentiment d’insécurité diffuse, une hyperesthésie affective et une défaillance de l’estime de soi attribués à une carence narcissique fondamentale.

Deutsch a proposé l'une des premières conceptions d'état limite en 1935 avec la notion de personnalité "as if". Cet auteur a ensuite défini en 1942 les "distorsions des relations d'objets internalisés" de ces sujets. L'une des caractéristiques mise en avant était un manque d'authenticité dans leur relation à autrui donnant superficiellement une illusion de normalité.

Cette idée a ensuite été reprise et approfondie par Winnicott et le concept de "faux-self" (16).

En 1949, puis en 1951, Eisenstein a insisté sur le risque majeur de décompensations psychotiques transitoires chez ces patients. Ce risque est décrit comme d'autant plus important que la cure analytique s'effectue sans aménagement préalable. À partir de ces premiers travaux, plusieurs auteurs, comme Wolberg (1952) ou Frosch (1964), se sont attachés à distinguer les états limites des psychoses.

En effet, l'utilisation du terme borderline est longtemps restée source de confusion. Il était utilisé à la fois pour désigner les patients ayant présenté une symptomatologie psychotique transitoire rapidement régressive et les patients fonctionnant de façon stable dans un état considéré comme intermédiaire entre névrose et psychose.

Wolberg a décrit des mécanismes répétitifs d'allure sadomasochiste régissant les relations interpersonnelles de ces patients. Il distinguait les patients limites des patients névrosés par le recours à des défenses plus primitives. Cependant, à l'inverse des structurations psychotiques, les patients limites gardaient, une épreuve de réalité préservée.

En 1966, Parkin a décrit ce registre de trouble comme un état stable de transition dans lequel la névrose constitue une défense contre la psychose. Il a insisté sur l'idée que les symptômes ne constituent pas les caractéristiques principales de ces états. Il a ainsi contribué, lui aussi, à sortir les états limites du champ de la schizophrénie et de ses formes latentes ou pseudonévrotiques.

D'autres auteurs ont cherché à caractériser le Moi des patients borderline. Ils ont souligné l'insuffisance d'une approche descriptive au profit d'une optique métapsychologique pour confirmer le diagnostic d'état limite.

Knight a insisté, en 1953, sur l'altération des fonctions normales du Moi dans le concept d'état limite. Il s'agit, selon lui, de "*l'affaiblissement sévère des processus secondaires de pensée, intégration, projets réalistes, adaptation à l'environnement, maintien de relation d'objet et défense contre les impulsions primitives inconscientes*". Knight considérait ces états comme des étapes transitoires de la vie du patient, et les a finalement rattaché à la schizophrénie.

En 1959, Schmeidler a décrit l'état limite comme une organisation "stable dans l'instabilité", "limitrophe des névroses, des psychoses psychogènes et de la psychopathie". Le tableau qu'elle proposa rappelle celui que retiennent les instruments diagnostiques contemporains. Notamment dans la notion de trouble de la régulation émotionnelle comme problématique majeure de ces patients borderline.

Schmideberg insista sur plusieurs points dont le défaut de modulation émotionnelle et de tolérance à l'angoisse, sur les affects dépressifs de ces patients, sur leurs comportements excessifs et leurs tendances à l'agir destinés à lutter contre le vide intérieur. Elle pointa également une forte intolérance aux frustrations et un trouble du jugement.

En 1963, Modell proposa la métaphore du "porc-épic" pour illustrer un mode relationnel de type "anaclitique" chez ces patients. Les principales caractéristiques en sont "l'angoisse du rapproché" et la « fragilité identificatoire ».

En 1968, Grinker, Werble et Drye ont réalisé une analyse multifactorielle de données recueillies chez 51 patients. Ils cherchaient à vérifier l'hypothèse selon laquelle les fonctions du Moi pourraient être appréhendées à partir du comportement des patients.

L'analyse statistique a permis d'identifier un syndrome spécifique stable doté de quatre composantes fondamentales : l'agressivité, le mode de relation anaclitique, le trouble de l'identité et une forme particulière de dépression.

Ce travail a également conduit à caractériser quatre sous-groupes : les états limites névrotiques, les personnalités as-if, le noyau de l'état limite et les états limites psychotiques.

D'autres auteurs comme Jacobson (1964), Greenson (1954) et Erikson (1956), ont apporté chacun une contribution importante à la compréhension du fonctionnement limite. Ils ont notamment contribué à la description des relations d'objet internalisées pathologiques, dits "*chaotiques*" des patients borderline. Ils ont également aidé à l'individualisation de mécanismes de défense spécifiques à ces patients comme le clivage en termes d'opérations défensives du Moi.

Plus tard, Kohut s'intéressa tout particulièrement au développement du narcissisme des personnalités limites. Il en dégagna l'inaptitude fondamentale de ces patients à réguler leur estime de soi et intégra la notion du "Soi grandiose".

III. PSYCHOPATHOLOGIE, ÉTIOPATHOGÉNIE DU TROUBLE BORDERLINE

Les différentes théories (psychosociales, psychanalytiques, cognitives, comportementales, biologiques, génétiques) des troubles de la personnalité et plus particulièrement du trouble borderline ne sont pas encore arrivées à un consensus en matière d'étiologie.

Actuellement, le TPB est l'objet d'un intérêt grandissant dans la communauté scientifique et auprès des cliniciens concernant le rôle étiologique respectif des facteurs environnementaux et héréditaires ainsi que les conséquences thérapeutiques que cela entraîne.

A. Les perspectives psychanalytiques

Il existe beaucoup de divergences entre les auteurs en ce qui concerne la personnalité borderline.

Nous relaterons ici les points de vue de Kernberg, Bergeret et Widlöcher.

1. L'apport de Kernberg

Ce sont les travaux d'Otto. F. Kernberg, psychiatre et psychanalyste, qui constituent la plus importante des contributions psychodynamiques à la définition de l'état limite. Il sera le premier à offrir une approche thérapeutique structurée et proposa une adaptation du cadre analytique classique.

Pour lui, la personnalité limite renvoie à une structure fixe et stable de la personnalité.

Kernberg identifia "*le syndrome d'identité diffuse*", comme "*l'absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré d'objets totaux en relation avec soi*".

Il décrit au sein de l'organisation limite des manifestations non spécifiques de la faiblesse du Moi associées à un estompage des frontières du Moi.

Les aspects structurels du Moi des personnalités borderline ont été longuement analysés par Kernberg. Il relia ces concepts à une théorie générale et multidimensionnelle de l'organisation de la personnalité.

Il classa de façon hiérarchique des niveaux d'organisation de la personnalité normale vers les névroses puis les psychoses. Les personnalités borderline étant situées en position intermédiaire.

Il proposa enfin une triple perspective descriptive, structurale et psychodynamique du trouble borderline.

Pour Kernberg, les principales caractéristiques psychopathologiques du trouble borderline sont (17) :

- la carence d'organisation du moi comprenant "*le syndrome d'identité diffuse*";
- le recours à des mécanismes de défense peu structurés, primitifs (clivage, identification projective, idéalisation-dévalorisation, déni) ;
- une perception relativement stable de l'épreuve de réalité sujette à distorsion en cas de stress important.

- **Degré d'intégration du Moi**

Il s'agit pour Kernberg, d'une dimension psychodynamique fondamentale.

Il décrit des manifestations non spécifiques de la faiblesse du Moi. Celles-ci comprennent le manque de tolérance à l'anxiété, le manque de contrôle pulsionnel, le manque de développement de voies de sublimation ou le manque de différenciation des images de soi et d'objet. Ces manifestations non spécifiques prennent une tonalité toute particulière dans ce trouble par leur association à un estompement des frontières du Moi.

Kernberg différencie le fonctionnement limite du registre psychotique et névrotique. En effet, comme dans les structures névrotiques, les frontières du Moi existent. Cependant, elles font défaut spécifiquement dans le domaine des relations interpersonnelles, aboutissant à un fonctionnement de type psychotique à ce niveau.

La qualité des relations d'objet internalisées en est lourdement impactée, ainsi que les capacités d'abstraction et d'adaptation à la réalité. "La psychose de transfert" est une illustration de cette fragilité particulière.

- **Opérations défensives**

Les patients limites utilisent généralement des modalités défensives primitives plus proches du fonctionnement psychotique que névrotique pour lutter contre l'envahissement pulsionnel. Ces opérations défensives sont principalement organisées autour du clivage.

Clivage

Le clivage du patient psychotique vise à atténuer l'angoisse en fragmentant l'unité du soi et l'objet. Le clivage du patient limite lui permet le maintien artificiel d'une séparation entre les représentations de soi et celles d'objets internalisés « toutes bonnes » ou « toutes mauvaises ». Il protège le Moi fragile du sujet borderline contre la diffusion de l'angoisse et lui évite la confrontation à l'ambivalence et à la souffrance dépressive.

Ce mode de défense est normal chez le bébé dont les capacités intégratives du Moi précoce sont insuffisantes. Chez l'adulte au fonctionnement limite ce mode défensif reste actif afin d'empêcher le "mauvais" de venir contaminer et détruire le "bon".

Cliniquement, le clivage se manifeste par une vision infantile et manichéenne du monde. Il existe souvent de brusques revirements affectifs faisant passer ces personnes de l'amour à la haine sans transition.

Le clivage associé à l'idéalisation primitive de soi et la dévalorisation de l'objet permet au patient limite de conserver une image régressive idéale de lui-même, parée de qualités grandioses.

Le coût énergétique de ce mécanisme primitif est important, sans pour autant toujours empêcher l'émergence destructurante de l'angoisse. Lorsqu'elle envahit le patient, ses capacités de discernement s'estompent et la plupart des conduites symptomatiques visant à la contenir restent inefficaces.

Idéalisation primitive

L'idéalisation primitive porte sur le Moi du sujet borderline, ainsi que les objets externes. Ce mode défensif permet de les protéger de l'agressivité du sujet en les parant de toutes les qualités. Il s'agit d'une forme de clivage avec la réalité.

Le Moi du patient doit renforcer des processus toujours plus coûteux d'idéalisation et de clivage afin d'éviter la contamination par le mauvais. Leur inefficacité déclenche une rage destructrice et un rejet avec déni de l'idéalisation antérieure.

Identification projective

L'identification projective permet au patient limite d'expulser les mauvaises images de soi et d'objet à l'extérieur de lui-même. Elle permet là encore de les empêcher de venir menacer les bonnes en les projetant sur autrui. L'objet extérieur perçu comme dangereux génère une angoisse persécutive le contraignant alors à exercer un contrôle étroit de l'objet et à renforcer l'idéalisation.

Ce mécanisme estompe les limites entre soi et l'objet, contribuant au syndrome d'identité diffuse.

Omnipotence et dévalorisation

Ces modalités défensives découlent de l'ensemble des phénomènes décrits ci-dessus.

L'idéalisation vise à protéger le Moi grandiose des attaques de mauvais objets. Il tente de contrôler l'objet idéalisé en se soumettant à lui.

Dès que l'objet cesse d'apporter gratification et protection, il est dévalorisé et rejeté d'autant plus vite qu'il n'existe pas de véritable attachement.

Déni

Le déni permet de maintenir hors de la conscience une représentation contradictoire et incompatible avec l'état d'esprit dans lequel se trouve le patient. Le déni découle des phénomènes de clivage. Il se manifeste cliniquement par la connaissance purement intellectuelle d'expériences déjà vécues qui ne sont pas en mesure de modifier ni les affects, ni les actes du sujet.

La mise en acte est une forme particulière de déni. Cette opération mentale peut directement déboucher sur des conduites symptomatiques. Elle protège le patient borderline en lui permettant de rejeter à l'extérieur de lui-même, avant toute mentalisation, la souffrance liée aux aléas de la relation d'objet.

- **Qualité de l'épreuve de réalité**

Tout comme dans le fonctionnement névrotique, l'épreuve de réalité est conservée chez le patient limite. Cependant, Kernberg insiste sur l'inadaptation aux relations d'objets trop proches. Il propose de confronter prudemment le patient à l'image que ce dernier a donné de lui-même lors du traitement psychothérapeutique et de ses attitudes dans le transfert.

D'après Kernberg, le patient borderline est capable de s'identifier à certains critères de réalité externe et d'en donner des explications rationnelles. A l'inverse du patient psychotique qui est susceptible de se laisser submerger par une angoisse dissociative aggravant sa symptomatologie.

Sur ces bases théoriques, Kernberg développa la première psychothérapie manualisée spécifiquement conçue pour le traitement des états limites. Il s'agit de la Psychothérapie Focalisée sur le Transfert (Transference Focused Psychotherapy ou TFP).

2. L'apport de Bergeret

Alors que Kernberg teste et affine son modèle théorique et thérapeutique, Jean Bergeret en France établit une première étude clinique détaillée des patients limites (18).

Il y développe une théorie générale de l'organisation limite de la personnalité.

Selon Bergeret, le fonctionnement limite constitue une “troisième lignée psychopathologique” ne constituant pas une véritable structure de personnalité. Il s’agit pour cet auteur d’un état intermédiaire entre névrose et psychose.

Bergeret a défini un “*tronc commun de l’état limite*” à partir duquel il a décrit un certain nombre de formes cliniques évolutives. Celles-ci peuvent être plus ou moins proches des névroses ou des psychoses. Il décrit également des formes aménagées de type caractériel ou pervers et des formes de sénescence. Cette organisation ne reproduit pas les caractéristiques du “*conflit génital et œdipien*” névrotique opposant le ça au Sur-moi à travers le Moi. Elle ne reproduit pas non plus le “conflit entre pulsion et réalité” qui remanie le Moi des structures psychotiques.

Les malades présentant une personnalité limite ont, dépassé le stade des frustrations et de la psychose. Mais, ils n’ont pas régressé non plus vers ces fixations. Ils ne sont ni névrosés ni psychotiques.

Pour Bergeret, un traumatisme affectif s’est produit très précocement. L’enfant est soumis à une émotion qu’il intègre comme étant de nature génitale, sans avoir l’appareil psychique suffisant puisqu’il n’a pas atteint le stade œdipien. L’enfant n’a pas la protection adaptée, il ne peut se réfugier, ni vers son père, ni vers sa mère. Il entrera alors dans une “pseudo-latence”, faisant l’économie de la période œdipienne. Le traumatisme semble avoir arrêté l’évolution libidinale.

Cette pseudo-latence est précoce et durable. La relation d’objet établie est de type anaclitique et se prolongera jusqu’à l’âge adulte. L’adolescence est le plus souvent traversée sans problème apparent. Qualifié de “pseudo-normalité”, il s’agit là du tronc commun aménagé des états limites.

Cet aménagement peut rester stable sans symptôme. Cependant, tout ce qui peut représenter une menace de perte est à risque de réveiller l’angoisse d’abandon et d’entraîner une décompensation. Généralement sur un mode dépressif, parfois psycho-somatique ou avec de nouveaux aménagements de type pervers, notamment.

Bergeret a ainsi décrit la relation d’objet anaclitique. Elle correspond à une dépendance massive et vitale à l’autre. Cette relation se manifeste aussi bien sur un mode passif que sur un mode de manipulation agressive plus ou moins consciente. À la différence des structurations psychotiques elle n’atteint toutefois jamais la relation fusionnelle qui leur est propre.

3. L'apport de Widlöcher

Pour Daniel Widlöcher, psychiatre et psychanalyste, l'organisation limite de la personnalité ne correspond pas non plus à une structure individualisée de la personnalité. Elle se caractérise cependant par l'intrication de traits névrotiques et psychotiques.

Pour Widlöcher, les particularités des conflits qui donnent naissance à l'organisation limite sont la pluralité des fixations pulsionnelles, la part prépondérante des organisations prégénitales, les rôles dominants de l'oralité, du clivage, de l'agressivité et des fixations libidinales.

Widlöcher a considéré que les quatre traits sémiologiques fondamentaux des états limites étaient :

- Une activité fantasmatique dénuée des défenses névrotiques habituelles ;
- Une angoisse d'annihilation "destruction de la cohérence de Soi" ;
- Une organisation chaotique du développement libidinal ;
- Des tendances agressives particulièrement intenses avec crudité de l'expression fantasmatique.

Cet auteur fait de l'intensité de l'agressivité, l'un des facteurs étio-pathogéniques principal des états limites. L'expression de l'agressivité étant liée à des décharges où des niveaux pulsionnels hétérogènes sont intriqués.

Contrairement à ce qui se passe dans le conflit névrotique, d'après Bergeret, le fantasme dans l'état limite "revêt la forme d'une attaque interne où représentations du Soi et de l'objet se confondent dans une expérience d'une force menaçante destructrice interne. Dans l'organisation limite, les représentations du soi et de l'objet fonctionnent comme des parties de Soi, des introjects".

B. Enrichissement des concepts

En complément des apports théoriques concernant la psychopathologie du fonctionnement limite, à partir des années 1970, se développe la psychiatrie descriptive.

A cette période apparaît le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Le DSM est un outil naissant de la nécessité de créer un dialogue et des critères communs au sein de la communauté scientifique. Son intérêt vise principalement les travaux de recherche. Il n'a pas pour objectif d'apporter une compréhension psychopathologique.

En 1975, Gunderson and Singer (19) introduisent les critères diagnostiques du TPB dans le DSM, dont les concepts de fluctuations de l'humeur et d'instabilité relationnelle et comportementale forment des éléments majeurs du diagnostic.

Il faudra attendre 1980 pour que la personnalité borderline gagne son statut officiel et une définition dans le DSM III (20). La notion d' "*instabilité identitaire responsable de perturbations relationnelles évocatrices et une dysrégulation des affects et des comportements avec impulsivité*" est introduite.

La pathologie borderline est ainsi décrite comme un ensemble clinique cohérent, présentant une évolution différente de la schizophrénie ou la dépression.

La dernière décennie du XXème siècle a permis la consolidation du diagnostic, l'exploration de ses possibles tenants biologiques et le développement de nouvelles approches théoriques et thérapeutiques.

1. Théorie de l'attachement, expériences traumatiques de l'enfance

Les travaux relatifs aux théories de l'attachement se sont inspirés de la réflexion concernant la place des expériences traumatiques dans la constitution de la personnalité borderline. Actuellement, l'existence d'une corrélation spécifique entre un vécu de maltraitance infantile (particulièrement celui de l'abus sexuel) et le développement d'un TPB (21) fait l'objet d'un consensus.

92 % des patients borderline rapportent des antécédents de négligences, 25 % à 73 % un abus physique, et 40 % à 76 % un ou des abus sexuels (6).

Ces antécédents sont plus fréquents, plus précoces et plus sévères que chez les patients présentant d'autres troubles de la personnalité. Cependant, aucun d'entre eux n'est considéré comme spécifique du TPB et aucune association assez forte n'a pu être montrée entre ces antécédents de maltraitance et le développement d'un TPB (5). Une vulnérabilité génétique a cependant été identifiée chez les patients souffrant de TPB (22).

Le développement d'une personnalité borderline résulterait selon Fonagy, de la conjonction d'une faible capacité réflexive associée à des expériences traumatiques dans l'enfance. L'expérience traumatique ne peut être vécue de l'intérieur que par le chaos. Le patient borderline cherche alors à internaliser un objet externe. Cependant, dans un deuxième temps cet objet est envisagé comme trop menaçant, il cherche alors à l'expulser.

Il est fréquemment retrouvé chez les figures d'attachement de ces enfants des comportements contradictoires. En réponse aux sollicitations de l'enfant se trouvant en situation de détresse, ils peuvent être menaçants, hostiles ou exprimer de l'impuissance.

Ces comportements désorganisent l'enfant qui y est soumis. Ils ne permettent pas la constitution d'une représentation cohérente de soi et des autres. De plus, ils tendent à entretenir la mise en place de comportements de contrôle aggravant en retour le sentiment d'impuissance de la figure d'attachement.

Certains travaux réalisés par Agrawal en 2004 ont établi une analogie entre certaines caractéristiques comportementales des patients borderline (vérification de la proximité, envoi de signaux de recherche de contact et d'attention, recherche d'aide pour ne pas s'en servir) et certains patterns d'attachement de type ambivalent/préoccupé.

Des études utilisant *l'adult attachment interview* (entretien structuré centré sur la narration du vécu des événements et relations de l'enfance), portant sur l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement ont été réalisées. Elles montrent que le style d'attachement "préoccupé" est prépondérant chez les patients borderline, ainsi qu'un état d'esprit "non résolu" vis-à-vis du traumatisme par rapport à une population non clinique.

2. Perspectives cognitives

Dans une perspective cognitive, la personnalité borderline est essentiellement envisagée autour du modèle bio-social de Marsha Linehan (23).

Cet auteur a insisté sur les contributions destructives d'un entourage social invalidant, une tendance biologique à réagir de manière trop intense, une hypersensibilité aux stress et une capacité limitée de modulation de la réponse émotionnelle. Ce modèle s'appuie sur une conception neuro-développementale de l'organisation de la personnalité borderline. Elle serait due à un défaut de régulation émotionnelle émergeant dans l'interaction entre vulnérabilité biologique et facteurs environnementaux (facteur de risque d'impulsivité ou de sensibilité émotionnelle notamment), et des facteurs environnementaux.

Cette dysrégulation émotionnelle associe une sensibilité émotionnelle accrue, une incapacité à réguler les réponses émotionnelles intenses et une lenteur au retour à un état émotionnel basal. Elle conduit ainsi à des schémas cognitifs et comportementaux dysfonctionnels lors d'événements émotionnellement significatifs.

Selon ce modèle, le développement de la personnalité borderline suppose l'existence d'un contexte développemental invalidant, dans lequel l'expression du vécu émotionnel de l'enfant n'est pas tolérée. Il ne lui est donc pas appris comment comprendre, nommer, réguler, et tolérer ses états internes.

Les dimensions cognitives des patients borderline ont également été étudiées, en référence aux schémas cognitifs décrits par Beck et Freeman.

Ainsi la "pensée dichotomique" issue du clivage, et les schémas de cognitions dysfonctionnelles ont été élaborées. Dans cette optique, le sujet borderline se perçoit comme

impuissant et vulnérable, et envisage le monde autour de lui comme dangereux et malveillant (24,25).

3. Perspective neurobiologique

Les travaux en neurobiologie se sont considérablement développés ces dernières années. Ils se sont principalement attachés à améliorer la compréhension des mécanismes étiopathogéniques du TPB. En effet, l'application des découvertes des neurosciences au TPB tente d'enrichir la compréhension des problèmes développementaux rencontrés par ces patients. La recherche apporte aussi un éclairage nouveau sur le potentiel de réponse quand ces patients sont exposés à un environnement social ou thérapeutique approprié (26).

Comprendre les bases biologiques des processus mentaux fut aussi l'un des enjeux originaux de la psychanalyse. Le développement actuel des neurosciences et de leurs méthodes d'exploration contribue à réactualiser cette quête initiale.

Chacun, par le biais du vocabulaire et de l'outil de réflexion propre à son école théorique, a confirmé les effets délétères sur le développement d'aléas intervenus à un âge précoce.

Certains penseurs psychanalytiques comme Mahler et Kernberg furent les premiers à évoquer des difficultés au niveau du développement des relations d'objet précoces, et les conséquences du clivage du monde intrapsychique sur le développement du moi.

Linehan, a insisté sur les contributions destructives d'un entourage social invalidant, une tendance biologique à réagir de manière trop intense, une hypersensibilité aux stress, et une capacité limitée de modulation de la réponse émotionnelle.

Quant à Bateman et Fonagy, ils ont mis l'accent sur l'origine infantile des difficultés de mentalisation rencontrées chez le patient limite.

Actuellement, l'intérêt se porte sur la façon dont le cerveau se développe au sein des interactions constantes entre facteurs génétiques et environnementaux. Les questions relatives à la genèse de l'intentionnalité, des représentations mentales et au processus d'individuation sont, au moins partiellement, devenues accessibles à une démarche scientifique.

Cependant, les tentatives pour élaborer une théorie globale du fonctionnement psychique n'ont donné actuellement que peu de résultats concluants. De la même façon, les approches biologiques pour définir une catégorie nosographique précise n'ont pas encore abouti. L'évolution des connaissances en psychiatrie biologique montre bien la difficulté de relier un syndrome clinique, d'autant plus s'il concerne un trouble s'inscrivant dans le développement,

à un pattern biologique défini. Pour ces affections faisant intervenir une causalité multifactorielle, le concept de vulnérabilité acquise ou innée est devenu une notion centrale.

Toutes les personnes ayant une susceptibilité à un trouble, qu'elle soit cognitive ou biologique, ne développeront pas une pathologie en rapport avec ce risque au cours de leur vie. Certaines particularités émotionnelles ou comportementales identifiées en clinique pourraient jouer un rôle dans la vulnérabilité vis-à-vis de la survenue d'un trouble mental. La mise en évidence de corrélats biologiques à ces traits individuels permettrait peut-être d'éclairer les mécanismes étiopathogéniques en cause.

L'identification de patterns biologiques communs à différents destins évolutifs est l'un des enjeux actuels de l'étude des relations entre personnalité et processus neurobiologiques.

Théories biologiques de la personnalité

Selon P. Pichot (1965), la personnalité se définit comme *“l'intégration dynamique des aspects cognitifs, pulsionnels, volitionnels et affectifs de l'individu”*.

Beck et Freeman (1990) la définissent comme une organisation relativement stable au cours de la vie. Elle est composée de schémas cognitifs permettant d'attacher un événement à une signification personnelle. Ces schémas cognitifs induisent la séquence allant de la réception d'un stimulus, à l'exécution d'une réponse comportementale.

Cottraux et Blackburn (1995) décrivent la personnalité comme *“l'intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions”*. Pour ces auteurs, toute personne se caractérise par son mode de réactions vis-à-vis d'un événement. Bien que l'expression de ces réactions puisse varier, elles sont donc relativement prédictibles.

Le diagnostic de trouble de personnalité est à évoquer lorsque les traits comportementaux et psychologiques diffèrent trop de ce qui est attendu face à une situation donnée, ou s'ils provoquent une gêne fonctionnelle ou une détresse subjective. Le “trait” de personnalité est la manière habituelle de voir les choses et d'y réagir pour une même personne. Il reste stable dans le temps et l'espace. L'effet “état” examine les modifications de la personnalité induites par une comorbidité psychiatrique ou une circonstance. Il s'agit de l'impact immédiat d'une situation sur le sujet.

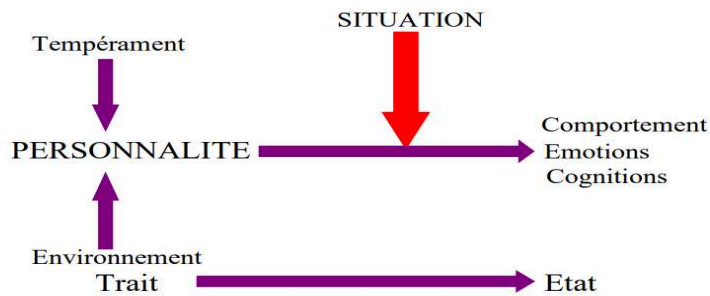


Figure 1 (Patrizia Tolfo (27))

L'existence de liens entre personnalité et facteurs biologiques questionne depuis les origines. Vers la fin des années 1950, un regain d'intérêt pour l'étude du tempérament a lieu aux États-Unis, comme alternative aux modèles environnementaux.

Rapidement, l'approche tempéramentale est intégrée par la plupart des auteurs dans des modèles dynamiques d'interaction entre l'individu, son "équipement biologique" et son environnement. L'étude du tempérament évolue parallèlement aux avancées de la neurobiologie et commence à intégrer les nouvelles connaissances dans le domaine de la neurotransmission.

- **Modèle de H.J. Eysenck**

H.J. Eysenck, psychologue britannique, proposa en 1947 de considérer la personnalité comme *"la somme des patterns comportementaux actuels et potentiels de l'organisme, tels qu'ils sont déterminés par l'hérédité et l'environnement; elle naît et se développe par l'interaction fonctionnelle de quatre secteurs principaux dans lesquels ces patterns comportementaux sont organisés : le secteur cognitif (intelligence), le secteur conatif (caractère), le secteur affectif (tempérament), et le secteur somatique (constitution) "*. (28)

En 1967, il est l'un des premiers à tenter de relier le tempérament aux différences individuelles de l'activité électrique cérébrale. Il étudie en effet le niveau d'activité électrique corticale ou "éveil cortical" et l'activation limbique qu'il relie à certains types tempéramentaux.

Il intègre progressivement des données physiologiques, électrophysiologiques et biochimiques aux dimensions de tempérament qu'il avait décrites sur la base d'analyses factorielles. Il construit ainsi une théorie générale du tempérament rendant compte des différences interindividuelles de réactivité et de comportement.

Les données biologiques se référant au modèle d'Eysenck intéressent principalement l'électro-encéphalographie et l'étude de la réactivité électrodermale, mais aussi la fréquence cardiaque, la sécrétion salivaire, la monoamine oxydase et les hormones gonadiques.

- **Modèle de J. Gray**

La théorie de J. Gray est née de l'observation des comportements d'animaux placés dans des conditions particulières de récompense et de punition. Elle est fondée sur trois facteurs que sont l'anxiété, l'impulsivité et le système « fight/flight » (29).

J. Gray a développé un modèle explicatif liant les différences de tempéraments aux comportements. Il en a déduit trois systèmes émotionnels dont il a décrit les premières hypothèses concernant les soubassements neuronaux :

- le système « *d'inhibition comportementale* » (BIS). Il permettrait de contrôler le niveau d'anxiété. Il serait sous-tendu par l'activité septo-hippocampique, depuis les afférences du tronc cérébral jusqu'aux projections corticales frontales ;
- le système de « *facilitation comportementale* » (BAS). Il permettrait de contrôler l'impulsivité. Il serait sous le contrôle des systèmes de récompense impliquant les ganglions de la base et les voies dopaminergiques ;
- le « système combat ou fuite » (FFS, fight-flight system).

- **Modèle de C.R. Cloninger**

Le modèle psychobiologique de C.R. Cloninger intègre des données d'origines diverses. Les études familiales de jumeaux et d'adoption, des travaux neuropharmacologiques et neurocomportementaux des processus d'apprentissage chez l'homme et chez l'animal, ainsi que des études psychométriques.

La première forme de ce modèle, décrite en 1987, comprenait trois tempéraments. La recherche de nouveauté, l'évitement du danger et la dépendance à la récompense, représentant respectivement les tendances à l'activation, l'inhibition et la maintenance comportementales. Ces tempéraments sont définis comme des dimensions innées de la personnalité, génétiquement déterminées et associées à certains paramètres neurobiologiques. Ils conditionnent les processus cognitifs et adaptatifs que l'enfant déploie au cours de sa maturation.

Le modèle final intègre une quatrième dimension de tempérament, la persistance, représentant la persévérance en dépit de la frustration et de la fatigue.

A ces quatre tempéraments sont associés trois dimensions de caractère qui sont l'autodétermination, la coopération et la transcendance. Le caractère est une dimension théoriquement acquise de la personnalité, qui évolue avec l'âge et les apprentissages. Il est donc plus dépendant de l'influence des facteurs partagés et non-partagés de l'environnement socio-familial.

Cloninger propose ainsi une définition de la personnalité comme une fonction développementale de traits de caractère combinés aux dimensions innées du tempérament (30). La mise en place des traits de personnalité résulterait ainsi d'une relation bidirectionnelle entre tempérament génétiquement déterminé et environnement.

De ce fait, les traits tempéramentaux sont, pour cet auteur, des facteurs de risque à développer un type de trouble de personnalité dans un environnement propice à un tel aboutissement. On voit dès lors se dessiner une perspective génétique et épigénétique dans laquelle le tempérament et le caractère interagissent et influencent le comportement.

- **Modèle big five et HEXACO**

L'alternative à l'approche catégorielle traditionnelle (DSM-IV) est une perspective dimensionnelle de la personnalité. Dans cette approche, les troubles de personnalité sont décrits comme des variations extrêmes de traits de personnalité sur un continuum par rapport à une personnalité normale.

Le modèle faisant actuellement référence est le modèle à cinq dimensions ou "*Big five*". Il correspond à cinq traits centraux de la personnalité empiriquement proposés par Goldberg en 1981, puis développés par Costa et McCrae dans les années 1987 à 1992 (31).

Ce modèle ne constitue pas une théorie, mais un repère pour la description et l'étude théorique de la personnalité.

Une vaste étude internationale incluant des jumeaux a confirmé qu'une part de la variance des dimensions identifiées dans le modèle à cinq facteurs est expliquée par des facteurs génétiques de façon stable selon les pays (32).

Il comprend:

- le "névrosisme" ou instabilité émotionnelle (tendance générale à éprouver des affects négatifs);
- "*l'extraversion*" ou les affects positifs (le fait d'être sûr de soi);
- "*l'ouverture aux expériences*" ou la sensibilité esthétique;
- "*l'agréabilité*" ou l'altruisme;
- le caractère "conscientieux" ou l'exécution de tâches.

Six facettes cliniques ont été décrites pour chaque dimension avec une grande stabilité de la structure factorielle au sein d'échantillons différents de par le monde (33).

Ce modèle a permis de retenir pour le DSM-5, cinq dimensions que sont l'affectivité négative, le détachement, l'antagonisme, la désinhibition et le psychoticisme et d'en détacher vingt-cinq facettes cliniques spécifiques.

4. Eclairages sur la personnalité borderline

Apport de la neurobiologie

L'hypothèse d'une participation génétique à ce trouble est née d'études familiales montrant une agrégation familiale. Ces études mettent en évidence une fréquence augmentée de cette pathologie chez les apparentés de premier degré d'un sujet souffrant de TPB par rapport à la population générale. La prévalence du TPB est également augmentée chez les apparentés de premier ordre d'un sujet sain.

Le risque relatif est estimé à 10 chez les apparentés de patients atteints de TPB, par rapport à ceux de sujets sains. Il est nécessaire de préciser que ces études ne font que suggérer le rôle de facteurs génétiques sans pouvoir l'affirmer. En effet, elles ne distinguent pas les facteurs génétiques des facteurs environnementaux. A partir d'études de jumeaux, l'héritabilité (poids des facteurs génétiques) a ensuite pu être calculée. Elle est estimée à environ 40 % dans le TPB.

Durant ces 10 dernières années, quelques études d'association en vue d'identifier des gènes impliqués dans le TPB ont été réalisées, mais elles restent encore peu nombreuses.

Ces études s'intéressent principalement à l'intrication étroite existante entre milieu, hérédité et "plasticité" génétique dans le développement de l'individu (34).

Certain auteurs suggèrent des liens entre le développement d'une personnalité limite et un attachement de type ambivalent/désorganisé et/ou une hypersensibilité aux relations interpersonnelles (35–37).

Ces recherches ainsi que celles portant sur la génétique moléculaire, apportent un éclairage neuf sur les intrications entre le type d'attachement développé durant l'enfance et les prédispositions génétiques.

Les gènes impliqués dans la régulation des systèmes monoaminergiques, notamment sérotoninergique et dopaminergique sont explorés plus particulièrement dans le TPB.

En effet, certaines caractéristiques biologiques (parfois reprises sous le terme de "facteurs tempéramentaux") des patients borderline ont fait l'objet de recherches depuis de nombreuses années. Les explorations se sont portées spécifiquement sur les domaines de

l'anxiété/impulsivité (sérotonine), de la réactivité au stress (axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien) et sur les sentiments d'affiliation (neuropeptide/vasopressine et ocytocine).

Les résultats de ces études sont peu significatifs et contradictoires. De rares études de réplication réalisées ont conduit à effectuer des méta-analyses. En recourant à ces méthodes, aucune association statistiquement significative n'a pu être mise en évidence entre un polymorphisme génétique et le TPB.

Les données actuelles dans le domaine de l'épigénétique, vont dans le sens d'un modèle suggérant que l'environnement pourrait affecter l'expression génétique de l'individu en développement. Cela pourrait ainsi déterminer ses compétences futures. Chez le patient borderline, cela influencerait principalement ses capacités de mentalisation et de régulation des émotions (38–40).

- **Le système sérotoninergique**

Le système sérotoninergique est envisagé comme le substrat biologique de l'autoagressivité (gestes suicidaires, scarifications), de l'hétéro agressivité et de l'instabilité de l'humeur.

Dans les troubles de personnalité, et de façon non spécifique dans le TPB, un hypofonctionnement sérotoninergique est incriminé.

La concentration de sérotonine disponible dans la synapse est régulée par le gène du transporteur de la sérotonine 5-HTT (chromosome 17). Il a pour rôle de capter la sérotonine libre. Un polymorphisme fonctionnel de la région promotrice de ce gène a été identifié (5-HTTLPR). Il existe un allèle court (S), associé à une réduction de la transmission sérotoninergique et un allèle long (L), associé à une transmission sérotoninergique plus importante. L'allèle (S) est considéré comme un facteur de risque génétique pour le développement de troubles psychiatriques, comme les troubles de l'humeur et anxieux ainsi que l'impulsivité. Il majorerait la sensibilité à l'environnement (maltraitance infantile précoce) (41).

G.Kochanska a proposé une corrélation entre le type de polymorphisme 5-HTTLPR et un type de modalité d'attachement précoce. Il serait impliqué dans certains aspects de dysrégulation comportementale (42).

Les différentes études font état de résultats contradictoires et les méta-analyses ne retrouvent pas d'association statistiquement significative.

- **Le système dopaminergique**

Concernant le système dopaminergique, dans la pathologie borderline les données restent exploratoires et les résultats parfois contradictoires.

Cependant, l'hypothèse d'un hypofonctionnement dopaminergique en lien avec l'impulsivité et les affects négatifs a été formulée. Les explorations gènes-environnements se sont intéressées au polymorphisme de l'allèle DRD4. Il intervient dans la production de sub-récepteurs pour la dopamine. Il influencerait les aléas du mode d'attachement développé par l'enfant.

Les chercheurs ont préféré employer le terme "plasticité génétique" plutôt que celui de "vulnérabilité", pour évoquer un type de polymorphisme génétique retrouvé plus souvent chez des patients borderline.

En effet, il a été démontré que la présence d'un type particulier de polymorphisme du gène DRD4 est un "marqueur" de risque dans le développement d'un attachement de type désorganisé, mais aussi l'indicateur d'une réponse plus favorable à une intervention thérapeutique extérieure (36).

Ainsi, les chercheurs ont proposé l'hypothèse qu'un même polymorphisme génétique peut à la fois représenter un facteur de risque dans un environnement défavorable et un facteur de résilience quand il est favorable (38).

Concernant le TPB, un modèle intégratif a été proposé. Il suggère de conceptualiser les gènes plutôt comme des "gènes de plasticité", interagissant de façon dynamique avec l'environnement, que comme des "gènes de vulnérabilité". Au-delà de l'idée de gènes systématiquement associés à la maladie, ce modèle offre la possibilité d'envisager une variabilité de l'expression des gènes en fonction des conditions de l'environnement. L'existence d'événements de vie négatifs mais aussi positifs peuvent ainsi être pris en compte (43).

- **Réactivité au stress : Axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien**

Concernant le développement cognitif et émotionnel du tout petit, les recherches se sont intéressées aux circuits NMDA/glutamatergiques. Il a ainsi été proposé que des états de stress chroniques ou une insuffisance de stimulations extérieures durant les périodes de développement puissent influencer le déploiement de ces circuits. Des conséquences négatives sur les capacités d'apprentissages émotionnels et symboliques sont évoquées (44).

- **Sentiment d'affiliation**

Il est observé chez le patient borderline de grandes difficultés pour faire confiance et pour s'engager dans une relation durable. Il a été observé que les patients présentant un TPB ont des résultats médiocres dans les jeux impliquant une compréhension de situations de trahison et de loyauté (45). Certaines recherches évoquent le rôle possible de l'hormone ocytocine sur le développement des circuits neuronaux impliqués dans les phénomènes de confiance (46) et dans les processus d'attachement (47) et de mentalisation (48,49).

Les études menées chez des patients borderline ont démontré une altération dans le fonctionnement des récepteurs opioïdes endogènes (50). Ces récepteurs dysfonctionnels seraient particulièrement retrouvés au niveau de régions du cerveau impliquées dans la gestion des émotions et du stress ainsi que dans la régulation de l'appréhension de la douleur.

5. Études neurocognitives et de neuro-imagerie

Plusieurs études ont apporté la confirmation de troubles cognitifs spécifiques chez les patients borderline. Elles amènent notamment une nouvelle lecture concernant les difficultés d'apprentissages et les problèmes interpersonnels propres aux TPB.

Des déficits au niveau des circuits cérébraux impliqués dans la résolution de conflits et l'inhibition volontaire de la pensée et des comportements ont été retrouvés (51,52). Des difficultés spécifiques dans les tâches requérant une bonne intégration de l'information ont aussi été confirmées (53,54). Il a ainsi été possible de proposer l'existence d'une relation entre la difficulté singulière à établir une alliance thérapeutique stable avec ces patients et une défaillance au niveau des processus d'attention exécutive (34).

Selon ces mêmes chercheurs, un système exécutif déficient pourrait donc favoriser des états mentaux de "*vacillation*", impliquant des changements rapides dans les représentations de l'autre et de soi par exemple, ou des alternances entre idéalisation et diabolisation.

Ces observations neurocognitives, étayées par les études en neuro-imagerie, ont permis d'identifier certains circuits neuronaux dysfonctionnels impliqués dans les TPB. Des problèmes de coordinations entre le cortex pré-frontal et l'amygdale ont notamment été pointés.

Les systèmes sous-corticaux, plus archaïques, et non conscients sont particulièrement impliqués dans les réactions impulsives de peur. Les systèmes corticaux complexes, plus accessibles à la conscience, ont notamment comme fonction de moduler les réponses des structures sous corticales. Un déséquilibre entre les deux systèmes pourrait donc être mis en cause.

Les études sur un plan structural, réalisées chez les personnes avec TPB ont toutes démontrés, comparativement à des individus sains, des réductions du cortex cingulaire antérieur (55,56), du volume de l'hippocampe (57) et du cortex orbito-frontal (55). Une réduction du volume de l'amygdale a également été retrouvée, mais pas de façon systématique (58). Par ailleurs, l'observation d'une réduction de l'épaisseur du corps calleux chez certains patients avec TPB a conduit à proposer l'existence d'un problème de connectivité entre les hémisphères cérébraux (59). Enfin, les études fonctionnelles au repos et les études structurales chez les individus avec TPB pointent les mêmes régions, à savoir le cortex préfrontal et l'amygdale. Il a été observé de façon répétée un hyper métabolisme au niveau de l'amygdale et de l'insula associé à un hypométabolisme du cortex orbito-frontal (49,60).

Dans la mesure où le cortex orbito-frontal est justement impliqué dans la régulation des émotions, ces données viennent éclairer certaines particularités spécifiques dans le fonctionnement des patients présentant un TPB.

IV. SÉMIOLOGIE DU TROUBLE BORDERLINE

Nombre de symptômes psychiatriques sont susceptibles de se rencontrer chez les patients borderline et les erreurs diagnostiques persistent. En effet, un symptôme peut prédominer à une période et ainsi en masquer d'autres.

Nous envisageons certaines particularités cliniques retrouvées chez les patients borderline.

A. Manifestations cliniques

1. La perturbation des affects

La prévalence d'un état dépressif chez les patients borderline est telle que certains auteurs, comme Bergeret, en ont fait un élément central de leur organisation structurelle.

Si sa sévérité n'est pas particulièrement caractéristique, la dépression limite est marquée par certaines singularités cliniques :

- ralentissement psychomoteur rare;
- sentiment de culpabilité souvent absent;
- désadaptation grave du sujet à sa réalité externe et interne;
- altération de la qualité des affects.

Le patient borderline est plus fréquemment soumis à un état d'irritabilité et de colère voire de rage froide. Les colères sont le plus souvent inappropriées et mal maîtrisées. De façon assez caractéristique, les accès de violence peuvent se retourner contre le sujet lui-même sous forme d'actes auto-agressifs.

Le passage à l'acte suicidaire est toujours à craindre.

En arrière-plan de ces épisodes aigus, une instabilité affective est souvent retrouvée. Elle est associée à une réactivité très marquée de l'humeur dont les oscillations sont généralement déclenchées par des modifications minimales de l'environnement. Elles témoignent de l'extrême sensibilité de ces individus aux facteurs de stress interpersonnels impliquant un sentiment de mise à distance, de négligence ou de menace d'abandon de la part d'un proche.

Pour Gunderson, la colère serait plus souvent rapportée par le sujet qu'elle n'est observée par le clinicien. Cela témoigne du monde interne chaotique de ces patients.

Ces accès de colère, suivis de honte et de culpabilité, contribuent chez ses patients à la sensation souvent entretenue "*d'être mauvais*".

La sensation de "vide" chronique, différencie également les patients borderline des malades déprimés non borderline. Ce vide est souvent considéré comme le témoin de l'échec fondamental des attachements précoces. Cette caractéristique est très fortement corrélée à des consommations de substances et aux actes auto-agressifs.

Par ailleurs, cette impression de vide intérieur est souvent corrélée à celle d'un ennui ou d'une lassitude intense à vivre une vie sans signification. Un profond sentiment d'aliénation, ou d'agir de façon mécanique, sans être authentiquement concernés peut également être décrit par ces patients.

2. L'angoisse

L'angoisse constitue une manifestation centrale du trouble. Elle est constante et d'intensité variable.

L'angoisse est classiquement décrite comme fluctuante, allant de la crise d'angoisse aiguë alliant son florilège de manifestations somatiques, à un sentiment de malaise existentiel diffus. Il s'agit chez ces patients, d'une angoisse de "*perte d'objet*" pouvant être perçue par le sujet comme une crainte pour l'intégrité de sa cohérence interne (Widlöcher), ou comme un sentiment d'abandon.

Plus que sur son intensité, les auteurs insistent sur son caractère diffus et incontrôlable, ainsi que sur la facilité avec laquelle elle envahit le patient sans réel facteur déclenchant.

La caractéristique psychopathologique la plus significative de cette angoisse est probablement son échec économique. En effet, le patient borderline reste dans l'incapacité de lier efficacement cette anxiété de fond à des opérations mentales ou à des conduites pathologiques de façon à préserver d'autres secteurs de sa vie psychique.

3. Les perturbations cognitives

Elles regroupent deux types de manifestations. Un trouble de l'identité et des épisodes dissociatifs.

La perturbation de l'identité correspond chez ces patients à l'existence d'une instabilité marquée et persistante de l'image de soi. Elle peut se manifester au travers de revirements brutaux des systèmes de valeur, des objectifs et de la perception de soi.

Des symptômes dissociatifs comme une sidération mentale, des épisodes de déréalisation ou de dépersonnalisation sont parfois observés. De la même façon, une idéation persécutoire transitoire peut survenir lors de périodes de stress intenses. Ils sont généralement rapidement résolutifs. Il s'agit en général d'expériences de type paranoïaque non hallucinatoires comme des idées de référence ou une suspicion injustifiée. Il peut exister également des pensées bizarres, de type magique, de sixième sens ou d'impression de dédoublement.

Ces tableaux "quasi psychotiques" et transitoires ne correspondent pas à une rupture complète avec la réalité extérieure. Selon Marcelli, il s'agit plutôt d'une incapacité pour le patient, du fait de son chaos interne, à en retrouver la signification habituelle.

Quelle que soit la nature de ces épisodes, leur labilité en est l'élément le plus caractéristique. L'ensemble de cette symptomatologie peut disparaître sans administration d'un traitement psychotrope. Cela est notamment observé dès les premières heures d'une hospitalisation en urgence. L'institution hospitalière procure souvent au patient une réassurance suffisante pour lui permettre de récupérer ses facultés de jugement et de critique de l'épisode.

4. L'impulsivité

L'impulsivité chez le patient limite peut être plus ou moins marquée et se manifester sous différentes formes. Il peut s'agir de conduites sexuelles à risque, d'épisodes boulimiques, de consommations de toxiques ou dépenses excessives.

L'alternance de périodes pathologiques et de stabilité est rapide et déconcertante pour l'environnement.

Témoignant d'une agressivité sans expression symbolique possible, l'impulsivité se traduit par l'instabilité professionnelle et affective pouvant au maximum réaliser un tableau d'allure psychopathique.

Elle s'exprime cliniquement chez les patients borderline sur deux plans étroitement mêlés illustrant l'incapacité de ces sujets à tolérer les frustrations : les passages à l'acte et les conduites de dépendance. Elle infiltre l'ensemble des modalités relationnelles.

Les gestes suicidaires

Les passages à l'acte peuvent être dirigés contre soi, à type d'automutilation, de tentatives de suicide, d'ivresses aiguës, de surdoses de produits toxiques, d'accès boulimiques et autres conduites à risque récurrentes. Ils peuvent également être dirigés contre autrui, lors d'accès de violence par exemple.

La fréquence et la répétition des passages à l'acte auto et hétéro agressifs semblent coupées de toute signification et s'inscrivent dans un agir relationnel correspondant à un véritable mode de communication. Cela illustre le désarroi affectif de ces patients pour lesquels la relation avec l'autre ne passe généralement que par une forme de manipulation impulsive.

Kernberg a souligné l'aspect "égosyntonique" de ces comportements lorsqu'ils se présentent. Ils peuvent être ressentis par le patient comme une source de satisfaction pulsionnelle immédiate, contrastant avec la sévère critique qu'il en fait souvent à distance.

Cependant, le clivage empêche l'élaboration de ce fonctionnement et entretient leurs répétitions. Le comportement suicidaire est fréquent chez les patients avec TPB. Il fait partie d'un des critères nécessaires au trouble. Trois quarts des patients borderline feront une tentative de suicide dans leur vie et environ 10% meurent par suicide (5).

5. Les conduites de dépendance

Alcoolisme et autre toxicomanie sont très fréquemment observés dans le fonctionnement limite. "Prothèse externe" selon Kernberg, le toxique ou l'alcool vient pallier à un narcissisme défaillant. En procurant à la fois gratification immédiate et manque, les toxiques reproduisent artificiellement le clivage.

Dans ce registre, peuvent également se produire des troubles du comportement alimentaire (type boulimique, anorexique-boulimique et plus rarement anorexique simple) ou des conduites de jeu pathologique et d'achats compulsifs.

Des comportements sexuels polymorphes sont également fréquemment retrouvés. Ils peuvent prendre la forme d'une véritable addiction avec une recherche permanente de promiscuité. Il s'agit généralement d'une succession d'expériences impulsives, hétéro et/ou homosexuelles,

très souvent infiltrées d'agressivité. La variabilité du partenaire et les conduites à risque sont la règle.

Finalement, on observe que le polymorphisme symptomatique des états limites est tel qu'une évaluation uniquement fondée sur une description sémiologique est insuffisamment spécifique. Cela exposerait le clinicien à un recours trop fréquent à ce diagnostic.

B. Les relations interpersonnelles

Les perturbations des relations interpersonnelles, sont au premier plan chez les patients borderline. Elles constituent un enjeu majeur dans la compréhension et la prise en charge de ce trouble.

Le mode de relation est instable, de type "*anaclitique*" selon Bergeret. Il conduit à des relations le plus souvent chaotiques, sujettes à des revirements affectifs brutaux. La dévalorisation et le rejet de l'autre, à la hauteur de l'idéalisation antérieure, vient prévenir les craintes, réelles ou imaginaires, d'abandon de ces personnes.

Les modalités relationnelles s'expriment fréquemment sous la forme d'une attente passive de satisfactions et d'une manipulation agressive du partenaire. Il semble impossible d'aménager une quelconque souplesse dans la distance relationnelle. À travers ce type de lien, fluctuant entre la fusion et la fuite, ces patients confrontent l'autre à une avidité affective jamais comblée. Cette menace d'abandon, conduit ces patients à des efforts effrénés pour éviter toute séparation, pouvant aller jusqu'à des passages à l'acte auto-agressifs.

Bien entendu, ces modalités relationnelles particulières infiltrent tous les champs de la vie des personnes avec un TPB. En période périnatale particulièrement la question des interactions, et notamment au nouveau-né, est réactualisée.

Malgré leur désir d'être de "bonnes mères", les aspects spécifiques du TPB comme l'instabilité, la méfiance et l'impulsivité deviennent incompatibles avec la régularité, l'empathie et le dévouement nécessaires aux soins d'un nourrisson. Par ailleurs, la dépendance du bébé peut être vécue comme excessive et persécutante. Les besoins du bébé pourront parfois être interprétés en fonction des propres états maternels.

Les modalités interactionnelles des patientes borderline deviennent, à cette période, un enjeu majeur en termes de protection de l'enfance mais également dans les soins pouvant être élaborés autour de ces mères.

V. CONCLUSION

Ainsi, les personnes présentant un trouble borderline ont des difficultés très singulières à comprendre et interpréter leurs propres états internes, ainsi que ceux des autres.

Le rapport au monde est généralement perçu avec hostilité et la relation à l'autre est souvent teintée de méfiance et de la crainte irrationnelle d'être abandonné. En découlent des relations interpersonnelles conflictuelles et instables.

L'accession à la maternité des femmes présentant un TPB est un moment de vie très critique et hautement déstabilisant. Les dysfonctionnements émotionnels, cognitifs et comportementaux déjà en place peuvent s'aggraver, impactant gravement les interactions mère-bébé et le bon développement de leur enfant.

Alors que le suivi habituel de ces patientes est souvent chaotique, la nécessité d'organiser des soins constants et cohérents est renouvelée en période périnatale.

Le risque pour la relation mère-enfant et le développement précoce du nouveau-né imposent aux professionnels de périnatalité d'envisager des soins spécifiquement adaptés à cette période et à ce type de dyade.

PARTIE II : DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE DU NOURRISSON

“Je est quelqu’un d’autre” Arthur Rimbaud

Vers le milieu de la deuxième année l’enfant devient ce quelqu’un d’autre.

I. LE BÉBÉ, SON CORPS ET SA PSYCHÉ

De nombreuses théories sur le développement cognitif et affectif précoce du bébé ont supposé à leur début qu’il naît dans un état de fusion avec le monde. Dans une “*confusion détonante*” comme le supposait William James, ou baignant dans un état “*d’autisme infantile*” (61). Cette idée fut ensuite reprise par différents psychologues de la petite enfance dont Piaget dès 1936.

Les recherches ont ensuite montré qu’à la naissance, le bébé discrimine ses perceptions sur la base d’expériences multisensorielles. Il possède déjà les rudiments d’une différenciation soi-monde.

Ces compétences lui permettent d’être en résonance motrice et affective quasi immédiatement, et ainsi d’entrer dans un système interactif précoce. Dans les échanges dynamiques, le bébé expérimente diverses modalités (visuelles, vocales, motrices, proprioceptives) et s’ajuste suivant le rythme des interactions avec son entourage.

Le bébé vit des expériences perceptives dès la naissance qui spécifient de façon unique et exclusive son corps de l’environnement. En effet, lorsqu’il porte sa main à sa joue, le bébé fait l’expérience exclusive de sa main touchant son visage et de son visage touchant sa main. Il s’agit là “*d’un toucher double*” (Rochat, 2003). Ce type d’expérience perceptive est unique au corps propre et le spécifie ainsi de façon exclusive.

Progressivement le nouveau-né fait l’expérience de son corps propre en lui-même, en interaction avec les choses physiques de l’environnement, et en interaction avec autrui.

A. Le corps dans l'interaction

La place de la motricité dans les interactions précoces a beaucoup été étudiée, notamment par les chercheurs développementalistes.

L'importance capitale de l'intermodalité caractérisant le bébé et observable dès la naissance (62) a été particulièrement mise en avant. D'après Lebovici (1989), il existerait trois niveaux d'interactions : un niveau affectif, comportemental et cognitif.

Les interactions comportementales concernent la manière dont les comportements réciproques de l'adulte et de l'enfant s'agencent l'un vis-à-vis de l'autre. Différents canaux sont en jeu et principalement les champs visuel, vocal et corporel.

Par ailleurs, le bébé naît avec l'expérience d'un vécu prénatal sensorimoteur (63,64). À la naissance, de nouvelles données sensorielles le submergent. Ces nouvelles expériences perçues dans un climat affectif particulier et une temporalité adaptée amèneront le nourrisson à organiser ses premières données sur lui et l'environnement qui l'entoure (65,66).

Par la relation, l'enfant expérimente ses mouvements internes dans son corps. "*L'activité motrice est productrice de l'activité mentale et l'activité mentale alimente et stimule l'activité motrice*" (Szanto-Feder A, 2004). Le bébé par et dans son corps, en adéquation émotionnelle avec l'adulte, construit les premiers éléments de son appareil psychique.

Ajuriaguerra (1970) utilise le terme de "dialogue tonique" pour évoquer les ajustements corporels interactifs entre la mère et le bébé. La posture, la coordination motrice et le tonus y jouent un rôle important. L'observation se concentre sur la détente corporelle, les phénomènes de raidissement, une hypo ou hypertonie, ainsi que le contrôle postural et la coordination. L'ensemble de ces éléments influence le processus interactionnel.

Dans ce sens, pour certains neurophysiologistes comme Bonnet-Brilhault (2013), les interactions sociales sont un processus circulaire mettant en jeu de nombreuses compétences cognitives, perceptives et émotionnelles.

De nombreuses recherches soulignent ainsi la propension première des bébés envers les stimuli sociaux et l'importance capitale de cette capacité innée pour le développement du bébé.

En effet, comme le démontrent Trevarthen (2004) et Ruel (2003), les bébés présentent des habiletés innées à communiquer, avec un intérêt et un plaisir pour le contact social et ce, dès la naissance. Trevarthen considère que le nouveau-né est même immédiatement sensible aux émotions d'autres personnes et capable d'interagir avec elles en utilisant son propre panel d'expressions.

L'ensemble du corps et des modalités sensorielles enrichissent cette communication précoce où le bébé interagit activement. Les dispositions innées du nourrisson à explorer et les dispositions parentales à enseigner sont à la source du système interactif précoce. Ce processus à une importance majeure dans le développement de la conscience humaine et est essentiel pour l'accès ultérieur au langage.

Dans les théories développementalistes, le soi existe donc dès la naissance. Le bébé peut percevoir et investir l'autre à travers le partage émotionnel, permettant "*l'accordage*" dans les interactions.

Par la suite, l'émergence progressive d'une conscience explicite de soi se construit jusqu'à l'âge de deux ans. Elle est le produit d'une expérience perceptive du corps.

B. Le développement de la vie psychique

Ainsi, dès la naissance le bébé manifeste déjà les rudiments d'une différenciation soi-monde sur la base d'expériences polysensorielles. Elles sont spécifiques au corps propre et aident à le définir vis-à-vis du monde extérieur.

Il y aurait des étapes clés dans le développement de la conscience de soi. Elle évoluerait en effet jusqu'aux 2 ans de l'enfant, période où apparaît la "co-conscience".

Dès les six premières semaines de vie, l'enfant exprime dans son comportement le sens d'un "soi écologique" (Rochat 2001). Son corps serait alors perçu comme une entité différenciée, agissante, située dans l'environnement. Ceci représente une base élémentaire sur laquelle s'appuie son développement. Ce développement mènera l'enfant vers une conception de soi, par rapport à lui-même, mais aussi par rapport à autrui.

À partir du deuxième mois et par le biais notamment du sourire social (67), le bébé commence à vivre des expériences partagées avec autrui. Le sourire n'est plus seulement réflexe, mais devient le premier signe d'une expérience partagée avec une autre personne. Ce sont les prémices du dialogue social et de l'intersubjectivité.

Cette intersubjectivité est liée à des échanges en face-à-face entre le bébé et l'adulte. Ces échanges ou "protoconversations" sont complexes et s'intègrent dans des jeux imitatifs réciproques à l'initiative de l'adulte (68). Le bébé devient ainsi attentif aux conséquences de ses propres actions.

Entre deux et sept mois, tout en continuant à développer le sens d'un soi écologique, le bébé développe des attentes sociales dans ses rapports avec autrui. Ce développement semble culminer vers 8 mois lorsque l'enfant tend à manifester de façon nouvelle de l'anxiété dans ses rencontres avec des personnes qui ne lui sont pas familières (angoisse du 8e mois décrite par René Spitz, 1965).

Dès 9 mois, le bébé commence à manifester non seulement des attentes sociales mais aussi une attention partagée avec autrui. Lorsqu'il explore les objets et événements dans l'environnement, il commence à les pointer du doigt tout en vérifiant que l'autre est attentif à la chose indiquée. Le bébé explore ainsi la réaction d'autrui en référence à un événement perçu dans l'environnement.

Cette étape marque le début d'échanges sociaux réciproques et en référence conjointe à un environnement.

Enfin, au-delà de 9 mois l'enfant développe en plus d'une attention partagée avec autrui, une "co-conscience" de soi et des autres ou "intersubjectivité secondaire".

Le regard d'autrui est approprié et intégré au sien de façon systématique vers l'âge de 18 mois.

Cette dernière étape ouvre les portes du développement de la pensée symbolique, de la représentation des perceptions, croyances et connaissances d'autrui ou "*Théorie de l'esprit*" auxquelles la conscience de soi vient s'articuler. L'enfant accède à la culture de l'adulte.

II. LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

A. Contexte historique

Le concept d'attachement fut introduit dans le champ psychothérapeutique en 1972 lors de la parution du "Colloque imaginaire autour de la théorie de *l'attachement*", organisé par René Zazzo.

Dans ce colloque, des éthologues (Chauvin, Harlow, Lorenz), un pédopsychiatre (Koupernik), un psychologue de l'enfance (Malrieu) et des psychanalystes (Anzieu, Bowlby, Duyckaerts, Lebovici, Spitz, Widlöcher) ont exposé leur propre point de vue sur l'existence, la portée et les conséquences théoriques de l'attachement comme besoin primaire.

Dès 1944, le britannique John Bowlby exposa les premières bases de la théorie de l'attachement mettant l'accent sur l'importance des relations dans le développement de l'enfant, au détriment des pulsions. Il considérait le bébé comme un "être de relation" (69) et insista sur l'importance pour le nourrisson d'être attaché à sa "base de sécurité". Cette personne identifiée comme un socle sur lequel il pourrait croître et s'autonomiser.

La théorie évolutionniste de Darwin ainsi que les études éthologiques ont fortement influencé les travaux de Bowlby dans le sens où l'attachement était perçu comme un avantage sélectif adaptatif.

Miljkovitch (2004) souligne notamment que l'influence de Darwin apparaît dans la notion de « *Système comportemental d'attachement* ». L'enfant met en œuvre des comportements d'attachement innés dont l'effet est de faire venir la mère ou, plus tard, de la suivre. "Ces schèmes comportementaux se modifieraient très vite, de manière à ce que l'enfant adapte ses réponses aux soins que lui procurent ses figures d'attachement " (Goldbeter-Merinfeld, 2005).

En 1935, Konrad Lorenz apportait la notion "*d'empreinte*", correspondant à un processus d'apprentissage par lequel certains animaux (comme les oies cendrées) s'attachent de manière

irréversible au premier objet en mouvement qu'ils voient. Bowlby en déduisit que certains comportements sociaux des animaux sont appris et pas seulement innés.

Un autre éthologue, Harry Harlow, étudia les effets de la privation de la présence maternelle chez les singes. Il mit en évidence le rôle secondaire de la nourriture dans le lien entre la mère et l'enfant. Chez le bébé singe, la recherche de nourriture est volontiers sacrifiée à la recherche du contact avec la mère. En donnant au bébé-singe des substituts de mère, Harlow démontre expérimentalement la prévalence du contact (fourrure, chaleur) sur les activités liées à la faim.

Bowlby insistait particulièrement sur le fait que le besoin d'attachement est aussi important que celui de boire ou manger, en référence au concept "*d'hospitalisme*" de Spitz (1947) décrivant une forme de dépression grave observée chez des bébés séparés de leur mère plus de 5 mois vers les âges de 6 à 8 mois.

B. L'attachement

L'attachement est un lien spécifique et durable chargé émotionnellement entre deux êtres humains.

Au sens de la théorie de l'attachement, il s'agit du lien qui nous fait rechercher et trouver auprès de certaines figures spécifiques un sentiment de réconfort et de sécurité quand nous sommes nous-mêmes en détresse, en situation d'alarme ou d'impuissance. Son importance est toute particulière dans les premières années de la vie.

Le système comportemental d'attachement est actif "du berceau à la tombe", selon l'expression de Bowlby (1988). C'est au cours de l'adolescence qu'il évolue vers l'équilibre dynamique qui prévaudra chez l'adulte.

Une fois établis dans les premières années de la vie, et dans un environnement stable, les liens d'attachement ont tendance à persister, tout en subissant des transformations en rapport avec les processus de maturation.

Le processus d'attachement à une fonction adaptative (69). À chaque étape du développement, l'enfant doit remanier l'équilibre entre ses besoins de sécurité et d'autonomie. La proximité physique est la pierre angulaire de la théorie de l'attachement dans les premiers mois du développement du bébé et de ceux qui l'élèvent.

1. Du côté du bébé

Le lien tissé entre le bébé et sa mère est en partie constitué du lien d'attachement.

Dès sa naissance, le nourrisson possède un “répertoire comportemental inné” (N. Guedeney, 2008) qui lui permet d’obtenir cette proximité : pleurer, crier. Dès qu’il présente un état d’inconfort ou de détresse, le bébé use de ce répertoire de comportements. En manifestant ainsi sa détresse, il appelle à l’aide.

D’autres comportements favorisant la proximité, tels que regarder ou le sourire sélectif à celui qui le protège, permettent de maintenir l’adulte auprès de lui autant que nécessaire.

Le bébé va expérimenter avec fréquence et régularité qu’une même personne, s’approche, lui apporte réconfort, lui permet de retrouver un état d’équilibre, de détente et de reprendre le contrôle. Cette personne lui fait vivre l’expérience répétée que le chaos est suivi de solutions positives.

Une fois le réconfort obtenu, la recherche de proximité cesse au profit des comportements d’exploration, si bien que le bébé puis le jeune enfant pourra repartir à la découverte de son environnement.

Le bébé va associer à l’expérience de proximité physique, l’expérience émotionnelle de sécurité (70). Il va s’attacher aux figures qui répondent à ce besoin de proximité. La figure qui a le plus durablement, le plus adéquatement et le plus souvent, répondu à ses besoins de proximité deviendra la figure d’attachement principale.

Elle lui donne le sentiment le plus intense de sécurité, rien que par sa proximité ou son accessibilité plus tard. Il s’agit encore le plus souvent de la mère.

Le processus d’attachement se construit progressivement tout au long des deux premières années de l’enfant.

Quatre étapes de développement ont pu être décrites (69) :

- Avant 2 mois

Il s’agit d’une phase de “ pré-attachement” (70).

Le bébé manifeste des signaux sans discrimination d’une figure et cherche à obtenir un contact avec les autres humains. Il a peu de possibilités motrices et cognitives et est donc très dépendant de son environnement et des réponses que celui-ci va apporter à ses sollicitations.

- De 2 à 7 mois

L’enfant a recours aux divers comportements de son répertoire afin obtenir la proximité physique de l’adulte. Il va de plus en plus activement chercher lui aussi à obtenir la proximité de sa figure d’attachement potentielle en tendant les bras, en s’accrochant. Il ne se contente plus seulement de la faire venir à lui quand il en a besoin.

Il commence à différencier les personnes qui lui sont familières et les étrangers, et oriente les signaux de proximité vers une ou plusieurs figures individualisées. Les comportements facilitant la proximité seront spécifiquement plus intenses envers une figure principale. Sa substitution est encore possible.

Ainsi l’enfant commence à contrôler ses systèmes de comportement.

- A partir de 7 mois

Cette période est caractérisée par l'établissement du phénomène de « base de sécurité ».

Elle marque l'établissement d'une relation d'attachement franche et sélective envers une personne privilégiée. La substitution de la figure d'attachement n'est plus possible. Une détresse se manifeste lors des séparations.

De nombreux changements dans les capacités motrices, cognitives et de communication de l'enfant apparaissent. Le développement de sa motricité va lui permettre d'être actif dans la gestion de la distance qu'il peut supporter avec sa figure d'attachement.

Le phénomène de base de sécurité est la notion fondamentale de la théorie de l'attachement (71).

Si l'enfant a établi avec la mère un lien d'attachement de qualité, il va s'éloigner d'elle pour explorer puis va immédiatement revenir vers elle pour retrouver la sécurité qu'il a perdue.

L'attachement est un processus progressif qui prend plusieurs mois pour se construire. Il faut environ 9 mois d'interactions suffisamment continues pour que l'enfant construise ce lien d'attachement spécifique avec chacune de ses figures d'attachement qui devient unique, non interchangeable et non remplaçable.

À partir de 7-9 mois, le système d'attachement est opérationnel. Le bébé commence à être de plus en plus effrayé par l'inconnu, le non familier, en plus de ce qui l'effrayait avant ou de ce qui le mettait en détresse. Tout éloignement mal préparé, prolongé, ou toute inaccessibilité de sa figure d'attachement quand il en a besoin entraîne l'expression d'une réaction de détresse.

Cette réaction témoigne d'un système d'attachement actif. Seule la proximité physique de sa figure d'attachement pourra rétablir un sentiment de sécurité.

Les besoins d'attachement sont prioritaires dans les premières années de la vie au même titre que tous les autres besoins physiologiques du bébé pour son développement.

- Dès l'âge de 3-4 ans

L'enfant est capable d'une certaine compréhension du point de vue de l'autre. Il va chercher à influencer celui-ci afin d'obtenir de lui certains avantages du point de vue relationnel, comme de l'intérêt ou des soins. Il s'agit d'un "partenariat ajusté" (70).

C'est à partir de ces échanges avec sa figure d'attachement et tout au long des deux premières années de la vie que le jeune enfant construit des modèles de représentations mentales de soi et des autres.

Une fois intériorisés, ces modèles influencent la perception de son environnement. Ils lui permettent d'anticiper les événements et de guider son comportement.

Il s'agit pour Bowlby des Modèles Internes Opérants (MOI).

La stratégie relationnelle décrite ainsi par Bowlby est celle de la "stratégie primaire" d'un enfant sécure.

Des études ultérieures ont montré qu'il existe des inégalités dans les stratégies relationnelles au sein d'une population d'enfants ne présentant pas de troubles mentaux.

2. Du côté de la mère

Avant la théorisation de l'attachement, Winnicott a décrit un état maternel tout particulier qu'il a nommé "préoccupation maternelle primaire". Il a comparé cet état à une "folie normale" ou un "état transitoire quasi pathologique" de la mère. Cette période est décrite cliniquement de quelques semaines avant l'accouchement à quelques semaines après.

Il s'agit d'une période durant laquelle la mère se montre tout particulièrement "capable de *s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né*, avec délicatesse et sensibilité". Elle serait en capacité de capter des signaux qu'elle serait à même de décoder et d'interpréter avec une extrême efficacité.

Winnicott décrit cet état maternel de "maladie mentale normale", le comparant à un état quasi dissociatif et dont elle va se remettre. Dans sa description initiale, Winnicott pointait déjà l'existence d'une variabilité inter et intra individuelle de chaque femme. "Certaines femmes y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre [...] d'autres ne sont pas capables de se laisser aller à un tel abandon".

La préoccupation maternelle primaire peut être décrite comme un phénomène d'identification régressif de la mère vers son bébé. F. Tustin suggère le terme de "gestation psychique" faisant suite à la grossesse physique.

Cette période correspond en parallèle à celle de dépendance absolue du bébé vis-à-vis de son environnement. Cette période s'achève généralement par le biais d'une triangulation de la relation par un tiers (père, reprise du travail). Le désinvestissement partiel de la mère vis-à-vis de son bébé permet à celui-ci de constituer de nouvelles stratégies de substitution le faisant entrer dans une phase de dépendance plus relative.

La notion de préoccupation maternelle primaire s'est ensuite enrichie des concepts de la théorie de l'attachement.

De ce point de vue, s'attacher signifie par définition chercher la protection de quelqu'un en cas de détresse ou d'alarme. La notion d'attachement va du bébé à l'adulte.

L'adulte, lui, répond aux besoins d'attachement par le "bonding" et le "caregiving". Le caregiver est la figure d'attachement. Le lien qui survient entre celle-ci et le bébé est composé de deux dimensions : (70)

- Le "bonding" :
Il s'installe sur une période relativement brève de quelques heures à une semaine en général après la naissance. Il s'agit des sentiments chaleureux et proches vécus par le parent dès les premières heures ou jours de la vie du bébé.

- Le système de “caregiving” :

Il est caractérisé par un répertoire unique de comportements et d’attitudes mentales qui ont comme objectif de maintenir une proximité physique et psychologique avec le bébé en cas de besoin.

Il permet à l’adulte d’être émotionnellement disponible pour répondre aux besoins d’attachement et de régulation de la détresse éventuelle du bébé. Il est déclenché par tout stimulus qui signale la vulnérabilité d’un être vivant.

Ce système ne commence à s’exprimer qu’à partir de la fin de la petite enfance. Il s’agit d’un système d’alerte aux besoins des autres. La séparation imposée de l’enfant active elle aussi le caregiving. La désactivation du système ne survient qu’à partir du moment où une proximité physique et/ou psychologique est restaurée et que l’enfant est réconforté.

Dans l’espèce humaine, le comportement parental s’est largement émancipé des déterminants hormonaux qui restent cependant toujours actifs. Ceci permet l’extension du caregiving au-delà de la période de sevrage et permet aux autres que la mère (père, etc.) de prendre soin d’un bébé.

La grossesse n’est plus un pré-requis indispensable pour élever un bébé même s’il en représente un facilitateur.

L’étude des comportements maternels requiert deux perspectives. La perspective éthologique se focalise sur les comportements et les équipements biologiquement programmés qui font que la mère répond aux besoins d’attachement.

La perspective psychologique étudie particulièrement les représentations maternelles qui vont teinter la complexité des interactions (70).

La tâche de caregiving pour favoriser le développement d’un attachement de qualité sécurisée est complexe (72). Elle associe une sensibilité aux besoins d’attachement et d’exploration qui se définit par le concept de “*responsiveness*”. Il s’apparente à la capacité du parent à percevoir et à interpréter les expressions verbales et non verbales de l’enfant de manière correcte et d’y répondre rapidement et adéquatement.

Dès les premiers mois, le parent montre son acceptation vis-à-vis des besoins d’attachement, sa tolérance aux expressions de détresse et son envie de répondre à cette détresse en étant persuadé qu’il est indispensable à la régulation émotionnelle de son bébé à ce moment-là.

À partir du premier trimestre, le parent soutient de manière sensible l’exploration de son petit : le parent peut promouvoir la coopération, développer la résolution de problèmes de manière indépendante par le petit, poser les défis appropriés, aider à la régulation émotionnelle et tout ceci sans intrusion et avec le respect du rythme de l’enfant.

Ces réponses doivent être prévisibles et cohérentes et surtout, suivies de correction ou de réparation si elles n’ont pas été adéquates.

Le développement du caregiving est variable et les influences qui en modulent l'expression sont multiples.

Avant la naissance du bébé, la mère a déjà tout un ensemble de représentations cognitivo-émotionnelles sur la façon dont elle imagine qu'elle répondra aux besoins de son enfant à naître.

Ces représentations sont en partie issues de sa propre histoire d'attachement précoce et des représentations qu'elle a progressivement construites à partir de cet attachement (73,74). Elles sont également en partie modelées par le contexte culturel et social dans lequel elle vit.

Par ailleurs, la grossesse et l'accouchement représentent des facteurs facilitants ou déclenchants du caregiving. Ils peuvent être plus ou moins prépondérants dans les changements affectant le psychisme d'une mère qui vient d'accoucher.

Plus le bébé a un attachement sécurisé avec une personne, plus il sera autonome vis-à-vis d'elle. L'assurance que sa figure d'attachement est là en cas de besoin lui permet de construire un équilibre flexible entre besoins d'attachement et besoins d'exploration (70).

On connaît actuellement les conditions principales de la construction de ce sentiment de sécurité.

Il s'agit de vivre de manière répétée les expériences suivantes :

- recevoir des réponses adéquates aux besoins d'attachement ;
- continuité des personnes ;
- prévisibilité des réactions des figures d'attachement ;
- cohérence et fiabilité des figures d'attachement ;
- séparations limitées en fonction de l'âge de l'enfant ;
- transitions au moment des passages d'une figure d'attachement à l'autre.

Un attachement sécurisé est facteur d'une plus grande autonomie et d'un meilleur développement des compétences propres de l'enfant qu'elles soient cognitives ou de régulation émotionnelle (75).

Au fur et à mesure du développement cognitif du bébé, ce système s'organise par un ensemble de représentations, de plus en plus sophistiquées.

L'enfant qui a expérimenté un lien d'attachement sécurisé développe le sentiment de confiance en l'idée qu'il y a toujours quelqu'un pour répondre à son besoin de proximité et de réconfort (71). Il construit également une image de lui comme digne d'amour et d'intérêt puisque il y a toujours eu réconfort quand il en a eu besoin.

L'un des facteurs le mieux étudié de la qualité de cet attachement est la qualité des soins parentaux en réponse aux besoins d'attachement du bébé.

L'étude des facteurs nécessaires à l'établissement d'un lien sécurisé est l'un des domaines les plus importants dans la théorie de l'attachement. Il va du champ de la transmission

transgénérationnelle à la compréhension des caractéristiques intrinsèques du processus des soins parentaux qui répond de manière optimale aux besoins d'attachement.

3. Neurobiologie de l'attachement

Les études chez l'homme sont encore incomplètes, mais certains facteurs hormonaux impliqués dans les aspects biologiques du processus de bonding et de caregiving commencent à être mieux connus. La vasopressine et l'ocytocine fonctionnant à la fois comme hormone et neuromodulateur, semblent particulièrement impliqués.

Ces deux neuropeptides sont produits au niveau de l'hypothalamus puis sécrétés sous forme d'hormones dans la circulation sanguine par la neurohypophyse.

Ils sont également synthétisés par des neurones situés à la fois dans l'hypothalamus et dans d'autres régions du cerveau. Les terminaisons axonales de ces neurones sont localisées dans différentes régions du cerveau dont les noyaux de la base, les structures limbiques, le système olfactif, l'hippocampe et le tronc cérébral.

L'ocytocine et la vasopressine agissent sur les circuits amygdalien et hippocampique du stress et le circuit mésolimbique dopaminergique du plaisir et de la récompense. Ces deux systèmes ont un rôle décrit comme essentiel dans l'évolution des espèces.

Les actions de l'ocytocine lors de sa sécrétion au cours de la naissance et de la lactation ont été beaucoup étudiées. Elles sont spécifiques aux femmes et correspondent aux comportements les plus associés avec un nouveau-né.

L'ocytocine intracérébrale pourrait être d'une importance toute particulière dans le comportement maternel du mammifère. Elle serait sécrétée sous l'influence de divers stimuli sociaux incluant la simple présence d'un bébé. L'ocytocine, sécrétée pendant la lactation, pourrait servir à renforcer le comportement maternel (76).

Il semble également que le système hormonal impliqué dans la gratification et la récompense (dopamine et opiacé endogènes) interagit avec l'ocytocine et la vasopressine pour favoriser le bonding (77).

L'expérience de satisfaction des besoins stimule considérablement le circuit de récompense. Ceci favorise le développement d'expériences de plus en plus appréciées dans la réponse aux soins de l'enfant et renforce positivement l'expression du répertoire du caregiving. En parallèle, se trouvent désactivées des zones cérébrales associées aux émotions négatives (colère, peur, tristesse), le jugement social, l'appréciation des intentions et des émotions d'autrui.

La préoccupation maternelle primaire de Winnicott pourrait avoir trouvé en cela son substrat biologique. On y retrouve en effet le retrait sur soi et le bébé, et le rôle protecteur de la fonction maternelle diminuant la réactivité aux émotions négatives (78).

D'autre part, l'ocytocine et la vasopressine seraient impliquées dans la modulation des circuits des émotions complexes et des comportements sociaux chez l'Homme.

L'amygdale, est impliquée dans la détection de signaux de menace, en lien avec les comportements de défense. Elle aurait un rôle clef dans les pathologies anxieuses et phobiques. Cette glande serait sous la dépendance de l'ocytocine et de la vasopressine qui ont des actions opposées. Cette implication permettrait d'apporter une hypothèse explicative au niveau d'anxiété diminué chez les femmes allaitantes (79,80).

De plus, l'ocytocine et la prolactine interviendraient également dans la modulation des réponses au stress via l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien. Pendant la lactation, la succion du bébé augmente à la fois l'ocytocine et la prolactine et diminue les taux plasmatiques de l'hormone corticotrope (ACTH) et du cortisol chez la mère. Cela suggère une influence inhibitrice sur les systèmes neurohormonaux de réponse au stress.

D'autres expériences ont montré que la réactivité adrénopituitaire au stress psychosocial est atténuée après stimulation endogène d'ocytocine. Cela se produit lors de l'allaitement maternel en post-partum (81).

L'ocytocine pourrait ainsi servir à gérer le stress de la naissance et du post-partum.

Les facteurs liés au nouveau-né jouent un rôle probablement très important même s'il n'y a pas encore de données expérimentales très fournies. Les contacts physiques soutenus de la mère et son bébé en peau à peau immédiatement après la naissance sont empiriquement bien connus comme favorisant le développement du bonding. Les contacts, le toucher peau à peau de la mère et l'enfant, les mouvements de mains et le réflexe de succion du bébé stimulent le relargage d'ocytocine (82).

La consolabilité du bébé, son ajustement postural (le frouissement), sa capacité de regard sont des stimuli très puissants du système de récompense-plaisir et jouent un rôle clé dans le développement de l'expression optimale du caregiving.

Les facteurs contextuels jouent aussi un rôle primordial sur le développement du caregiving de la mère auprès de son bébé qui vient de naître. Les facteurs liés à son état psychologique ont été particulièrement étudiés. En effet, un trouble psychique comme une dépression du post-partum, peuvent altérer gravement l'expression du caregiving chez la mère.

La multiplicité des stress environnementaux éventuels auxquels la mère est soumise comme des événements de vie négatifs, une maladie, des stress interpersonnels (conflits conjugaux, autres personnes à protéger), peuvent entraver les ressources de la mère dans l'expression de son caregiving (83).

Bien que moins étudiés au regard du lien mère-bébé, l'ensemble de ces facteurs peuvent se retrouver chez des mères présentant un trouble de personnalité borderline.

4. Héritabilité du type d'attachement

La façon dont un enfant se développe dans la relation avec un parent souffrant d'une maladie mentale est influencée par différents facteurs.

Dans le cadre d'une parentalité limite, l'enfant connaîtra une existence marquée par des moments de grande instabilité, de stress émotionnel ainsi que par toutes sortes d'aléas chaotiques. Le vécu dans un tel contexte familial façonne le rapport de l'enfant à son parent, mais aussi aux autres.

Les capacités propres de l'enfant à résister aux difficultés, son tempérament, le soutien d'un entourage bienveillant, ou la présence de facteurs protecteurs divers sont autant d'éléments à prendre en compte dans son évolution ultérieure.

Cependant, le retentissement du trouble parental chez l'enfant, est d'autant plus grand que le trouble n'est pas ou mal diagnostiqué.

Une étude comparative entre des bébés de mères borderline et des mères ne présentant pas de pathologie psychiatrique, montrent significativement plus de retrait relationnel chez les premiers (84).

Ultérieurement, ces enfants toujours soumis à la pathologie maternelle, peuvent développer un mode relationnel dans lequel subsiste un renversement des rôles (85). Enfin, les enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline ont un risque augmenté de développer un pattern d'attachement désorganisé vis-à-vis de leur mère (jusqu'à 8 sur 10 selon une étude de 2005 (86)).

Par ailleurs, plusieurs études lient l'attachement désorganisé, les traumatismes précoces et la présence de comportements maternels atypiques de type "effrayé/ effrayant", "impuissant" ou "dissocié" (87,88).

Or, ces mêmes antécédents dans la petite enfance prédisent la présence d'une symptomatologie borderline à l'adolescence (89). Il est possible d'en déduire une trajectoire développementale à haut risque pour ces enfants et d'une boucle psychopathologique intergénérationnelle (84).

Bien qu'il n'existe pas de lien de causalité directe, les enfants dont les parents présentent une maladie mentale sont particulièrement vulnérables. Le fonctionnement familial et l'expérience de la maladie mentale, sont des facteurs bien établis de souffrances psychiques diffuses mais réelles. Ainsi, les particularités développementales et psychoaffectives de ces enfants peuvent s'intriquer de manière significative et symptomatique aux troubles psychopathologiques de leur parent.

Les troubles psychiques d'un parent constituent donc un "indicateur de risque" susceptible de favoriser chez l'enfant la survenue d'une pathologie mentale durant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte (84).

Les études actuelles, concernant la parentalité limite, s'attachent préférentiellement sur les aspects neuro-bio-physiologiques, voire héréditaires du trouble de personnalité borderline. Il existe moins de travaux autour des processus psychopathologiques du développement d'un enfant grandissant dans un contexte de psychopathologie parentale. Cela pourrait permettre d'élargir le champ des mécanismes possibles au-delà des travaux d'héritabilité et de vulnérabilité qui laissent de côté les aspects développementaux spécifiques à l'enfance et à l'enfant.

Cependant l'intérêt porté sur le fondement du trouble de personnalité borderline, et les facteurs pathogènes susceptibles de se répercuter dans le milieu familial permettent la mise en place d'interventions préventives pour les enfants concernés.

Ces données soulignent l'intérêt de la prise en charge précoce de ces mères et de leurs bébés afin d'éviter que ces comportements de retrait ou de désorganisation ne s'installent durablement et compromettent le développement socio-émotionnel ultérieur de l'enfant.

III. DYSFONCTIONNEMENT DE L'AJUSTEMENT AFFECTIF

A. Troubles du lien

Un bébé ne peut pas être plus ou moins attaché à sa figure d'attachement. Il est attaché ou il ne l'est pas. S'il l'est, c'est la qualité de son attachement qui peut varier. L'absence d'attachement est un trouble extrêmement grave, il faut des circonstances extrêmes comme des négligences sévères, une multiplicité de changements de figures ou des situations d'institutionnalisation très longue (hospitalisation, orphelinats).

A partir des travaux de Bowlby, trois types de stratégies relationnelles chez des enfants sans pathologie avérée ont été mises en évidence (72).

Le dispositif expérimental de la "strange situation" mis en place par Ainsworth, observe les différentes attitudes destinées à préserver la base de sécurité nécessaire au bien-être de l'enfant soumis à une situation stressante de séparation puis retrouvaille avec sa figure d'attachement. L'élaboration de ce protocole prévoit une tension graduelle chez l'enfant, afin d'activer le système d'attachement et d'étudier l'organisation de son comportement vis-à-vis de la figure d'attachement, en situation de détresse potentielle.

Dans un premier temps étaient définis les patterns dits “organisés”, incluant les types d’attachement sécure, insécure évitant et insécure ambivalent résistant:

- L’attachement de type “*sécure*” (2/3 des cas) concerne les enfants cherchant en période de retrouvaille, le réconfort et le contact visuel avec la figure d’attachement ;
- L’attachement dit « insécure » (1/3 des cas):
 - De type “évitant”, lorsque l’enfant se maintient à distance au retour de sa figure d’attachement, donnant l’impression qu’il n’a pas souffert de la séparation ;
 - De type “ambivalent”, lorsque l’enfant manifeste à la fois un agrippement angoissé à sa figure d’attachement et une forte agressivité relationnelle.

A la suite de ces travaux, Mary Main a décrit une quatrième catégorie d’attachement. Il s’agit de l’attachement insécure de type “*désorganisé*”. Cette catégorie incorpore des enfants semblant incapables d’élaborer une véritable stratégie relationnelle.

Les enfants décrits dans cette dernière catégorie se retrouvent dans chacune des trois catégories de base, y compris la catégorie sécure, au taux de 10 à 15 %. La figure d’attachement représentant pour ces enfants à la fois une source de sécurité et de danger (90). Cette découverte qu’il y a au sein d’une population normale des variations du système défensif mis en évidence lors d’une situation de stress, montre la perméabilité de la frontière entre normal et pathologique.

B. Les signes de souffrance du bébé

Au début de la psychiatrie infantile, les troubles de l’enfant étaient considérés comme le symptôme de la famille, puis de la relation interpersonnelle. Progressivement, les regards se sont tournés vers l’enfant, ses particularités motrices, toniques, perceptives et ses rythmes, pouvant influencer sur les échanges avec la mère.

Désormais, l’hypothèse de l’émergence d’une conscience de soi chez le bébé est admise et rend implicite la possibilité d’une souffrance psychique.

Des dysfonctionnements provenant d’une inadéquation du système bébé-environnement peuvent venir entraver le bon déroulement de son développement psychique, jusqu’à générer une souffrance.

Or, à quelques mois, les bébés n’expriment pas de demande. Il est nécessaire d’attendre que l’adulte se rende compte d’anomalies.

Cette souffrance s'exprimera d'abord par le corps du bébé, il en est l'indicateur le plus fin et le plus précoce (91).

Des repères cliniques sont alors nécessaires pour agir le plus précocement possible, avant l'entrée de l'enfant dans une structure psychopathologique plus définie.

Dans cette observation, la clinique des interactions est indispensable. Les signes physiques étant peu spécifiques, observer les interactions du bébé et son environnement peut parfois être le seul indice de troubles psychopathologiques en voie de constitution chez l'enfant (91).

Un même comportement peut renvoyer à des problématiques différentes d'autant plus que les mécanismes permettant l'expression des émotions chez le bébé sont aussi des mécanismes qui permettent leur évitement.

Un diagnostic ne peut être posé sans avoir exploré la situation relationnelle du bébé à son environnement (92).

1. Reconnaître un bébé en souffrance

a. Les angoisses primitives

Les angoisses primitives ont été décrites pour la première fois dans "Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés" (Klein, 1966). Elles correspondent à des tensions émotionnelles, qui mettent en souffrance le bébé dans son existence psychique vis-à-vis de lui-même comme de ses liens avec les autres.

De nombreux auteurs comme E. Bick (1986), D. Houzel (2002), F. Tustin ou D.W. Winnicott (1975) développeront ce thème. Ils assimilent ces angoisses primitives à des sensations de chute sans fin, de liquéfaction, de précipitation ou de craintes d'effondrement.

De par leur registre archaïque, elles se manifestent par des signes infra-verbaux, fins. Leur décryptage par l'adulte nécessite soit une préoccupation maternelle primaire active, soit une profonde empathie. Le bébé met rapidement en place des mécanismes de défense primitifs pour tenter de se protéger de cette perception catastrophique de l'existence. L'observation d'Esther Bick y associe notamment l'identification adhésive. Le bébé se collant à l'objet pour ne pas souffrir d'une séparation radicale, se fixe à une lumière ou s'agrippe à sa musculature.

Ces angoisses n'ont pas de cible, elles se répandent dans l'environnement. Ces caractéristiques les distinguent des angoisses de séparation intervenant dès la prise de conscience de la séparation de l'objet et du sujet, soit vers cinq à six mois, limite posée par D.W. Winnicott et admise ensuite.

Bion (1962) a développé la nécessaire transformation des angoisses primitives pour l'avenir de la psyché du bébé. Cette transformation s'opère à partir du lien mère-enfant noué grâce à

une identification des émotions intolérables du bébé dans la psyché de sa mère. Ce qu'il a appelé la fonction maternelle "*alpha*". Mais celle-ci peut s'inverser. Le bébé peut alors projeter une angoisse de mort vers sa mère, qui peut être incapable de la contenir. Celle-ci renvoie alors au bébé sa propre angoisse ajoutée à l'angoisse projetée.

C'est ainsi, dit-il, que nous rencontrons des mères qui s'effondrent en répétant "je ne le comprends pas". Ces mères expriment alors leur incapacité à transformer le malaise de l'enfant et leur impossibilité à ressentir les émotions du bébé qu'elles ont été. Il s'agit là d'un trouble de la fonction alpha.

b. Les signes de souffrance psychique précoce

Fraiberg a décrit quatre "comportements de défense pathologiques" du bébé. Cette description marque le début d'une réflexion plus approfondie dans ce domaine.

Ces comportements sont observés chez des enfants âgés de 3 à 18 mois. Il est observé leur réaction face à des mères qui alternent des moments d'absence psychique et de crises de fureur imprévisibles. Le terme de "défense" ou comportement défensif est utilisé pour désigner un phénomène réactionnel issu du répertoire biologique de défense de l'enfant et non un mécanisme de défense classique comme pour les adultes.

Fraiberg distingue un comportement reflétant la transformation de la souffrance en plaisir "la transformation des affects" et trois comportements relevant du répertoire biologique : "*l'évitement*", "*le gel*" et "*la lutte*".

Elle conclut que ces comportements défensifs du bébé correspondent à un « mécanisme de suppression de la perception qui élimine sélectivement le visage et la voix de la mère et qui sert apparemment à écarter les affects pénibles » (93).

Quelques travaux ont été publiés depuis, élargissant le domaine de recueil sémiologique.

C'est notamment à partir des travaux de Lamour, qu'ont pu être identifiés quatre catégories de repères cliniques de souffrance psychique précoce chez le nourrisson (91,94) :

- **l'expression somatique**

- la variation de la croissance staturo-pondérale ;
- les troubles de l'alimentation ;
- les troubles du sommeil ;
- les troubles de la coloration cutanée ;
- la vulnérabilité somatique : les fièvres inexplicables, les infections à répétition, les pathologies respiratoires ;

- **les troubles tonico-moteurs**
 - l'hypo- ou l'hypertonie globale ;
 - les troubles de la motricité segmentaire ;
 - la présence d'activités répétitives ;

- **les processus de régulation de la vigilance**
 - troubles de la régulation des états de vigilance (hyper-ou hyposomnie) ;

- **les troubles relationnels**
 - l'absence ou l'importance de manifestations émotionnelles ;
 - les troubles du contact avec évitement ;
 - l'hyper-adaptation avec passivité ;
 - les troubles de la différenciation des personnes ;

Il existe ainsi différents signes cliniques observables chez le bébé, permettant au clinicien de repérer une souffrance psychique. Cependant, la sémiologie clinique chez le nourrisson est aspécifique et rapidement changeante. Elle nécessite des observations répétées dans le temps et au sein d'un environnement adéquat, permettant de refléter les compétences optimales du bébé.

Par ailleurs, l'interprétation d'une symptomatologie clinique en faveur d'une souffrance psychique d'un nourrisson ne peut se faire sans une évaluation globale des interactions parents-bébé. Des outils d'évaluation sont souvent utiles, afin d'objectiver les difficultés, de les comparer dans le temps et d'en proposer une interprétation avec les parents.

IV. CONCLUSION

Le nouveau-né naît avec l'acquis d'un vécu prénatal sensorimoteur. Dès la naissance, à l'aide de l'expérience d'une multitude de stimuli sensoriels, il fait progressivement l'expérience de son corps en lui-même, en interaction avec l'environnement, et avec autrui.

Ces nouvelles données, perçues dans un climat affectif particulier et une temporalité adaptée amèneront le nourrisson à organiser la représentation de son corps, son psychisme et le monde qui l'entoure.

Au fil du temps, le bébé interagit de plus en plus activement avec tout ce qui l'entoure.

Ses dispositions innées à explorer et les dispositions parentales à enseigner sont à la source du système interactif précoce. Ce processus à une importance majeure dans le développement de la conscience humaine et est essentiel pour l'accès ultérieur au langage.

Une défaillance dans le système interactionnel du bébé avec son environnement et principalement avec sa figure d'attachement peut venir entraver son bon développement affectif et cognitif. Une souffrance psychique peut émerger et être à l'origine de troubles psychopathologiques persistants.

Les spécificités relationnelles induites par le fonctionnement limite, peut générer des interactions dysharmonieuses dans la relation mère-bébé. Un trouble borderline maternel doit donc amener à la plus grande prudence chez les professionnels de périnatalité. Le repérage de ces situations à risque est essentiel afin d'envisager une intervention auprès du bébé la plus précoce possible.

Il n'existe pas aujourd'hui de modèle spécifique de prise en charge ou d'accompagnement des enfants confrontés à la maladie mentale parentale. Différentes modalités d'accompagnement et de soutien, mais aussi psychothérapies, groupes d'entraide ou encore guidance socio-éducative peuvent être proposés.

Le rôle du professionnel de santé de périnatalité est d'aider l'enfant à établir un lien d'attachement suffisamment sécuritaire avec son parent. L'enjeu des soins auprès du bébé vise à le soutenir dans son développement psychique et affectif et à permettre, si possible, le maintien d'une relation parent-enfant harmonieuse et sécurisante. Cela lui permettra, peut-être, à distance de mieux comprendre et appréhender la pathologie parentale.

Par ailleurs, au travers des soins apportés au bébé et dans la relation, il pourra s'agir d'aider les mères borderline à vivre de façon plus apaisée leur maternité.

Plus largement, il s'agit là d'un enjeu de santé public tant dans le domaine de la protection infantile que dans les soins, pour le développement ultérieur de l'enfant et le trouble de sa mère.

PARTIE III : LES INTERACTIONS SPÉCIFIQUES DES MÈRES BORDERLINE AVEC LEUR BÉBÉ

“ Les gens qui naufragent ont peu le temps de délibérer et encore moins le temps de *s’attendrir*. “ V. Hugo, Les Travailleurs de la mer

I. INTRODUCTION

La prévention est une dimension actuelle de la psychiatrie périnatale. Cette prévention s’emploie à limiter les projections parentales négatives dont l’enfant pourrait être l’objet. Elle concerne autant la période anténatale, propice à une modification naturelle de la vie psychique des femmes durant la grossesse qu’après la naissance de l’enfant.

La grossesse est le moment d’un état particulier du psychisme, état de “transparence psychique” où des parts d’inconscient émergent plus facilement à la conscience.

Il s’agit d’une crise maturative source d’anxiété et susceptible de ranimer des conflits anciens. Cependant, en éveillant ces futures mères à de nouveaux questionnements, cette période ouvre la possibilité de capacité évolutive différente et contribue au processus de formation d’une identité nouvelle.

A. La transparence psychique

D.W. Winnicott a, le premier, observé l’existence d’un état psychique singulier chez les jeunes mères. Selon lui, la “préoccupation maternelle primaire” désigne un état psychique particulier de la mère qui accueille son nouveau-né en s’adaptant au plus près à ses besoins. Elle s’accroît dans les semaines après l’accouchement.

S. Lebovici, a proposé le concept d’“interactions fantasmatisques” entre la jeune mère et son bébé en se basant sur l’observation des relations existantes entre les contenus psychiques maternels et les réactions du nourrisson au cours des premiers mois de vie du bébé (95).

Un champ d’étude nouveau a ainsi été créé à la frontière du psychisme maternel, de sa subjectivité et de celle, naissante, de son bébé.

L'étude de cette période porte un enjeu majeur, celui de la prévention des effets négatifs que certaines dispositions psychiques maternelles peuvent déclencher chez le nourrisson.

Le contact physique mutuel fait revivre à la jeune mère des émotions passées. Les soins quotidiens au nouveau-né sont faits d'une multitude d'interactions. À ce niveau, sont transmis des intonations, des gestes, des expressions consolantes contre la faim, la peur de l'abandon ou la solitude. Dans l'interaction qui s'instaure, la jeune mère va mettre en acte des représentations intérieures et ainsi communiquer des parts de son inconscient.

Habituellement, la vie intérieure reste à l'abri de l'irruption intempestive du passé grâce à l'action du refoulement. Cette force psychique paraît être en crise lors de l'attente d'un enfant, elle n'assure plus sa fonction protectrice. La plupart des femmes vivent une forme de retrait du monde extérieur, l'activité professionnelle, même très investie, est ralentie ainsi que les relations affectives, même passionnelles.

La réactivation du passé est parfois remarquable par des réminiscences anciennes et des fantasmes habituellement oubliés qui affluent sans être barrés par la censure. D'autres fois, le passé revient sous la forme d'un affect douloureux, d'une tristesse irraisonnée. Il est intéressant de rechercher avec la jeune femme à quel moment de sa vie d'enfant l'état de grossesse fait écho.

En outre, la gestation d'un enfant et la transparence du psychisme qui l'accompagne ravivent, pour beaucoup de femmes, les états émotionnels précoces du nourrisson qu'elles ont été. Elles revivent, en quelque sorte, les alternances de présence et d'absence des soins maternels. C'est grâce à la continuité de ce rythme rassurant que le nourrisson d'autrefois s'est progressivement senti exister de façon permanente. La cohérence des soins maternels est ce qui donne au petit enfant un début de signification du monde.

Le bébé, que la jeune femme actuelle était dans le passé, a ainsi pu constituer un "bon objet interne", désignant ce sentiment de confiance en une continuité rassurante. Il représente l'image intériorisée de soins maternels sécurisants.

Mais l'image intérieure n'est pas toujours aussi bonne et certains nourrissons sont confrontés à l'angoisse du chaos du fait de soins insuffisants, intrusifs ou discordants. Dans ces cas, l'objet interne que l'enfant construira sera peu fiable et même menaçant.

Devenu une femme enceinte, le bébé d'autrefois éprouve de nouveau la difficile contiguïté d'une image intérieure non rassurante. L'enfant à venir, représentant de l'objet interne, risque alors d'être perçu avec angoisse.

B. Retentissement du trouble maternel borderline dans l'interaction mère-bébé

Il existe peu d'études concernant les enfants de mères borderline et leur devenir.

Cependant, le trouble de personnalité borderline décrit comme "ayant de graves répercussions au sein des relations interpersonnelles" impacte aussi les relations entre ces mères et leurs enfants. En effet, aux prises avec un vécu émotionnel perturbé, des changements d'humeur fulgurants, une imprévisibilité, une impulsivité et des distorsions de la réalité, une mère présentant un TPB peut éprouver certaines difficultés à exercer son rôle parental. Les enfants peuvent devenir "*l'objet de l'agression ou du rejet du parent*" (Laporte, 2007).

En 2003, Crandell, Patrick et Hobson ont observé le comportement de mères borderline avec leurs bébés de deux mois. Les résultats démontrent que ces mères sont plus intrusives et font preuve de moins de sensibilité à l'égard de leur enfant. Les comportements maternels se caractérisent soit par des mouvements intrusifs, imprévisibles, voire paradoxaux et effrayants, soit par un retrait et une mise à distance du bébé.

Selon Marie-Claude Bélisle, "*chez les personnalités limites, le parent envahit son enfant par ses projections. C'est comme si le parent habitait l'intérieur de l'enfant*" (Bélisle, 2005).

Les interactions de la dyade sont généralement dysharmonieuses, témoignant de la faible sensibilité maternelle aux comportements du bébé. Ses initiatives et besoins de réciprocité sont empêchés. Les efforts de communication et l'expression émotionnelle du bébé ne sont parfois ni reconnus ni validés. Il semblerait en fait que ces mères ne trouvent pas la bonne distance avec leur enfant. Elles vont de l'hyperstimulation intrusive au retrait avec démission de leur rôle (84).

Des interactions similaires avec des bébés âgés en moyenne de 15 mois ont ensuite été décrites (96). Ils ont également pu observer des mères peu satisfaites dans leur parentalité, se sentant peu compétentes et plus stressées que des mères témoins sans pathologie. Les bébés des mères borderline, étaient moins engagés dans les interactions avec leur mère et montraient significativement plus de retrait relationnel (84).

Ainsi, alors même que la cohérence des soins maternels est ce qui donne au monde environnant du nourrisson l'ébauche d'une signification, les caractéristiques du fonctionnement limite "*empêchent de maintenir une routine et d'atteindre la cohérence nécessaire*" (Boily, 2006).

Les interactions entre ces mères et leur bébé ne permettent pas à celui-ci d'organiser ses expériences affectives et cognitives, à anticiper ses actions et ses conséquences, et à former ainsi une vision cohérente et sécurisante du monde qui l'entoure. Ces enfants sont ainsi "régulièrement exposés à des stress importants; leurs besoins développementaux ne sont pas

toujours pris en compte; et il y a un risque important qu'ils développent un mode d'attachement non sécuritaire” (Laporte, 2007).

Par ailleurs, le vécu de solitude souvent intense et intolérable crée “un lien symbolique très fort avec l'enfant, qui devient extrêmement loyal à ses parents, protège cette unité en sacrifiant ses propres besoins d'évoluer et de se développer” (Bélisle, 2005).

Plus tard, face à la défaillance parentale, ces enfants peuvent développer un mode relationnel impliquant le renversement des rôles avec le parent.

Ces données soulignent l'intérêt d'une prise en charge précoce de ces mères et de leurs bébés afin d'éviter que les comportements de retrait ou de désorganisation ne s'installent durablement et compromettent le développement socio-émotionnel ultérieur de l'enfant.

II. PRÉSENTATIONS CLINIQUES

La présentation des cas suivants a pour intérêt de mettre en avant la variété de l'expression clinique du trouble borderline. Il en découle des interactions mère-bébé et mère-institution très différentes, induisant la nécessité de soins très spécifiques à chaque des dyades.

A. Madame N. et Maëlys

1. Présentation du service

Madame N. et Maëlys étaient rencontrées pour la première fois au niveau du Centre de Santé Mentale (CSM) pour enfants et adolescents du secteur de l'agglomération Lilloise.

C'est l'Équipe Mobile Périnatalité Petite Enfance (EMPPE) qui fut sollicitée. Le rôle de cette équipe est de permettre une évaluation et une intervention rapide durant la période périnatale, mais également auprès d'enfants, jusqu'à l'âge de 6 ans. Les suivis sont brefs, sauf dans le cadre de la psychiatrie périnatale où ils peuvent se poursuivre jusqu'aux 2 ans de l'enfant.

Il s'agit d'une petite équipe pluridisciplinaire composée de deux infirmières, une puéricultrice, une assistante sociale, une psychologue, un psychomotricien, un interne et le pédopsychiatre référent de l'unité. L'ensemble des membres de l'équipe sont issus du service de pédopsychiatrie.

Tous les entretiens se font en binôme de façon systématique. La particularité du travail de cette équipe est la « mobilité ». Les intervenants sont susceptibles de se déplacer à domicile, à la maternité ou dans toute autre structure appartenant au champ de la petite enfance (Protection Maternelle et Infantile ou PMI, Centre d'Action Médico-Social Précoce ou CAMSP, crèche...). Cette mobilité génère ainsi une certaine souplesse dans la proposition de soins et permet de faciliter la rencontre avec les partenaires du réseau orientant la demande.

2. Eléments biographiques

Mme N. est une jeune femme de 26 ans. Elle est mère de deux enfants, Océane 5 ans et Baptiste 2 ans ½ qui sont issus de deux unions différentes. Lors de notre première rencontre, Madame N. est enceinte de 7 mois de son troisième conjoint.

Elle a arrêté sa scolarisation précocement et n'a jamais travaillé.

Madame N. est issue d'une fratrie de 8 enfants dont elle est la cadette. Son enfance est marquée de placements répétés en famille d'accueil dès les premiers mois de sa naissance. Les raisons des placements successifs sont floues. Cependant Madame N. a pu évoquer un climat de violences parentales et de consommations d'alcool.

Madame N. est retournée vivre au domicile parental vers l'âge de 16 ans, période autour de laquelle son père est décédé d'un cancer dont elle ne connaît pas l'origine. L'évocation de ce décès est très douloureux pour Madame N., elle se mure systématiquement dans le silence à chaque tentative.

Malgré des séparations répétées durant son enfance, Madame N. est toujours restée en lien avec sa mère avec qui elle garde des relations très régulières. Cependant, la relation semble ponctuée de conflits récurrents.

La retranscription de son histoire familiale personnelle est difficile, le discours est désorganisé sur un plan chronologique et il existe de nombreuses incohérences dans les liens intergénérationnels.

3. Contexte de la naissance de Maëlys

Madame N. a quitté le domicile de sa mère au moment de sa 1^{ère} grossesse afin de s'installer avec le père de l'enfant. Celui-ci quitta le foyer familial avant la naissance d'Océane.

Elle rencontre ensuite le père de son deuxième enfant alors que Océane est nourrisson. Baptiste naît deux ans après le début de cette union.

Cette relation dure 3 ans. Elle est marquée par de nombreuses séparations, des violences et des consommations de toxiques de la part du père de Baptiste. Cet homme la quitta pour une autre femme et il envisagea rapidement après leur séparation un projet d'enfant avec cette nouvelle compagne.

Madame N. décrit cette rupture comme un véritable abandon. Elle se dit sous son "emprise", et malgré la séparation, son ex compagnon reste très présent dans ses choix de vie et pour les enfants. Elle décrit des comportements en miroir des siens.

Madame N. se met également en couple très rapidement après cette rupture. Au bout de quelques mois, elle entreprend une grossesse avec son compagnon.

A 4 mois de cette grossesse, Madame N. reste envahie d'une ambivalence vis-à-vis de sa relation actuelle et vit toujours difficilement la rupture avec son ex conjoint. Celui-ci reste d'ailleurs très présent et menace Madame N. de rompre totalement les liens à l'annonce du maintien de cette grossesse.

C'est à cette période que Madame N. fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Elle est alors hospitalisée en soin libre dans le service de psychiatrie de son secteur durant 1 mois.

Plusieurs tentatives de suicide auraient eu lieu dans des contextes similaires. Une reprise de suivi au Centre Médico Psychologique (CMP) du secteur de psychiatrie Adulte est organisée au décours de cette hospitalisation avec un psychiatre et une psychologue. L'adhésion au suivi est faible d'après le secteur. L'alliance reste précaire malgré des contacts fréquents liés aux différents gestes suicidaires. Madame N. se présente irrégulièrement aux rendez-vous proposés.

Le CMP interpelle alors l'EMPPE.

4. Premiers contacts

La 1^{re} rencontre est réalisée par une psychologue et le pédopsychiatre responsable de l'unité EMPPE.

Madame N. est déjà connue du secteur de pédopsychiatrie par le biais du suivi de sa fille Océane. Celle-ci présente un retard de développement psycho affectif. Un suivi avec la PMI et l'Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) est en cours. Une Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) est présente au domicile pour aider cette mère.

Madame N. est à son 7^{ème} mois de grossesse lorsque l'équipe de périnatalité la rencontre. Elle est accompagnée de sa mère et demande à ce que celle-ci reste durant l'entretien. Elle est présentée comme son soutien familial principal.

Durant l'entretien, Madame N. a une présentation déprimée et très immature. Elle est très inhibée, parle à voix basse et de façon monotone, elle est ralentie sur le plan psycho-moteur et laisse souvent sa mère s'exprimer à sa place. Le discours est pauvre, centré sur sa difficulté à accepter la rupture avec son ex conjoint. Les émotions décrites sont peu construites, donnant une impression d'inauthenticité voire de froideur.

La décision de grossesse est évoquée comme un "faire comme" son ex conjoint et peu intégrée à un projet de couple. Le père est d'ailleurs peu représenté dans le discours.

A un terme pourtant avancé, le bébé à venir est très peu présent spontanément dans le discours. La grossesse nous semble peu investie et source de projections négatives. En effet la compagne de son ex conjoint n'ayant pas poursuivi sa grossesse, la sienne aurait acté une rupture définitive pour le père de Baptiste.

L'ambivalence quant au choix de grossesse était au premier plan et l'élaboration autour de cette question limitée.

Au décours de cet entretien, une prise en charge soutenue en psychiatrie périnatale paraissait indispensable. Il fut proposé à cette maman un suivi avec un binôme constitué d'une psychologue et d'une psychomotricienne, la même équipe se chargeant de poursuivre le suivi à la naissance du bébé. Le conjoint de Madame N. était incité à venir s'il le souhaitait. Par ailleurs, la possibilité d'une hospitalisation mère-bébé à la naissance de sa fille était évoquée.

Madame N était très réticente au suivi et malgré de nombreuses propositions de rendez-vous au centre de consultation et/ou à domicile, les absences en consultation se sont répétées.

Finalement, Madame N présenta une menace d'accouchement prématuré (MAP) à 33 semaines d'aménorrhées (SA) et accoucha prématurément à 36 SA de sa fille Maëlys sans autre complication. La dyade a pu sortir de la maternité 15 jours après l'accouchement.

5. Prise en charge proposée

L'ensemble des entretiens s'est déroulé en binôme (psychologue/interne + psychomotricienne). Les deux premiers mois, les visites se faisaient au domicile. Madame N. annulait régulièrement les visites. La PMI rencontrait plus régulièrement Maëlys et ses parents.

Le couple et les trois enfants vivaient dans un logement peu salubre dont les pièces exiguës empêchaient toute forme d'intimité. La famille était en attente d'un nouveau logement.

A chacune de nos visites, Maëlys était positionnée dans un hamac sur le canapé en face de la télévision, avec ses frère et sœur. Il n'y avait aucun jouet à proximité. Le plus souvent Maëlys dormait, sinon elle gardait les yeux ouverts la tête systématiquement tournée du même côté. Maëlys restait toujours très silencieuse et quasi immobile. Sa mobilisation confirmait l'asymétrie posturale et une hypotonie globale. Sa maman nous informait de sa difficulté à prendre du poids.

Nous rencontrions également souvent les autres enfants.

Océane âgée de 5 ans ½ présentait un retard de langage, elle avait un contact adhésif et familier (demande de bisous, monte sur nos genoux) dès notre première rencontre. Ceci perdura, malgré nos tentatives de remettre une distance plus adaptée. Elle semblait en incapacité de différer ses demandes, ni de rester seule le temps d'une discussion entre adultes.

Baptiste âgé de 2 ans 1/2 présentait un retard dans l'acquisition du langage. Il avait lui aussi une tendance au "collage" de l'adulte, mais de façon moins insistante. De la même façon, il présentait une grande difficulté à maintenir une distance physique avec sa mère et à accepter de différer ses demandes. Il arrivait que devant l'absence de réponse de sa mère, il puisse grimper sur elle, malgré les contestations de celle-ci.

Quelques semaines après son accouchement, Madame N. évoquait une irritabilité de plus en plus importante et une hyperémotivité. Elle se trouvait peu disponible psychiquement pour ses enfants. Ses préoccupations restaient essentiellement centrées sur sa relation de couple conflictuelle et sa relation précédente.

Après plusieurs semaines du premier contact, nous rencontrions le père de Maëlys au domicile. Celui-ci se montra accueillant, mais très réticent au suivi. Très vite, il exprima son incompréhension d'intégrer sa fille au suivi maternel. Son discours était peu orienté vers les besoins de sa fille.

Il reconnaissait en revanche la nécessité du suivi de sa compagne et remettait en cause ses compétences maternelles. Il existait des dissensions éducatives importantes, notamment concernant les autres enfants de Madame N.

Les rendez-vous ont pu s'organiser ensuite sur le centre de consultation. Le père de Maëlys demandait à être présent aux entretiens, mais il n'a pas été perçu chez lui une adhésion aux soins portés à sa fille. Il s'exprimait largement en entretien et orientait souvent le discours sur le fonctionnement maternel et les difficultés de couple. En sa présence, Maëlys toujours silencieuse, maintenait son regard comme agrippé à lui et le suivait au son de sa voix. Elle ne montrait aucun intérêt envers l'équipe la rencontrant régulièrement, et très rarement envers sa mère.

Il était observé un papa qui parlait beaucoup à sa fille et dont le portage était de bonne qualité.

Cependant il était souvent dans une attitude d'hyperstimulation non ajustée et peu adaptée à l'âge de sa fille (musique très forte, manipulation brusque et sans la regarder, lui tend un mouchoir...).

Pour son père, Maëlys allait " bien " et les observations concernant son développement étaient associées à des particularités individuelles ou en lien aux difficultés maternelles.

Il se présentait comme la figure d'attachement principal de Maëlys. Et nous retrouvions en effet un bébé plus animé au contact de son père.

Madame N. restait très silencieuse en présence de son compagnon, à l'écart des discussions. Même seule, les interactions relationnelles étaient pauvres sur le plan affectif, il lui était difficile d'initier des échanges simples ou ludiques avec Maëlys. Le portage manquait de contenance et les soins réalisés au bébé étaient le plus souvent opératoires.

A 4 mois de suivi, le constat d'une prise en charge discontinuée, marquée par des absences injustifiées parfois de plusieurs semaines a été posé. Les observations montraient toujours un bébé peu expressif bien que quelques sourires réponses dirigés vers le tiers pouvaient apparaître. La motricité spontanée était pauvre. Maëlys présentait toujours une attitude vicieuse avec une mobilisation préférentielle de l'hémicorps droit. Il existait un trouble du tonus avec une hypotonie des membres inférieurs, et une hypertonie postérieure. Les agrippements visuels étaient moins présents.

En entretien, le père de Maëlys la positionnait régulièrement assise sur ses genoux. Cette posture générait systématiquement des balancements d'avant en arrière interprétés par son père comme un "jeu". Malgré nos recommandations concernant le respect des étapes de développement des bébés, aucune remise en question n'était envisagée.

Au rythme des conflits de couple et des séparations, Maëlys était parfois emmenée par son père hors du domicile familial. Certains rendez-vous ne se faisaient qu'avec la présence seule de Madame N.

A plusieurs reprises, des soins plus intensifs, notamment en hospitalisation mère-bébé, étaient proposés. Ce qui était toujours refusé par les parents.

Devant l'ensemble de ces inquiétudes concernant Maëlys et la difficulté à mettre en place le suivi, une information préoccupante fut écrite par notre service conjointement à la PMI.

Une Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) de 6 mois fut ordonnée. Le juge des affaires familiales demanda également la persistance et le suivi des soins proposés pour le bébé. A 6 mois, une audience avec l'ensemble des éléments nouveaux devait venir confirmer la décision d'AEMO ou demander un placement.

Le papa de Maëlys exprima son opposition et un vécu de préjudice auprès de notre service. Il se montrait méfiant vis-à-vis de la PMI et restait réticent aux soins de périnatalité. Aucune inquiétude concernant le développement de Maëlys n'émergea.

Le renforcement des soins par les professionnels de périnatalité (PMI et psychiatrie périnatale) fut donc proposé aux parents. Les deux services organisèrent un suivi conjoint avec une alternance des rendez-vous pour une évaluation de Maëlys chaque semaine. Le passage d'un TISF était maintenu à raison de deux fois par semaine. Il était proposé que ce professionnel puisse accompagner Madame N. au rendez-vous dédiés à Maëlys.

Au vu des conflits de couple et des tensions existantes en présence des deux parents, il était proposé une alternance dans les rendez-vous mère-bébé et parents-bébé. Ainsi, nous souhaitions recentrer les soins sur les interactions et le développement de Maëlys.

Le binôme organisait le suivi autour d'un espace psychothérapeutique pour soutenir les compétences et interactions maternelles. Un temps de psychomotricité, était dédié au bébé.

Quelques progrès étaient observés dans le développement de Maëlys. Ils étaient souvent corrélés à une relative stabilité dans le couple. Elle présentait lors de ces phases, un meilleur contact, des regards et des sourires soutenus et adressés aux tiers.

6. Evolution

Le couple s'est séparé vers les 9 mois de Maëlys. Son père quitta le domicile familial brutalement. Maëlys n'eut plus aucun contact avec lui durant près d'un mois. Nous apprenions qu'il avait décidé de s'installer avec une nouvelle compagne avec laquelle il projetait une nouvelle grossesse.

Nous observions une maman alors très déprimée, désorganisée dans les soins et indisponible pour son bébé. La dégradation de son état clinique nous faisait craindre un geste suicidaire. Le service de psychiatrie adulte était interpellé. Il nous informait que le suivi avait été arrêté et orientait la patiente vers le service des urgences.

Il existait un retentissement très marqué sur Maëlys, les échanges avec sa mère et le tiers étaient pauvres, les soins étaient interrompus par des pleurs inconsolables et une intolérance aux stimulations. Il n'y avait plus d'exploration de l'environnement. Par ailleurs la maman de Maëlys évoquait des troubles dans sa prise alimentaire et des troubles du sommeil.

Le service de la PMI observait des éléments comparables concernant Maëlys.

Une décision de placement des 3 enfants en famille d'accueil fut prise par la justice. La demande de maintien des soins en psychiatrie périnatale était proposée, afin de soutenir le développement psychomoteur et affectif de Maëlys et de maintenir le travail autour des interactions mère-bébé.

Des soins plus intensifs ont donc pu s'organiser sur le secteur.

A partir du placement, Madame N. est venue aux rendez-vous de façon plus régulière et a commencé à évoquer sa propre histoire personnelle. Des questionnements autour de son propre placement dans l'enfance ont alors émergé.

Madame N., tout en exprimant sa souffrance de la séparation et sa détermination à "récupérer" ses enfants, elle évoquait aussi une forme de soulagement. Elle participait plus activement aux soins et essayait davantage d'initier les échanges avec sa fille. Il nous semblait qu'elle se confiait plus facilement sur ses difficultés relationnelles rencontrées avec Maëlys.

Par ailleurs, elle verbalisa que sa relation avec la grand-mère de Maëlys avait également changé, le placement de sa fille ayant été l'occasion de discussion à ce sujet.

Le papa de Maëlys ne souhaita pas participer aux soins. Il avait également des droits de visites avec sa fille qu'il tenait de façon irrégulière.

7. Points de réflexion autour de la prise en charge

Les particularités de la prise en charge de cette dyade sont en lien direct avec la pathologie maternelle et le dysfonctionnement du couple parental.

D'après les premiers échanges avec le secteur de psychiatrie adulte, Madame N. présentait un fonctionnement limite ancien. L'une des caractéristiques principale de son trouble était le sentiment de vide chronique ressenti par la patiente et qu'elle faisait vivre aux soignants. Il était associé à une dépendance à l'autre extrême et une immaturité affective très marquée. Ces traits affectaient fortement le processus thérapeutique et généraient un vécu d'impuissance et d'épuisement dans leur équipe.

Nos observations et nos échanges au cours du suivi étaient également caractérisés par ce vide. Que ce soit concernant ses capacités élaboratives ou dans les échanges avec sa fille et les professionnels. Son discours était centré sur ses relations sentimentales et sur une demande inconsistante et incessante d'aide et de soutien de la part des soignants, de sa famille ainsi que de ses compagnons.

Ses propres difficultés ont eu tendance à éclipser celles de Maëlys, ce qui a certainement généré un retard dans ses soins.

Sur le plan thérapeutique, nos propositions de soins étaient quasi systématiquement mises en échec par des absences répétées et un apragmatisme patent. Dans la relation thérapeutique, ceci a souvent eu tendance à créer un sentiment d'abattement et d'impuissance, motivant de nombreuses synthèses en interne et une consolidation du partenariat avec le service de PMI.

Le parallèle dans sa relation avec Maëlys était envisagé. En effet, nous observions un bébé souvent absent, ne sollicitant jamais l'adulte, anormalement silencieux et immobile pour son âge. En miroir de ce qu'a pu nous faire vivre Madame N, il nous semblait voir un bébé tentant de se rendre invisible à côté d'une mère débordante. Comme si Maëlys avait cédé la place à sa mère faute de n'avoir jamais été entendue.

Cependant, au bout de plusieurs mois et malgré la réticence initiale, par le biais du travail autour de la périnatalité, il a pu être observé au fil des mois une adhésion et une ébauche d'alliance dans les soins. Il nous a semblé que Madame N. avait pu trouver un espace suffisamment empathique et contenant avec elle, pour lui permettre de se pencher sur son bébé. Certains besoins évolutifs de son enfant ont alors pu être intégrés. En séance, il était souvent questions de soutenir chez cette maman les sentiments de compétence et de responsabilité parentale.

La prise en charge a néanmoins été très difficile, marquée par l'instabilité, les difficultés d'élaboration, une faible compliance initiale au cadre proposé et sous tendue par l'inquiétude de l'équipe d'une rupture abrupte des soins.

Nous avons pu observer au sein même de l'équipe, des phénomènes de clivage nécessitant de rediscuter très régulièrement les enjeux de maintenir le suivi et l'assouplissement du cadre afin de l'adapter au fonctionnement particulier de cette mère.

Pour exemple, la question de maintenir certains entretiens malgré l'absence de Maëlys fut beaucoup discutée.

Il nous a semblé, dans cette situation, important d'assouplir le cadre habituel du suivi afin d'accompagner madame N. dans la séparation et de soutenir l'alliance et l'adhésion aux soins. Par ailleurs, durant ces entretiens, le binôme permettait de garder symboliquement le lien à Maëlys et l'espace qui lui était dédié. En effet, malgré son absence, les questions autour de son développement et de son fonctionnement au domicile étaient toujours abordées. De plus, un intérêt tout particulier était porté à la perception que Madame N. pouvait avoir concernant le vécu de Maëlys. Que ce soit face aux conflits parentaux, à l'absence d'un des deux parents du domicile ou à l'humeur de sa mère. Nous tentions très progressivement de développer les capacités de Madame N. à "se mettre à la place" de sa fille et ainsi de favoriser l'empathie à son égard. Ainsi, nous pensions pouvoir continuer de faire exister Maëlys malgré son absence et surtout en sa présence.

Le travail psychothérapeutique était également orienté vers son désir de grossesse, son vécu de femme enceinte, les projections sur sa fille et son rôle de mère. Au cours de certains de ces entretiens, de nouveaux éléments biographiques ont pu émerger, notamment son rapport à sa propre mère et le décès de son père.

Tout au long du suivi, l'intérêt du binôme était particulièrement remarqué. Il a permis de diffracter les projections à l'encontre des soignants et de garder un regard sur le développement de Maëlys tout en limitant les enjeux de rivalité.

Malgré l'instabilité et l'irrégularité initiales du suivi, Madame N. a finalement pu s'ancrer dans les soins proposés. En effet, nous observions au fil du suivi de moins en moins d'absences, Madame N. semblait adhérer progressivement aux soins avec une relative continuité, même en dehors des phases aiguës. L'émergence d'une réflexion autour de sa propre famille, sa place dans la fratrie et vis-à-vis de sa propre mère a pu naître. La question de la répétition en lien à son placement nourrisson était au cœur de ses interrogations.

En revanche, les relations entretenues avec ses différents conjoints étaient peu élaborées. Madame N. semblait revivre perpétuellement des histoires semblables d'abandons à l'issue de rapports conflictuels voire violents. Toutes avaient amenées Madame N. à entamer rapidement une grossesse, comme une tentative de maintenir le lien dans ses relations chaotiques et de combler physiquement le vide. Cependant, on observait qu'après leur départ, les deux derniers compagnons de Madame N. s'étaient tous deux engagés dans une relation dans laquelle un projet de grossesse était rapidement évoqué.

L'annonce de ses grossesses était vécue très douloureusement par Madame N. et semblait non seulement venir acter la rupture, mais aussi réactualiser un sentiment profond de rejet. L'annonce d'un nouvel enfant par le père de Baptiste, avait notamment beaucoup déstabilisé Madame N. Dans son récit, nous comprenions que, de façon très réactionnelle, c'est ce qui l'avait amenée à initier la grossesse de Maëlys avec son troisième conjoint.

Cependant, cette grossesse avait finalement été source d'une violente réaction de rejet de la part du père de Baptiste et mal tolérée par Madame N. A cette période, Madame N. avait fait une tentative de suicide et était hospitalisée en psychiatrie. A notre rencontre, elle n'avait un accès que très partiel à son ambivalence vis-à-vis de cette grossesse.

Tout semble s'être passé comme si l'enjeu de la grossesse était plus relationnel que porté sur l'enfant à naître.

Les précédentes grossesses étaient peu évoquées durant le suivi de Madame N. A la différence de Maëlys, il n'y avait pas eu de complications obstétricales. Elle mettait en avant néanmoins ses difficultés quant à supporter la solitude à la naissance d'Océane. Elles décrivaient ses deux premiers enfants comme "hyperactifs" et nécessitant sa présence de façon quasi constante.

Malgré l'instabilité et l'irrégularité initiales du suivi, le travail en réseau a également soutenu la prise en charge de façon considérable. Il a en effet permis de décaler la question sociale afin de se centrer sur les soins à proposer autour des interactions et de Maëlys. Il était convenu avec les parents que nous communiquerions toute information jugée inquiétante concernant Maëlys. A chaque rédaction d'un écrit, les deux parents en étaient avertis et une lecture était organisée.

Les temps de synthèse entre partenaires se sont également avérés précieux. Ils ont permis à l'ensemble des soignants de psychiatrie, de la PMI et aux travailleurs sociaux de maintenir une vision globale sur la situation et de porter un regard attentif sur Maëlys qui avait tendance à être "avalée" dans le fonctionnement parental.

La dégradation de l'état de Maëlys, constatée par l'ensemble des professionnels, à des niveaux différents, a eu pour conséquence la rédaction d'un écrit collectif portant sur les inquiétudes observées, tout en intégrant l'intérêt pour l'enfant de poursuivre des soins conjoints parent-bébé.

Deux limites principales à cette prise en charge peuvent être pointées:

Tout d'abord, le manque d'échange clinique avec le secteur adulte en dehors de l'orientation initiale et des périodes à risque suicidaire peut être signalé.

Les soins dispensés en période périnatale sont temporaires. Ils doivent nécessairement être intégrés aux soins de secteurs de psychiatrie adulte et enfants. La collaboration avec les secteurs doit donc rester une priorité si l'on espère poursuivre les soins sur le long terme.

Malheureusement dans cette situation, aucune synthèse n'a pu être réalisée en commun afin d'élaborer ensemble un projet de soin plus pertinent à la problématique de Madame N. Les soins de psychiatrie périnatale encore mal intégrés aux circuits habituels du secteur adulte sont probablement en cause. Cependant, après l'orientation vers de nouveaux soins, une forme de découragement de la part du secteur était perçue.

La pathologie maternelle n'y est sans doute pas pour rien.

Peut-être était-ce le fait d'un phénomène de clivage, déjà observé au sein de notre unité et/ou en lien à l'épuisement des équipes dans l'élaboration d'un projet de soins à maintenir et renouveler dans le temps. Au vu du nombre d'intervenants mobilisés pour la dyade, l'énergie nécessaire dédiée à créer l'alliance et au maintien de l'adhésion aux soins, cela semble presque inévitable.

En cela, l'enjeu de la protection de l'enfance propre au suivi périnatal semble être un appui solide au maintien de la mobilisation des soignants.

Secondairement, nous n'avons jamais pu construire une alliance avec le père de Maëlys. Il est possible que son absence dans le projet de soin initial ait contribué à limiter les possibilités d'alliance et d'adhésion dans le suivi ensuite.

Les tensions dans le couple et les disqualifications maternelles ont amené l'équipe à proposer des entretiens séparés. Le père de Maëlys n'a malheureusement jamais accepté d'entretiens père-bébé dans ce sens. Il semblait avoir de grandes difficultés à percevoir et/ou accepter le retard de développement et la souffrance psychique de Maëlys.

Pourtant il a pu être observé que Maëlys se montrait plus animée, explorant davantage son environnement et plus disponible dans les interactions en présence de son père. Cela laissait à penser qu'il lui offrait la sécurité nécessaire à son développement.

B. Madame L. et Karim

1. Présentation du service

L'Unité d'hospitalisation mère-bébé est située au sein du Centre Hospitalier Régional et Université (CHRU) de Lille. Il s'agit d'un centre de recours régional. Ce service est constitué d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels issus de la psychiatrie adulte, de la pédopsychiatrie et de la pédiatrie.

Le service comprend une unité d'Hospitalisation Mère-Enfant temps plein (HME) permettant l'admission de 4 dyades en même temps. Chaque chambre dispose de deux espaces distincts et communicants pour la mère et pour le bébé. Ces deux espaces sont accessibles indépendamment par l'équipe soignante.

Au sein du même bâtiment, existe aussi un Hôpital De Jour (HDJ), pouvant accueillir jusqu'à 4 dyades différentes.

Cette disposition des unités, propre à ce service, permet une certaine souplesse dans le cadre des soins par la possibilité d'un travail conjoint entre l'équipe de l'HME et de l'HDJ. Il est ainsi possible d'adapter la contenance du cadre thérapeutique en fonction des besoins de chaque dyade.

Cette souplesse s'avère particulièrement intéressante dans le cadre de la prise en charge des mères présentant un trouble de personnalité borderline.

Aux unités d'hospitalisation, s'ajoute une équipe de liaison périnatale, intervenant à la maternité Jeanne de Flandres du CHRU.

Par ailleurs, une partie de l'équipe du service d'hospitalisation et de la liaison est issue du service de psychiatrie périnatale ambulatoire de secteur.

La particularité de ce service est donc qu'il est ancré au sein d'un réseau de soins bien organisé. En effet, le service collabore aisément avec les unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte, avec la maternité ainsi que les services de pédiatrie du CHRU. Un pédiatre intervient d'ailleurs 1 fois par semaine au sein de l'HME.

Le travail de collaboration avec les services de secteur de psychiatrie adulte et périnatale est la règle. Les soins dispensés en hospitalisation doivent ainsi pouvoir se penser dans la contibuité.

2. Éléments biographiques

Madame L. est âgée de 40 ans. Elle est adressée en consultation de pré admission de l'HDJ par l'équipe de liaison de périnatalité de la maternité Jeanne de Flandres. Les inquiétudes se portent sur un état d'épuisement physique et psychique de cette mère.

Elle est célibataire et n'a pas d'autre enfant. Elle est issue d'une fratrie de 9 enfants. Ses frères et sœurs vivent dans la région, ils entretiennent des contacts réguliers. Ses deux parents sont décédés, son père d'une chute accidentelle il y a 5 ans et sa mère d'un cancer 2 ans plus tard.

Elle aurait présenté plusieurs épisodes dépressifs et une tentative de suicide dans son adolescence. Elle est suivie depuis 8 ans par un psychiatre libéral à un rythme d'une fois tous les 15 jours.

Dans ses autres antécédents, on note une épilepsie pharmaco résistante traitée par lobectomie temporale droite à l'âge de 30 ans et actuellement contrôlée par Tégrétol.

Elle travaille comme femme de ménage dans la même structure depuis de nombreuses années. Son lieu de travail est très investi, considérant les membres de son équipe comme sa propre famille.

3. Contexte de la naissance de Karim

Madame L. entretenait une relation décrite comme "sans engagement" avec un homme depuis environ 10 ans. Elle évoque un désir de grossesse ancien et une pression maternelle à l'annonce de son cancer. D'autant plus qu'elle avait réalisé deux interruptions volontaires de grossesse (IVG) avec un conjoint antérieur.

Bien que son ex conjoint se soit toujours montré réticent vis à vis d'une éventuelle grossesse, le couple s'est inscrit dans une demande de Procréation Médicalement Assistée (PMA). Cependant, d'après les comptes rendus médicaux, son conjoint ne se serait pas présenté aux différents rendez-vous. Madame L. n'a jamais évoqué spontanément ce parcours de PMA en entretien.

Dans son récit, elle nous évoquait qu'une intervention au niveau de ses trompes lui aurait permis de tomber enceinte de Karim. Cette intervention aurait été évoquée dans le couple, en lien à son désir de grossesse. Cependant, Madame L. nous rapportait avoir évoqué avec son conjoint une intervention au niveau des trompes avec le risque plus important d'être enceinte. Ce dernier, selon elle, n'aurait pas insisté pour des rapports protégés.

En début de grossesse, l'ex conjoint de Madame L. l'aurait incitée à réaliser une IVG. Devant la poursuite de la grossesse, il aurait décidé de rompre leur relation et n'a finalement pas reconnu l'enfant.

La grossesse était marquée par un "burn out" professionnel et l'introduction d'un traitement antidépresseur par son psychiatre. Ce traitement fut arrêté à 32 SA. L'accouchement de Madame L. s'est déroulé sans complication obstétricale et Karim est né à terme en bonne santé.

4. Premiers contacts

Le premier contact avec l'équipe de psychiatrie périnatale se fait à la maternité devant des signes d'angoisses, une tristesse et le repérage d'un isolement socio familial. Une hospitalisation à domicile (HAD) se met alors en place par les Sages-femmes et dure 3 semaines. Les professionnels interpellent l'HDJ devant la persistance des inquiétudes initiales au domicile et des difficultés d'investissement et de reconnaissance de Karim.

Durant le premier entretien, Madame L. évoque un épuisement physique depuis le retour au domicile, des angoisses insomniantes et une difficulté à reconnaître Karim comme son fils. A sa naissance, elle décrit avoir eu "un mouvement de recul" devant la pâleur de sa peau et la couleur claire de ses cheveux en opposition avec les traits parentaux. Madame L. confiait avoir un vécu d'étrangeté face à ce bébé qui n'était "ni sa mère ni son père". Elle ne "se sentait pas mère" et vivait difficilement le contraste entre cette réalité et l'idée qu'elle se faisait dans son projet de devenir mère.

Par ailleurs, il existait une culpabilité à l'ensemble de ce vécu et des angoisses d'être "nocive" pour son bébé.

Concernant Karim, Madame L. le décrivait comme un enfant dont la qualité de sommeil était précaire, avec des phases courtes d'un sommeil léger et des phases de sommeil profond dont elle n'arrivait pas "à l'extraire". Madame L. avait choisi l'allaitement maternel exclusif afin de renforcer le lien avec Karim, mais la prise de poids était insuffisante. Le rôle du traitement maternel par Tégrétol était suspecté. Le suivi pédiatrique avait été renforcé dans ce contexte, et un allaitement mixte allait se mettre en place.

Des préoccupations maternelles ajustées étaient présentes dans le discours et Madame L. était en demande d'accompagnement.

5. Prise en charge proposée

Une HME était finalement proposée pour la dyade. Karim avait alors 1 mois et 1 semaine.

Au début de cette hospitalisation, le tableau clinique de Madame L. mettait en avant une symptomatologie anxio-dépressive avec une tristesse de l'humeur, une culpabilité et de fortes angoisses peu accessibles à la réassurance. Durant les entretiens, le discours était rigide, fondé sur un vécu de solitude et "d'abandon" de son entourage amical et familial. L'absence de ses parents en soutien était vécu comme un élément insurmontable dans cette période et Madame L. avait la conviction que sa fratrie, jamais assez présente, désinvestissait le lien depuis le décès parental. L'élaboration autour de son fonctionnement personnel et familial était inaccessible.

Après avis auprès du psychiatre libéral de Madame L. un traitement antidépresseur compatible avec l'allaitement était introduit.

Concernant Karim, on observait un bébé hypervigilant, présentant en effet des troubles du sommeil importants et une difficulté dans les prises alimentaires impactant la prise de poids. Il s'agissait d'un bébé manifestant fréquemment un inconfort, avec des pleurs inconsolables parfois pendant plusieurs heures, nécessitant d'élargir les mesures de contenance jusqu'à un emmaillotement serré. Karim présentait un évitement relationnel et des troubles du tonus avec notamment une hypertonie postérieure prononcée.

Devant ces éléments, il était proposé à Madame L. de passer à un allaitement artificiel afin d'éliminer un possible effet du Tégrétol et de la nicotine dans le lait maternel.

Madame L. l'accepta difficilement, l'allaitement étant investi comme un moyen d'établir le lien avec son bébé. Les difficultés rencontrées lors des prises alimentaires constituaient pour elle, un rejet de Karim de son contact. Les paroles de Madame L. à l'encontre de son bébé étaient, dans ces moments, empreints de projections très agressives difficiles à contenir par l'équipe.

Il était observé une inconstance dans le rapport de Madame L à Karim. Dans les moments d'angoisses notamment, elle cherchait un contact physique prolongé avec son fils. Cela créait des discontinuités dans le rythme de Karim, allant jusqu'à interrompre son cycle de sommeil. Au décours, Karim manifestait de longs épisodes de désorganisation difficiles à contenir. Ses pleurs majoraient le désarroi de sa mère en renforçant son vécu d'incompétence. Dans les propos de Madame L. adressés à son fils, on retrouvait comme une volonté de la part de Karim de disqualifier sa mère. Cette "fusion" se soldait régulièrement par un rejet et une mise à distance de Karim. L'équipe soignante devait fréquemment intervenir et prendre le relai.

Régulièrement, aux moments de transition de phase (endormissement, réveil, alimentation), alors que Karim aurait légitimement nécessité le réconfort de sa mère, il était observé une impatience et une indisponibilité de Madame L. pour lui permettre de s'apaiser. Là encore, l'équipe devait intervenir et parfois prendre le relai dans les soins du bébé.

Après 15 jours d'hospitalisation, et une amélioration clinique émergente, une sortie d'hospitalisation était organisée à sa demande. Un relai par une HDJ était programmé à raison de 2 jours/semaine. S'y associaient la poursuite des soins par son psychiatre libéral et un accompagnement de la PMI. Une TISF intervenant à domicile était également prévu à raison de 2 fois par semaine.

Moins de 10 jours après la sortie d'HME, une nouvelle hospitalisation était organisée. Madame L. exprimait une grande difficulté à rester seule au domicile avec son fils. L'humeur s'était franchement déprimée et les ruminations anxieuses étaient envahissantes. Madame L. se trouvait de nouveau épuisée, n'arrivant pas à s'octroyer un espace à elle.

Madame L. décrivait un bébé très "difficile" qui ne "voulait pas la laisser dormir". Karim était plus encore un objet persécutant pour sa mère. En miroir de la dégradation clinique de Madame L., nous observions de nouveaux des signes de souffrance chez Karim.

Devant les difficultés à envisager un retour au domicile serein pour la dyade, un projet d'Accueil Provisoire pour Karim était construit avec sa mère.

Ce projet avait pour objectifs de soutenir des interactions de meilleure qualité en réduisant les discontinuités provoquées par le fonctionnement de Madame L., de favoriser ainsi un lien sécurisant pour Karim et de permettre à Madame L. de garder un espace à elle afin de se restaurer en dehors de son rôle maternel.

Au cours de cette hospitalisation d'un mois, le traitement antidépresseur était majoré et une anxiolyse instaurée. Le travail psychothérapeutique était orienté vers les projections maternelles, l'élaboration autour du fonctionnement de personnalité et l'émergence d'une conscience plus fine de la boucle interactionnelle mise en place avec Karim. L'ajustement aux besoins de Karim et le respect de son rythme étaient soutenus.

Dans le cadre du projet de l'AP et afin de permettre une mobilisation familiale, une rencontre avec la famille de Madame L. s'organisa. Les sœurs de Madame L. soutinrent ce projet et réaffirmèrent leur position d'aidant familial. Cependant, elles ne souhaitaient pas s'engager dans l'accueil de Karim.

A l'image des interactions observées avec Karim, la famille souligna des difficultés à soutenir Madame L. et était régulièrement rendue coupable d'un manque d'investissement dans leur lien. En effet son positionnement était décrit comme alternant entre des positions régressives voire infantiles et des attitudes agressives vis-à-vis d'elles. Elles ne souhaitaient pas renforcer les tensions existantes.

La position familiale participa à déstabiliser ce projet, pour lequel Madame L. montrait de plus en plus d'ambivalence.

La sortie de l'unité s'organisa après 1 mois d'hospitalisation, devant une amélioration clinique franche de Madame L. et Karim. Comme lors de la précédente hospitalisation, la sortie était demandée par Madame L. Cependant, elle exprimait une forte anxiété anticipatoire au retour au domicile et exprimait la persistance d'éléments d'inquiétudes pour l'équipe.

En plus de la poursuite du projet d'AP par la PMI, les mêmes conditions de sortie étaient proposées.

Une dizaine de jours après le retour au domicile, de nouveau Madame L. présenta un état d'épuisement psychique et physique. Le projet d'AP avait été mis à mal par Madame L dont l'alliance avec la PMI était très précaire.

Une troisième hospitalisation se décida.

Elle eut pour objectif de préparer et soutenir l'intérêt d'un AP afin de minimiser le risque d'épuisement dans les soins de Karim.

Dans ce sens, le cadre de l'hospitalisation était réaménagé : Des temps intra-hospitaliers durant lesquels Madame L. prenait en charge de façon continue les soins de Karim, sans intervention de l'équipe, alternaient avec des temps extrahospitaliers dans le cadre de permissions seule au domicile.

Cet aménagement avait été pensé avec Madame L. afin de coller au plus près du fonctionnement de l'AP.

Madame L. continuait de manifester une forte ambivalence vis-à-vis de l'AP, faisant souvent référence à la position prise par la famille et réinterrogeait sans cesse le cadre des soins mis en place. Elle exprimait sa difficulté à supporter la solitude à son domicile où elle ressentait une forte culpabilité et le sentiment d'abandonner son fils. Son vécu contrastait avec une bonne tolérance des séparations de la part de Karim.

Par ailleurs, Madame L. poursuivait son suivi avec son psychiatre. Malgré les préconisations de maintien du traitement en place, un switch thérapeutique était organisé à la demande de Madame L.

Finalement, la sortie du service s'est réalisée prématurément, de nouveau à sa demande et en dehors des horaires de présence de sa référence médicale. Un entretien médical était organisé à quelques jours de la sortie. Madame L. refusait de poursuivre le projet d'AP et en avait fait part à la PMI. Par ailleurs, elle évoquait avoir réussi à mobiliser davantage sa famille et souhaitait engager un contrat de garde avec une assistante maternelle de proximité qu'elle connaissait.

Madame L. poursuivait ses soins individuels et acceptait le relai des soins de psychiatrie périnatale sur son secteur.

Au vu de la rupture brutale des soins, du risque déjà observé d'un nouvel épuisement maternel avec des conséquences graves sur le développement de Karim, une information préoccupante relayant l'ensemble des éléments observés au cours des différentes hospitalisations était écrite. La PMI avec qui l'alliance n'avait jamais pu se construire, y ajouta ses éléments d'observation.

Malgré l'intérêt souligné du maintien du lien mère-bébé par notre équipe, la décision de justice fut en faveur d'un placement de Karim dans une famille d'accueil. La demande de la

PMI allait dans ce sens contrairement à notre écrit. Nous avons décidé d'écrire à la PMI, eux ont décidé d'emblée d'en faire part au juge.

Au décours d'un processus judiciaire dans laquelle Madame L. s'engagea contre cette décision, elle obtint la garde de Karim. Le suivi avec la PMI s'interromput, Madame L. continua le suivi en périnatalité sur son secteur.

Par ailleurs, elle continua de venir régulièrement au niveau du service d'hospitalisation pour donner des nouvelles rassurantes les concernant.

6. Points de réflexion autour de la prise en charge

Là encore, l'enjeu des soins proposés à la dyade devait s'ajuster au fonctionnement rigide de la personnalité maternelle, sans méconnaître l'impact sur le développement du bébé.

La particularité du fonctionnement de personnalité de Madame L. se situe dans l'agressivité de son rapport à l'autre. Cela se répétait au sein des interactions avec sa famille d'origine, son compagnon ainsi que l'institution. Nous observions en effet, qu'il existait systématiquement un rapport de force dans lequel Madame L. tentait par tout moyen d'obtenir ce qu'elle voulait.

Les phénomènes de clivage et de projections étaient particulièrement présents. Il semblait que les mauvais objets étaient en retour, eux, soumis à cette agressivité jusqu'à ce qu'ils cèdent.

Les inquiétudes concernant les interactions de Madame L. et Karim portaient sur ce rapport de force qu'elle entretenait dans toutes ces relations, ainsi que les projections dont il pouvait être la victime.

Concernant le rapport à sa famille, les sœurs de Madame L. étaient décrites comme défaillantes dans leur rôle de soutien. La patiente les opposait à leurs parents décédés qu'elle idéalisait. Ses sœurs ont tenté de se protéger en se dégageant de la position d'accueillant pour Malek dans le cadre de l'AP. Finalement, Madame L. l'avait mis à mal, et après le placement judiciaire, les sœurs avaient finalement dû accueillir Karim sur une courte période.

Dans le rapport avec son ex-conjoint, on observait un mécanisme semblable, notamment, dans la conception de Karim. Madame L. a tout mis en place pour assouvir son désir de grossesse sans prendre en compte l'opposition de cet homme. La description qu'elle en fait est pourtant imprégnée d'un vécu de rejet et d'abandon de sa part à lui.

De la même façon, l'institution fut soumise à ces mêmes fonctionnements. La construction du projet d'AP durant trois hospitalisations consécutives n'a jamais pu se réaliser. Au-delà de

son ambivalence dans le choix d'une séparation avec Karim, il nous a semblé qu'elle souhaitait avant tout un investissement familial plus prononcé.

A l'image des interactions observées avec Karim, l'équipe soignante était régulièrement soumise aux difficultés pour Madame L. à trouver la bonne distance. Elle alternait entre une idéalisation des soignants, associée à une adhésion complète aux soins proposés et des rejets violents de cette même équipe. Ces attitudes contraires étaient fréquemment associées à une forte culpabilité. Elle donnait l'impression qu'elle vivait les réajustements comme des mises à l'épreuve voire des disqualifications de ses compétences maternelles. Comme pour se défendre de ses projections, Madame L. nous répétait alors "je suis une bonne mère".

Le cadre du service et les aménagements organisés afin de maintenir les soins, bien que respectés étaient régulièrement discuté en entretien, notamment dans les phases de recrudescence anxieuse. Cela amenait une tension dans le lien thérapeutique, faisant craindre une rupture brutale des soins.

De nombreuses questions au sein de l'équipe ont également émergé concernant le fonctionnement de madame L. et la protection de Karim.

A l'image de l'ambivalence et du clivage retrouvés dans les échanges avec Madame L., nous étions également soumis par alternance à des mouvements émotionnels divergents, nécessitant de reposer clairement et fréquemment les objectifs de soins et de faire référence au cadre du service pour maintenir la cohésion de l'équipe.

Proposer des soins en cohérence avec les partenaires fut également très difficile. Le travail n'a dans cette situation jamais pu aboutir, laissant penser qu'à cet endroit encore un clivage était engagé. Madame L. avait bien investi le service tandis que la PMI était perçue comme le "mauvais objet". Entre les différentes équipes, le contact était étonnamment tendu et, bien qu'une synthèse ait pu s'organiser, cela n'a pas permis d'aboutir à un suivi conjoint et une compréhension plus globale du fonctionnement de Madame L.

Des désaccords concernant les risques pour Karim ont persisté aboutissant à une interpellation en urgence du procureur par le service de PMI.

Cependant, et malgré les difficultés rencontrées dans la prise en charge, Madame L. semble avoir trouvé au sein de l'unité un soutien suffisamment solide et empathique pour lui permettre de maintenir des soins prolongés. A chaque épisode anxieux, elle a sollicité spontanément l'équipe qui a pu répondre de façon adaptée permettant une réassurance. Le lien de confiance construit progressivement grâce à la solidité du cadre face aux attaques répétées a également permis l'émergence d'une remise en question de la boucle interactionnelle initiale. La possibilité d'ajuster la contenance institutionnelle en oscillant entre une prise en charge temps plein et de jour, a en effet permis de poursuivre les soins et d'accompagner la dyade malgré l'instabilité émotionnelle maternelle.

Madame L. était un peu plus sensible aux besoins de Karim et respectait davantage son rythme. Les projections directement adressées à Karim étaient verbalisées et critiquées de façon plus spontanée auprès de l'équipe. L'amélioration de l'état psychique de Madame L. et de la qualité des interactions impactait directement Karim. Les éléments d'inquiétudes observés en début d'hospitalisation se sont largement amendés.

PARTIE IV : SOINS SPÉCIFIQUES DE LA DYADE EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE

“L’un des pièges de l’enfance, c’est qu’il n’est pas nécessaire de comprendre quelque chose pour le sentir. Et quand la raison devient capable de saisir ce qui se passe autour d’elle, les blessures du cœur sont déjà trop profondes. »

C. Ruiz-Zafón, L’ombre du vent

I. INTRODUCTION

La plupart des femmes, à l’occasion d’une naissance, et spécialement la première fois, traversent une période de grande vulnérabilité psychique. Cette phase couvre la durée de la grossesse et les premiers mois de la vie de l’enfant.

Des processus intérieurs se mettent en place, dont la transparence psychique et la préoccupation maternelle précoce. Ces mouvements pré et postnataux de la mère au bébé et réciproquement vont être à l’origine de la construction psychique du nourrisson, de ses capacités d’attachement et de son développement psychomoteur.

La période de grossesse, l’accouchement et l’exigence de construire des liens inédits avec le nouveau-né sont l’occasion d’une crise existentielle potentiellement maturative chez la plupart des femmes.

Comme nous l’avons vu, la maternité représente un moment de vie particulièrement déstabilisant pour les mères présentant un trouble de personnalité borderline.

Au-delà du risque de désorganisation psychique de leur fonctionnement habituel, la probabilité de présenter un épisode dépressif atypique per et/ou post partum augmente (85). Le risque de séparations précoces et prolongées avec leur bébé est important.

Il arrive aussi que le trouble de personnalité soit ignoré du malade et de son entourage. Ainsi, il n’est pas rare que la transition à la parentalité, de par la désorganisation et les difficultés massives à faire face aux besoins du nouveau-né, coïncide avec l’annonce du diagnostic et/ou le premier contact avec les services de psychiatrie.

La grossesse chez les femmes borderline n'entraîne généralement pas les réaménagements psychiques préparatoires attendus à l'accueil du bébé. Elle peut être hautement idéalisée, avec des sentiments de plénitude et de fusion avec le fœtus. Parfois la grossesse est vécue comme une expérience éprouvante ou étrange, les mouvements fœtaux et les modifications du corps sont mal supportés. Le suivi prénatal et obstétrical peut être irrégulier, compromettant là encore le processus de préparation à la naissance.

Les phénomènes d'identification au bébé inhérents au processus de parentalité peuvent s'avérer être, pour ces femmes, une confrontation douloureuse à leurs souvenirs infantiles. De même, leurs représentations parentales défailtantes semblent impossibles à réinvestir. Les capacités d'élaboration sont souvent mises à mal et la transparence psychique ne permet pas, dans ces cas, le remaniement identitaire attendu à l'arrivée d'un bébé. Le risque pour ces mères est de se sentir seules en présence de leur bébé. D'autant plus que celui-ci est identifié à une figure parentale "abandonnante" et "rejetante" (97).

En découlent des relations mères-bébés à risque de reproduire l'alternance entre des discontinuités-lâchages et des rapprochés-collés que les patientes borderline mettent en place dans toutes leurs relations. Le bébé risque de passer sans cesse du statut de bébé idéal à celui de bébé persécuteur.

Or, pour le développement d'un système d'attachement sécurisé, il est nécessaire que l'enfant construise avec sa figure d'attachement un système reposant sur la reconnaissance mutuelle de leurs états émotionnels respectifs. Tâche difficile, nous l'avons vu, quand la figure d'attachement souffre d'un défaut de la fonction réflexive.

Plusieurs études montrent actuellement qu'une large majorité de patients (88%) présentant un trouble de personnalité borderline, ne remplissent plus les critères diagnostiques du DSM après 10 ans d'évolution avec ou sans traitement. Par ailleurs, moins de 20% de ces mêmes patients rechutent (6).

Des études prospectives chez des patients suivis retrouvent une rémission symptomatique chez 35% des patients à deux ans et 93% à dix ans. Les raisons de cette évolution ne sont pas bien élucidées. Les processus thérapeutiques ainsi que les processus de réparation et de reconstruction offerts par la vie adulte pourraient favoriser la réadaptation.

Cette rémission symptomatique observée dans le fonctionnement du trouble de personnalité borderline encourage à créer des dispositifs de soins toujours plus adaptés à ces patients.

La période périnatale, au cours de laquelle des soins médico-sociaux spécifiques s'organisent, pourrait servir de tremplin à une prise en charge ajustée.

En effet, la désorganisation massive en lien aux difficultés à faire face aux réaménagements psychiques en cours, puis aux besoins du nouveau-né, est souvent l'occasion de l'interpellation des professionnels de périnatalité et de l'entourage. D'autant plus, si le trouble est méconnu. L'accès à des soins psychiatriques peut être facilité par ce biais.

La période périnatale au cours de laquelle le risque psychopathologique est majeur pour ces femmes s'avère donc aussi être une opportunité thérapeutique.

Elle pourrait ainsi s'appréhender comme une fenêtre de soins permettant d'aborder les problématiques spécifiques de ces femmes devenant mères et de leur offrir la possibilité d'accéder à une reconnaissance et à une prise en charge de leurs difficultés.

L'arrivée d'un bébé, souvent porteur d'espoir pour ces mères en souffrance, s'accompagne habituellement de la motivation d'accueillir au mieux l'enfant à venir. Cet "au mieux" prendra des formes variées en fonction de l'histoire du parent et des caractéristiques propres à l'enfant. Il représente un levier thérapeutique.

Toute équipe disposée à considérer cette demande et à soutenir la mise en place des premiers liens bénéficiera certainement d'un a priori positif pour l'alliance à venir.

Il s'agit donc pour ces mères et les professionnels, d'une période pouvant s'avérer particulièrement favorable aux soins.

La prise en charge de ces situations est néanmoins de règle difficile, marquée par la discontinuité, la faible compliance au cadre proposé et le risque de rupture abrupte des soins (98). Les craintes d'abandon favorisant "des relations interpersonnelles instables et intenses" s'adressent aussi bien au bébé, au conjoint ainsi qu'à toutes les relations mettant fortement en jeu le rapprochement. Par conséquent, les thérapeutes également sont à risque de "collages-rejets" de ces mères borderline. Leur transparence psychique et les difficultés d'élaboration les conduiront souvent à des mises en acte qui seront un véritable défi pour les professionnels de périnatalité.

Néanmoins, durant cette période plus favorable, il pourrait s'agir de créer un espace empathique, ajusté à l'expression clinique du trouble maternel et au cadre thérapeutique solide, leur permettant enfin d'accéder à la « sécurité émotionnelle » (F. Molénat) nécessaire à une transformation maturative.

L'exigence de fournir une sécurité et une continuité des soins physiques et psychiques au bébé sera au centre des préoccupations. L'enjeu est de prévenir les dysfonctionnements éventuels de la dyade mère-enfant, sources d'évolution défavorable, voire psychopathologique, du bébé.

Les objectifs de soins, à ajuster à chaque maman, auront pour base commune de leur permettre d'accéder à la compréhension des besoins évolutifs de leur enfant, à la notion d'intersubjectivité et de favoriser les sentiments de compétence et de responsabilité parentale.

II. LE RÉSEAU DE SOINS EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE

A. Historique de la constitution de la psychiatrie périnatale

La psychiatrie périnatale fait le lien entre la psychiatrie et la médecine périnatale. Cette dernière a pour objet le soin de la grossesse, du nouveau-né et par extension du nourrisson jusqu'à l'âge d'un an environ.

Elle se situe également à l'interface de la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant. Elle prend en compte de façon conjointe la pathologie de la mère et du bébé, mais également leur fonctionnement interactif ainsi que le retentissement sur le développement émotionnel, social et cognitif du bébé.

Dans ce sens, les interactions doivent faire l'objet d'un examen et d'une analyse fine permettant la compréhension psychopathologique des troubles. Les thérapeutiques qui concernent les parents et leur bébé doivent impérativement les inclure dans l'évaluation.

Finalement, la psychiatrie périnatale aux confins de la psychopathologie du bébé et de la maternité présente la particularité de s'adresser à une période spécifique de la vie, de la conception au postnatal plutôt qu'à un patient pour une pathologie donnée.

C'est en France que l'attention se porte pour la première fois sur les troubles psychiatriques périnataux de manière scientifique. C'est au travers des publications d'Esquirol en 1838, et surtout de Louis Victor Marcé, en 1858 avec le "Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales" que la question de soins mère-bébé est posée.

L'intérêt porté à ces troubles réapparaîtra ensuite bien plus tard dans les pays anglo-saxons, à travers l'ouverture des premières unités mère-enfant. L'expérience de ces unités débuta en 1948 après qu'une jeune mère demanda à rester avec son bébé durant son hospitalisation. La période était propice à ce type d'expériences. En effet, l'évacuation des enfants en bas âge lors du Blitz avait permis de porter l'attention sur la période périnatale en révélant les effets potentiellement délétères de la séparation d'un enfant et de sa famille.

De nombreux travaux sur cette question émergeaient chez les psychanalystes et pédiatres, éthologues et développementalistes. L'élaboration de la théorie de l'attachement par J. Bowlby venait renforcer ensuite l'idée de maintenir le lien physique entre la mère et son bébé.

En France, c'est en 1961 que les premières hospitalisations mère-bébé sont apparues. Elles sont attribuées à PC. Racamier d'après la rédaction d'un article novateur intitulé "La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum" (99). Il y suggère la création d'unités d'hospitalisation mère-bébé où pourraient être hospitalisés conjointement des mères psychotiques et leur bébé en post-partum. Il évoque également l'intérêt de rattacher un accoucheur aux hôpitaux psychiatriques.

D'autres psychiatres d'adultes comme Lemperière vont continuer le travail de Marcé, parallèlement au développement de la psychiatrie du nourrisson dans les années 1970 à 1980. Ainsi s'est ouverte la première unité d'hospitalisation à temps plein en 1979 à Créteil. D'abord en psychiatrie de l'enfant, puis des hospitalisations conjointes ont été organisées dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Paul Brousse, à Villejuif à partir de 1980.

Du point de vue anglo-saxon, la porte d'entrée est le trouble psychiatrique parental. Les troubles du bébé ou de la relation parent-bébé sont envisagés comme des conséquences du trouble maternel ou comme facteur contribuant au déclenchement de la pathologie.

Le point de vue français privilégie la dialectique existante entre le trouble maternel et celui de l'enfant. La psychopathologie de l'enfant est observée sous l'angle essentiellement psychanalytique. La reconnaissance universitaire et scientifique de la spécialité est portée par le Professeur R.C. Kumar, l'un des pionniers de la discipline. Il contribua à la création en 1980, *l'Institute of Psychiatry* à Londres. La même année, The Marcé Society, société internationale dédiée à la compréhension et la prévention des maladies mentales liées à la procréation est créée par un groupe de psychiatres anglais rassemblés autour du professeur Kumar.

A partir de ces années, apparaît une véritable dynamique de recherche dans le domaine. Les études portent alors sur les dépressions du post partum et les psychoses puerpérales. Ces troubles semblent, à l'époque, contenir l'espoir de la compréhension d'une forme de déterminisme biologique de la maladie mentale.

Les premières recherches sont menées principalement par les psychiatres ou psychologues d'adulte. La pathologie maternelle est étudiée de manière exclusive, au détriment du bébé ou du contexte psychologique spécifique à cette période d'accession à la parentalité.

À partir des années 1985, l'étude du développement du nourrisson commence à être abordée sous l'angle de l'étude des caractéristiques des relations précoces mère-nourrisson. La dépression du post-partum maternel sert de support à l'étude des interactions précoces.

Parallèlement, les études socio-anthropologique et psychosociologique s'intéressent à la compréhension de l'accession à la parentalité selon le contexte culturel. La parentalité est définie comme un changement de rôle nécessitant un ajustement obligatoire dans un temps limité (100), et qui sera plus ou moins facilité par le contexte sociologique.

Ces travaux contribuent ainsi à la reconnaissance et l'acceptation par les parents, leur famille, et plus largement, par les professionnels et la société, de la possibilité de voir coexister l'arrivée d'un bébé et l'apparition d'une souffrance psychique.

Dans cette même perspective, une réflexion émerge sur la notion de filtre d'accès aux soins et sur les difficultés de détection et d'acceptation d'une prise en charge durant cette période. La nécessité d'un travail en réseau est pointé et représente un axe de travail clinique et de recherche toujours très actuel en psychiatrie périnatale (101,102).

Comme l'ont souligné Mazet et Lebovici, la psychiatrie périnatale permet une double approche : D'abord médicale, autour de la maladie mentale, mais aussi préventive, renvoyant

au domaine de la psychologie développementale et du risque d'une transmission transgénérationnelle.

Cette double approche conditionne une autre particularité de la psychiatrie périnatale. Celle de la complexité des thérapeutiques. Elles doivent associer un objectif curatif pour le parent voire le bébé et un objectif préventif vis à vis d'un dysfonctionnement dans le processus de parentalisation et dans les interactions parents-enfants.

B. Organisation de soins précoces autour de la dyade : La pratique en réseau

La psychiatrie périnatale est indissociable de la pratique en réseau (103).

A partir des années 1990 se sont développés des modèles de compréhension plurifactoriels dits "médico-psycho-sociaux" de la psychiatrie périnatale.

Ils ont été particulièrement étudiés dans le cadre de la dépression du postpartum. Ils permettent de mettre en relief dans la genèse et/ou l'entretien de la pathologie parentale des facteurs de vulnérabilité individuelle (génétiques, biologiques, intrapsychiques), des facteurs environnementaux (événements de vie, contexte culturel), ainsi que l'influence de facteurs interpersonnels, comme par exemple les facteurs liés au bébé.

Ces modèles à entrées multiples soulignent la nécessité intrinsèque du travail en réseau durant la période périnatale.

En effet, les professionnels de la santé mentale ont rarement un accès direct aux femmes présentant un trouble psychique à ce moment de leur vie. Celles-ci sont en revanche en contact de manière obligatoire avec les professionnels de la périnatalité. Les éventuels troubles parentaux sont repérés d'abord par les professionnels des circuits de soins en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie et par les acteurs médico-sociaux.

Le travail de réseau qui unit de nombreuses disciplines médicales (gynécologues, pédiatres, généralistes), paramédicales (sages-femmes, puéricultrices), psychologues, travailleurs sociaux et professionnels des lieux de garde est, après les spécificités cliniques, l'un des fondements de la psychiatrie périnatale.

Ce travail en réseau, est d'ailleurs de plus en plus recommandé (104), et formalisé. Il représente depuis longtemps une assise solide et impérative pour la construction d'une prise en charge périnatale précoce.

Il existe des moments obligatoires de contact avec les professionnels de la santé périnatale de la femme et de l'enfant. Lors du suivi habituel de la grossesse, un rendez-vous mensuel de consultation, avec une sage-femme, parfois un obstétricien, a lieu. Depuis peu, il est également possible de proposer un entretien prénatal précoce en début de grossesse ainsi que deux séances de suivi postnatal par une sage-femme. Ces séances sont destinées aux femmes en situation de vulnérabilité. Elles ont lieu entre le huitième jour de postpartum et la date

habituelle de consultation postnatale. Ce suivi constitue une occasion unique dans le travail de prévention, permettant le repérage et l'accès aux soins tant somatiques que psychiques.

Cette période permet donc un moment de rencontre et de dépistage des facteurs de vulnérabilité éventuels. Le repérage se fait pour la santé mentale des parents ainsi que pour le développement physique et émotionnel optimal de l'enfant.

L'organisation de rencontres entre professionnels de ces différents champs est à soutenir car il peut permettre une continuité des soins du prénatal jusqu'au postnatal. Cette continuité est un élément essentiel à la mise en place de stratégies thérapeutiques efficaces.

Accompagner la transition à la parentalité durant toute la période périnatale, pourrait permettre de diminuer le risque de décompensation maternelle post partum et de pallier les difficultés majeures d'ajustement aux besoins du nouveau-né durant les premiers temps par un suivi rapproché et des aides à domicile.

Cependant cette continuité est encore parfois difficile à assurer tant les dispositifs médicaux et obstétricaux sont morcelés.

Selon les types de dispositifs mis en place, il est parfois fréquent que les services de maternité, voire de néonatalogie se retrouvent en difficulté pour effectuer ce travail de première ligne. Il existe encore un manque de formation et de temps pour ces personnels déjà surchargés de travail. Certaines appréhensions comme la crainte d'une stigmatisation de ces mères ou de la non-objectivité du soignant face à des troubles qui les déroutent existent. Dans d'autres cas, c'est l'absence d'équipes spécialisées en aval qui est l'obstacle principal.

Néanmoins, les prises en charge deviennent de plus en plus précoces grâce à l'organisation d'un véritable réseau professionnel cohérent où chacun s'articule aux autres dans sa fonction.

Pour permettre une action thérapeutique efficace, il semble impératif de rester sensible aux difficultés des professionnels. Favoriser la compréhension des rôles et compétences de chacun des partenaires, afin de permettre une complémentarité dans les soins.

Les professionnels peuvent tenter alors de constituer un environnement fiable, cohérent et durable pour les familles.

Dans le domaine des parentalités limites, la solidité du réseau de professionnels est encore plus nécessaire. L'arrivée d'un enfant donne à ces parents l'occasion d'être en contact avec divers professionnels facilitant le repérage et la création de liens rompant avec l'isolement habituel (97).

Les professionnels de prévention et de santé sont en première ligne dans leur travail d'étayage, d'orientation, d'écoute accueillante et bienveillante des inquiétudes parentales. Ce premier contact est déterminant.

Devant les risques qui pèsent sur le bébé, il est essentiel de saisir toute demande émergente. L'objectif étant de valoriser la possibilité d'un changement positif lié à un contexte relationnel neuf proposant des figures identificatoires rassurantes.

C. Des outils spécifiques en psychiatrie périnatale

Il y a bientôt trente ans que l'Organisation mondiale de la santé dans son « Rapport sur les aspects psychosociaux de la santé mentale des femmes » et le ministère français de la Santé (105) ont attiré l'attention sur “*l'importance des troubles psychiatriques gravido-puerpéraux*” et sur “*l'impérieuse nécessité de conduire des recherches dans ce domaine*” pour proposer des mesures préventives.

Le ministère insistait alors sur la nécessité de favoriser les solutions mère-enfant et, entre autres, les unités d'hospitalisation mère-bébé (HMB).

Le Plan d'actions en psychiatrie et santé mentale de 2003 a mis en avant la nécessité de faire exister une structure médico-psychologique dans toutes les maternités. Puis, la circulaire du 4 juillet 2005, relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, a souligné la nécessité de continuer à développer ce type d'approche. Dans ce sens, le plan de périnatalité 2005-2007 “Humanité, proximité, sécurité, qualité” prévoyait, dans ses axes “*humanité*” et “*proximité*”, le recrutement de psychologues travaillant en collaboration étroite avec les équipes d'obstétrique, de médecine néonatale, de psychiatrie de l'enfant et de l'adulte.

Ce plan insista également sur leur rôle dans la prise en charge de proximité des situations à haut risque psychique et/ou social et la nécessité de développer un travail en réseau en périnatalité car « un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post-partum, constitue un facteur de prévention ».

Enfin, il prévoyait la mise en place d'un entretien individuel du quatrième mois. Ces entretiens, qui sont maintenant proposés aux femmes en début de grossesse (“entretien précoce”), visent à “offrir aux parents une écoute attentive de leurs attentes et questions, le recueil précoce des facteurs de stress” (Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement).

Ainsi, dans le sens de l'ensemble des recommandations nationales, devant toute situation clinique rencontrée, et avant même de proposer une stratégie de soins, il est nécessaire de réaliser un voire plusieurs entretiens d'investigation.

Ils permettent d'évaluer les facteurs de vulnérabilité et d'entrevoir quelle voie la transparence du psychisme maternelle va emprunter et comment aider la patiente à entamer une évolution maturatrice.

Il est avant tout primordial de définir, en amont, les objectifs d'une prise en charge ajustée à la dyade avec les différents intervenants. Il peut s'agir de prévention, de soin, d'évaluation, mais également de la mise en place de mesures de protection du bébé.

1. Cas particulier des unités mère-bébé

Une hospitalisation conjointe en Unité Mère-Bébé (UMB) permet de ne pas séparer une mère psychologiquement malade de son nourrisson tout en assurant à ce dernier les conditions d'un bon développement.

Les UMB en psychiatrie, largement institutionnalisées depuis plus d'un demi-siècle en Grande-Bretagne, ne se sont développées en France qu'à partir des années 1980. Actuellement ces unités dépendent majoritairement de services de psychiatrie infantile-juvénile, il existe une importante hétérogénéité dans leur répartition géographique et dans leur pratiques. Il existe aujourd'hui quinze UMB permettant des hospitalisations à temps plein. Elles sont réparties sur tout le territoire et sont souvent associées à des unités d'hospitalisation de jour.

Les UMB accueillent des mères dont la désorganisation psychique (psychose puerpérale, dépression postnatale, pathologies psychotiques chroniques, troubles graves de la personnalité) risque de fragiliser l'établissement des liens précoces.

Leur objectif est d'offrir un espace contenant tant pour la mère que pour le bébé afin de les aider à développer des interactions harmonieuses (106).

Le maintien du bébé auprès de sa mère n'est pas recherché à tout prix, une hospitalisation en UMB peut aussi être l'occasion de maintenir des soins adaptés dans une situation de placement, ou amener à préparer un placement du bébé dans de bonnes conditions.

Le travail est centré sur le soin de la relation précoce mère-nourrisson, qu'il s'agisse d'une dimension préventive ou de soins d'une pathologie du lien déjà établie chez l'enfant. La pathologie maternelle est également prise en charge de façon spécifique.

Par ailleurs, le soin dans les UMB ne se conçoit qu'en relation avec les autres services s'occupant des problèmes médicaux, sociaux et familiaux, des dyades.

Les UMB constituent un outil thérapeutique parmi d'autres dispositifs de soin et de prévention, organisés autour de la mère et de son enfant.

La fin d'une hospitalisation en UMB n'est pas synonyme d'arrêt du suivi. En effet, il faut ensuite pouvoir insérer la dyade dans un réseau ambulatoire au sein duquel elle pourra trouver une continuité avec les soins reçus à l'hôpital.

Ce réseau s'organise dans le meilleur des cas en anténatal, depuis les services de maternité avec les équipes d'obstétrique et de pédiatrie néonatale. Il se poursuit ensuite pendant et après l'hospitalisation avec les services de protection maternelle infantile (PMI), les services de psychiatrie de l'enfant, les services sociaux et les équipes éducatives.

Les services de psychiatrie adulte doivent nécessairement être intégrés aux soins maternels, afin de permettre cette continuité au-delà de la période périnatale.

En effet, si la continuité des soins est importante pour l'enfant, elle l'est également pour la mère, et la circulation des informations nécessaires entre les différents intervenants est garante

de la cohérence nécessaire à un avenir thérapeutique de qualité pour la dyade puis individuellement (102).

a. En pratique, les soins en UMB

Elle associe de façon conjointe des soins spécifiques destinés à la mère, au bébé et à l'interaction.

Autour de la mère

- Un traitement psychotrope selon l'intensité des troubles observés ;
- Une prise en charge psychothérapeutique maternelle individuelle ;
- Des soins corporels de maternage (massages, bains thérapeutiques) ;
Ils peuvent être proposés pour favoriser la mise en place des processus de maternalité, ainsi que pour éveiller la mère à l'observation des manifestations physiques de son bébé ;
- Groupes thérapeutiques
Ils sont organisés dans certaines unités et permettent de favoriser l'inscription ainsi que la reconnaissance sociale de ces mères en difficulté.

Autour du bébé

Les soins au bébé sont étroitement articulés à ceux de la mère. L'enjeu est d'assurer une protection, une contenance et une continuité dans l'attention psychique et physique portée au bébé.

La présence d'un pédiatre dans les UMB est ainsi fortement recommandée.

Il existe diverses techniques d'observation du bébé, variables selon les unités. Il s'agit souvent de méthodes dérivées de l'observation d'Esther Bick, avec des enregistrements vidéoscopés et des grilles d'évaluation. Ces outils permettent de renforcer et de soutenir l'attention portée au bébé.

Des temps de synthèse et un dossier lui sont également spécifiquement réservés.

Autour de l'interaction mère-bébé

Il est au cœur du travail en UMB.

L'équipe de l'UMB accompagne les soins primaires de puériculture (biberon, bain, couchers, jeux interactifs). Il ne s'agit pas de faire à la place de la mère, mais plutôt d'aider la mère à trouver sa place en l'accompagnant physiquement et psychologiquement.

L'équipe soignante a ainsi une fonction de médiation, aidant la mère à repérer les besoins propres du bébé et à ajuster une distance adéquate avec lui. Elle lui offre un support identificatoire.

Par ailleurs, une attention toute particulière est portée au père et aux grands-parents. Lorsque ceci est possible, il est important de faire participer le père de l'enfant au suivi thérapeutique, car ce dernier peut constituer une figure-relais primordiale pour l'enfant, avec lequel il pourrait nouer une relation d'attachement plus saine et sécurisée (98). Certaines unités ont pu aménager les locaux permettant ainsi d'accueillir les pères. Toutes ont le souci de l'allier étroitement au projet thérapeutique, et de lui permettre de trouver sa place de tiers tant au niveau du bébé que de la mère.

Compte tenu de la réactivation des conflits suscités par la maternité, le travail avec les grands-parents, notamment les grands-mères, est également important, afin de souligner les différenciations dans les positions générationnelles respectives.

Enfin, propre à la spécificité du travail périnatal, le soin en UMB ne peut se concevoir sans le travail de lien avec le réseau médicosocial d'amont et d'aval. La préparation de la sortie de l'UMB s'organise généralement dès l'admission. Il est important de situer la place et la fonction des intervenants actuels ou potentiels (sages-femmes, puéricultrices, médecins de PMI, travailleurs sociaux, secteur judiciaire) afin d'assurer une continuité cohérente dans la prise en charge.

Une HMB offre en effet un temps et un lieu contenant, permettant la rencontre des différents intervenants autour de la dyade, qu'il s'agisse d'accompagner le retour au domicile ou d'organiser un placement. L'hospitalisation en UMB doit s'inscrire dans un projet global de soin.

Il s'agit d'un outil thérapeutique précieux, mais qui ne prend sens que s'il est articulé avec les autres dispositifs de soin et de prévention organisés autour de la famille.

III. QUELS SOINS DISPONIBLES AU MÈRES BORDERLINE ET LEUR BEBE ?

Une attention toute particulière est déjà portée à la prévention d'une souffrance précoce du nourrisson dans le cadre de différents troubles maternels (psychose, dépression du post partum). Les dispositifs de soins en psychiatrie périnatale en découlent en partie.

Les programmes de soins dans le traitement du trouble de personnalité borderline maternel sont actuellement très peu répandus en France (96,97,107). Le caractère inconstant et méfiant de leur engagement dans une relation de soin découle non seulement de leur profonde insécurité interne, leur instabilité, leur impulsivité et la crainte d'abandon, mais aussi de la prédominance de mécanismes de défense à la fois rigides et fragiles tels que le déni, le clivage et l'idéalisation (9).

Comme nous l'avons signalé, il est essentiel que ces familles soient identifiées et suivies très tôt, idéalement avant même la naissance du bébé. Les réseaux de repérage et de suivi en périnatalité des familles dites "à risque" sont bien développés. C'est le cas notamment du réseau de la PMI. Il est pourrait donc devenir le partenaire indispensable au suivi de ces dyades.

Un suivi précoce permet d'accompagner la transition à la parentalité durant toute la période périnatale, de diminuer le risque de décompensation maternelle post-natale et de pallier les difficultés majeures d'ajustement aux besoins du nouveau-né durant les premiers temps. Ce suivi nécessite souvent une prise en charge rapprochée en ambulatoire, voire une hospitalisation en UMB.

Intervenir tôt peut aussi contribuer à une meilleure alliance thérapeutique, un point toujours fragile avec ces familles.

Par ailleurs, les mères présentant un trouble de personnalité borderline mobilisent fortement leur thérapeute et l'entraînent souvent en dehors de la relation avec le bébé.

La prise en charge de ces dyades est difficile et l'instabilité imprégnant les relations interpersonnelles s'adresse aussi bien au bébé, au conjoint qu'aux différents professionnels de périnatalité.

Il est tout particulièrement nécessaire dans les situations où la nouvelle maternité s'intègre dans une histoire familiale marquée par la répétition, de prendre en compte les échecs antérieurs des différents professionnels. Les enjeux émotionnels induits par le fonctionnement relationnel des personnes présentant un trouble de personnalité borderline peuvent conduire à une forme de culpabilité immobilisante, une perte de compétences, d'endurance et de créativité, tant la désillusion de pouvoir les aider a été grande pour les professionnels.

Un travail d'articulation interdisciplinaire et transinstitutionnel pourra devenir source de créativité et de changement s'il assure, de manière formalisée et rigoureuse, la sécurité professionnelle et émotionnelle de chacun des membres au sein du réseau. Les professionnels

retrouvent ainsi des satisfactions à fonctionner et à penser au sein du réseau. Le travail sans cesse réinventé dans chaque situation consolide les liens entre partenaires. Au fil des rencontres une confiance de réseau se crée, permettant à chacun des membres d'en intérioriser les effets positifs au-delà d'une simple application de principe.

Ainsi pourra se mettre en place, pour ces familles, une première consultation en milieu spécialisé qui permettra d'analyser les difficultés actuelles et passées, de nouer une alliance et de fournir à chacun (parents et bébé), si possible, des soins appropriés à leurs besoins.

Dans tous les cas, l'intervention auprès d'un parent présentant un trouble de personnalité borderline et leur enfant exige souplesse, rigueur, disponibilité, stabilité et créativité de la part des professionnels. Ces derniers doivent être vigilants à ne pas se laisser submerger et tenter de traiter la pathologie maternelle en perdant de vue la priorité, l'urgence du développement de l'enfant.

A. Le soin : perspective prometteuse encouragée par les neurosciences

La pathologie borderline est l'illustration par excellence des conséquences individuelles, familiales et sociales négatives d'une faible intégration des systèmes de régulation émotionnelle.

Ces patients se trouvent en grande difficulté pour identifier correctement leurs émotions, d'en comprendre les origines et de les contrôler afin de s'établir dans une identité stable et solide. Il existe une incapacité à intégrer, reconnaître et jouer l'ensemble des gammes de l'expression affective.

Les études s'intéressant à l'origine des dysrégulations émotionnelles primaires, s'accordent à l'interpréter comme l'action d'interdépendances des effets de la nature, comme la plasticité génétique, et de l'environnement.

Les patients borderline présentent une sensibilité toute particulière à leur environnement. Il n'est pas exclu que cette même sensibilité puisse les rendre plus réceptifs à des interventions extérieures réparatrices.

Dans le domaine de l'attachement, la recherche s'est intéressée à la possibilité de conceptualiser les Modèles Opérants Internes (MOI) comme des constructions symboliques et synaptiques influençant les domaines affectifs et cognitifs.

La réponse émotionnelle a elle été conceptualisée comme le résultat d'un réflexe initial rapide suivi d'un processus de régulation émotionnelle et d'une réévaluation cognitive (108). Cette réévaluation entraînerait des changements au niveau de la perception consciente et des réponses physiologiques.

En neurobiologie, le terme de dysrégulation émotionnelle, correspond un à état de repos hypervigilant associé à une hyper sensibilité émotionnelle. Des anomalies structurales et

dynamiques au niveau du réseau cérébral cortico-limbique sont retrouvées, ainsi qu'une hypoactivité frontale et une hyperactivité au niveau de l'amygdale et de l'insula.

Il est aujourd'hui reconnu que le travail psychothérapeutique, comme toute influence de l'environnement peut avoir un impact direct sur notre réseau cérébral (109).

L'étude de l'action de la psychothérapie chez des patients borderline, met en évidence une correspondance entre les cibles de l'intervention psychothérapeutique et les régions du cerveau pour lesquelles les états limites présentent des particularités. Cela serait expliqué non seulement par le contenu des séances, mais aussi le "contenant" ou le cadre thérapeutique. Plus spécifiquement encore, l'impact de la psychothérapie viendrait du fait qu'il s'agisse d'une relation d'attachement entre deux individus capables de communications émotionnelles et symboliques.

La recherche a démontré qu'un attachement sécurisé est associé à une amygdale moins active, s'exprimant par une diminution de l'anxiété et une augmentation de l'activité du Nucleus Accumbens qui est lié aux systèmes motivationnels (110). Ceci pourrait expliquer qu'une fois que la relation et le cadre sont établis, les phénomènes d'apprentissage sont favorisés.

Le travail thérapeutique s'attachera à développer alors l'expression et la gestion émotionnelle entraînant une diminution de l'activité de l'amygdale et une augmentation de l'activité préfrontale (111).

Il a aussi été démontré que les pratiques de méditation (comparables dans certaines modalités à la consigne d'associations libres), et les exercices de "pleine conscience" (composante essentielle des thérapies dialectiques) sont associés à des changements structuraux, entre autres dans des régions impliquées dans les processus d'apprentissage et de régulation des émotions (112,113).

Dans le cadre de la thérapie, le patient pourra développer ses capacités de réévaluation cognitive des situations problématiques.

Les études utilisant la résonance magnétique retrouvent des associations entre la réévaluation cognitive d'un stimulus aversif avec une activité au niveau des cortex préfrontal dorso-latéral, orbito-frontal et antérieur cingulaire.

Ces études démontrent aussi que les activités de l'amygdale et de l'insula peuvent être modifiées selon l'objectif présupposé de la régulation (114–116). Ce travail peut aider le patient à progressivement développer un meilleur contrôle affectif et moteur en réponse à des réflexes émotionnels archaïques.

Le développement d'une meilleure capacité de réévaluation des événements passés pourra ainsi permettre au travail de remémoration, la construction d'une nouvelle version de son histoire personnelle. Tout au long de cette tâche de réélaboration, souvenirs, connaissances, sensations, émotions et comportement sont réactivés.

Ces capacités transformatives de notre système nerveux doivent aussi inciter à la prudence. On peut ainsi envisager comment des soins chaotiques risquent de consolider des expériences déjà traumatiques tout en envoyant au patient le signal que la relation psychothérapeutique est inutile voire dangereuse. De la même façon, un traitement médicamenteux inapproprié est à risque d'entraver les mécanismes moléculaires essentiels aux phénomènes d'apprentissage. Or

chez le patient borderline, le déploiement des capacités cognitives est indispensable au développement d'un système de régulation émotionnel plus performant.

Ainsi, bien que la régulation des émotions chez les patients borderline soit un problème complexe, elle semble détenir en sa compréhension la source de sa résolution. Plus que dans d'autres troubles, le devenir du patient borderline dépendra de la possibilité, pour les professionnels qui l'entourent, de lui offrir leur capacité de percevoir, contenir, tolérer, traduire et partager ses émotions.

B. L'intervention à domicile

Parmi les outils disponibles dans le réseau de psychiatrie périnatale, il existe les visites à domicile.

Généralement mises en place par la PMI, elles représentent un outil de prévention puissant et efficace, notamment pour accéder aux familles les plus vulnérables. Leur efficacité s'avère néanmoins difficile à démontrer.

En France, l'étude CAPEDP (Compétences parentales et attachement dans la petite enfance) s'est intéressée aux effets préventifs des visites à domicile périnatales (117). Elle concernait de jeunes femmes enceintes, en situation de vulnérabilité psychosociale. Des interventions à domicile étaient proposées et réalisées par des psychologues formés et supervisés. L'objectif était d'instaurer une relation de confiance avec les futurs parents.

Les résultats de cette étude ne montrent pas d'effet préventif sur la dépression postnatale ni même sur sa diminution, mais a mis en évidence une meilleure utilisation du réseau de soins (notamment de la PMI) et donc une meilleure inscription des familles dans leur environnement.

Chez les mères borderline, la création et le maintien de liens stables est souvent précaire. Le vécu d'insécurité relationnelle existant augmente leurs difficultés à accepter l'aide proposée (118). Elles ont tendance à repousser toute forme de lien et peuvent avoir une méfiance massive vis-à-vis des institutions.

Pourtant, construire une alliance de travail solide et durable avec ces mères est indispensable. En effet, pour de nombreux auteurs, il apparaît qu'elle peut représenter un mécanisme de changement, en permettant de modifier des modèles relationnels négatifs ou plus simplement en augmentant leur confiance dans les informations et les soins donnés (71,119).

Les premiers contacts, qui vont faire le nid de l'alliance thérapeutique, se déroulent souvent dans un climat de méfiance, voire même de peur pour ces femmes. Il faut donc pouvoir adapter le cadre de travail et proposer des modalités de réponses thérapeutiques adaptées.

Cela nécessite souplesse, patience ainsi qu'une forte implication des équipes. La première rencontre avec le soignant apparaît fondamentale pour la construction de ce travail.

Dans une situation de non demande ou de réticence, les interventions se font la plupart du temps, à la demande d'une institution (PMI, maternité, service de psychiatrie) ou d'une assistante sociale et peuvent être vécues comme intrusives et menaçantes.

L'accès aux nourrissons à risque et leur traitement ne sont possibles que grâce à un travail conjoint entre les différents intervenants médico-sociaux. Les services de PMI, les services sociaux, les centres maternels, les maternités, les pédiatres, les médecins généralistes et les secteurs du soin psychique doivent pouvoir collaborer ensemble. Le travail en réseau apparaît là encore comme essentiel.

En se souciant de la continuité de l'environnement proposé aux familles, il participe à la construction d'un environnement stable et fiable, qui soutiendra le développement de l'enfant ainsi que la nouvelle parentalité. Cette coordination entre les institutions n'est rendue possible qu'au travers de rencontres entre équipes et disciplines. Chacun, avec la spécificité de son regard, apporte des éléments qui donneront une représentation plus globale de l'enfant, des parents et des relations parents-nourrisson.

1. Intérêts

Ainsi, l'accroche par le domicile apparaît comme une stratégie de prévention et de soins intéressante à multiples égards.

Tout d'abord, le domicile permet une évaluation et une intervention dans un environnement familial, et donc souvent plus sécurisant. De ce fait, l'évaluation peut s'avérer plus pertinente car elle s'appuie sur des situations diverses et moins artificielles qu'en institution.

L'observation des dysfonctionnements mais aussi des ressources des familles n'en sera que plus fine. En effet, elle peut permettre une meilleure compréhension de l'organisation matérielle et familiale, ainsi qu'une meilleure évaluation des difficultés sociales rencontrées

Etre à domicile permet également de positionner clairement les parents comme "co-acteurs" du soin. Cela permet de les conforter dans leur place de parent, et de les maintenir dans une certaine maîtrise (117). Dans ce sens le travail avec plusieurs membres de la famille peut en être facilité. En particulier avec les pères.

Dans certaines familles, d'autres membres peuvent être présents au domicile et avoir une place centrale, pour le bébé et/ou la mère. Il est donc fondamental de les prendre en considération, de les entendre, et de pouvoir nouer avec eux une alliance de travail solide et efficace. Cette alliance pourra venir renforcer le travail effectué auprès d'une mère et de son bébé.

2. Limites

Cependant, le travail à domicile, peut s'avérer être une pratique déstabilisante pour les professionnels et nécessite un cadre de travail pensé et structuré.

Il s'agit notamment de former les professionnels, particulièrement les puéricultrices de PMI, souvent en première ligne. Non seulement au travail à domicile lui-même, mais aussi au dépistage des troubles précoces de la relation et du développement.

Il s'agit également d'informer suffisamment ces professionnels, qui doivent pouvoir utiliser de façon optimale les ressources disponibles du réseau. Pour cela il est nécessaire de connaître ce réseau ainsi que les différents partenaires et les possibilités de collaboration.

La supervision des professionnels représente un autre point essentiel en ce qui concerne le travail à domicile auprès de ces familles.

L'objectif de l'approche à domicile est de permettre ensuite, si nécessaire, l'accompagnement vers l'extérieur. Ainsi, quand les peurs s'estompent et que les liens de confiance s'installent à domicile, le soignant peut proposer, si nécessaire, d'accompagner parents et bébé vers les structures de soins.

C. Quel cadre thérapeutique ?

La contenance psychique et parfois même physique de ces dyades semble être un élément majeur dans les soins à dispenser autour de ces dyades.

Le cadre thérapeutique s'apparente à une structure dont la capacité de contenance permettra ou non, d'autoriser ces patientes à l'observation de certains de leurs éprouvés et d'en rendre possible la mise en mots. On lui accorde un pouvoir thérapeutique intrinsèque, favorisant le processus de symbolisation. En outre, le cadre sert de référence sur laquelle, les soignants, le patient et l'ensemble du dispositif de soin pourront venir s'appuyer. Le maintien de sa cohérence est essentiel. L'un des objectifs visé, est de créer une alliance thérapeutique solide permettant de délimiter un espace suffisamment sécurisant pour permettre une confrontation au réel.

Les recommandations actuelles concernant les soins dans le trouble de personnalité borderline intègrent la notion d'un cadre thérapeutique rigoureux et bienveillant, permettant des rencontres régulières et rapprochées dont la fréquence et le lieu doivent être déterminés à l'avance (120).

De la même façon, un plan de gestion établi pour les crises doit être discuté avec le patient, ainsi que les différents lieux où interpellé en dehors des temps de consultation.

La construction d'une collaboration thérapeutique solide est visée. Il est important de veiller à la bonne compréhension des objectifs du traitement mais aussi à son sentiment d'être accepté et compris par le thérapeute.

Dans les soins d'une dyade, le cadre instauré aura pour limites et objectif principal d'assurer le bon développement et la protection du bébé.

La collaboration avec les services de PMI aura toute son importance afin de dégager la problématique sociale des soins, tout en affirmant la nécessité d'une communication de la bonne évolution du nourrisson.

Les soignants expérimenteront la tendance des patients borderline à sans cesse mettre en doute et en échec le traitement, le thérapeute ou le dispositif de soin en place.

Cadre, règles, contrats sont fréquemment contournés, attaqués, disqualifiés voire ridiculisés. Il faut s'attendre à ce que les patients testent les limites établies. Cela lui permet de vérifier si l'équipe est stable et consistante avant de se dévoiler et de l'utiliser à bon escient.

Les différentes équipes devront pouvoir garder l'attitude *"d'un général capable de supporter un bombardement sans perdre sa capacité de penser"* (Bion) et se tourner vers un espace et un cadre interne souple, cohérent et rigoureux. Il semble essentiel qu'au-delà de l'expression clinique du trouble, une communication autour de ce que fait vivre le patient dans la relation à l'autre soit possible.

A l'aide de ce cadre sécurisant, ces mères pourront tenter d'observer et de comprendre autrement ce qui se passe au présent. Petit à petit des liens avec ce qui se passe hors du cadre thérapeutique pourront s'établir. Plus tard, ce travail leur permettra peut-être d'établir d'autres liens encore, mais avec leur passé cette fois.

Par ce biais, elles seront amenées progressivement à élaborer et intégrer leurs expériences douloureuses.

D. Intérêt d'une cothérapie ?

L'une des formes que peuvent emprunter les soins au sein du cadre thérapeutique est le travail en binôme permettant une cothérapie. Cela permet à chaque partenaire de la dyade d'être pris en compte sans risque d'être exclu de la relation.

Certaines équipes ont mis en place des séances de cothérapie en présence de deux thérapeutes. L'avantage de structurer ainsi les séances, est que l'un des thérapeutes est davantage disponible pour l'observation et les échanges avec l'adulte. Il peut ainsi rester centré sur les interactions comportementales et fantasmatiques du parent, et l'autre thérapeute est centré sur l'enfant.

S'inspirant de l'observation directe selon Esther Bick, le deuxième thérapeute accorde au bébé une attention empathique. A travers l'identification à ce dernier, il "se met en phase avec

le registre perceptif et émotionnel du bébé, soutenant l'expression et l'évocation de ses éprouvés” (L. Alvarez, 2010). Il focalise son attention sur le lien construit par l'enfant aux parents et aux thérapeutes.

E. Des soins maternels spécifiques

La psychothérapie est reconnue comme la principale modalité de traitement pour les patients présentant un trouble de personnalité borderline.

La pharmacologie peut y être associée comme un adjuvant aidant à traiter les comorbidités ou une symptomatologie modifiable par les psychotropes (pauvre modulation des affects, impulsivité comportementale, troubles perceptuels et cognitifs).

Sans reprendre la totalité des règles actuellement recommandées en ce qui concerne la prescription de psychotropes durant la grossesse ou pendant la période d'allaitement, l'enjeu se situe au niveau de la recherche de l'équilibre entre bénéfice et risque de toute prescription.

La priorité des soins ira vers la prise en charge des gestes autodestructeurs et le besoin pour le nouveau-né de bénéficier d'un parent suffisamment bien portant pour que se déploient avec lui des interactions affectives et comportementales de qualité. Il s'agit de limiter les risques pour les deux.

S'abstenir de toute prescription, devant les risques encore méconnus, à long terme, de la majeure partie des traitements est une attitude privilégiant l'avenir possible du futur enfant aux dépens de la santé actuelle de la mère et de ses capacités parentales. Pourtant, ne rien prescrire comporte parfois un risque plus grand pour l'enfant et sa mère.

Les recommandations sur le trouble de personnalité borderline préconisent actuellement d'être le plus transparent possible sur la pathologie. Il est recommandé d'informer les patients sur les caractéristiques de leur trouble, sur son évolution et sur l'efficacité des psychothérapies. En effet, les informations concernant l'efficacité des psychothérapies et l'évolution favorable attendue sont rassurantes pour les patients. De plus, elles peuvent permettre une meilleure compréhension de leur fonctionnement et donc de l'implication dans les soins (120).

1. La psychothérapie : objectifs et enjeux

Pour Kernberg, les principales caractéristiques psychopathologiques du trouble borderline sont la carence d'organisation du moi ou “syndrome d'identité diffuse”, le recours à des mécanismes de défense peu structurés, primitifs et la perception relativement stable de l'épreuve de réalité sujette à distorsion en cas de stress important.

Sur cette base théorique, une première psychothérapie est développée spécifiquement pour le traitement des états limites. Il s'agit de la Psychothérapie Focalisée sur le Transfert (TFP) (121).

Par la suite, diverses approches psychothérapeutiques ont été développées. Certaines ont fait l'objet d'expérimentations cliniques et d'études validant leur efficacité (122).

Dans la tradition psychodynamique, il existe aussi le traitement basé sur la mentalisation développé par Fonagy.

Dans la perspective cognitivo-comportementale, on retrouve la thérapie dialectique comportementale de Linehan, ainsi que la thérapie des schémas de Young.

Malgré des divergences, ces pratiques se recoupent à de nombreux niveaux.

Une première étape commune est la définition explicite du cadre et de la structure dans laquelle le processus thérapeutique va avoir lieu. Ce cadre thérapeutique doit être rigoureux et permettre au thérapeute de créer une relation affective et interactive avec le patient.

Ces approches reconnaissent également l'importance pour le thérapeute d'être averti, voire dans les approches psychodynamiques, d'analyser les mouvements contre-transférentiels suscités par ces patients.

Un autre élément mis en avant est l'édification d'une alliance thérapeutique solide et l'établissement d'un cadre de travail où le patient se sentira en sécurité. Une sorte d'équivalent à la notion de « base de sécurité » de Bowlby. Au sein de ce cadre rassurant, le patient accompagné du soignant pourra commencer à affronter ses angoisses.

L'un des objectifs communs à ces approches sera d'aider le patient à apprendre à observer, identifier et nommer les émotions (en soi et chez l'autre), et à en comprendre les origines. Le développement plus ou moins complexe de ces nouvelles capacités cognitives va devenir un instrument essentiel dans l'apprentissage de la gestion des mouvements émotionnels et de l'impulsivité qui y est souvent liée.

Enfin, elles utilisent toutes des techniques combinant la validation et l'empathie vis-à-vis de la subjectivité du patient. Elles visent à permettre progressivement une confrontation à la réalité externe et favorisent la mentalisation.

La recherche s'est essentiellement intéressée au patient adulte borderline. La dimension de la parentalité et les conséquences du trouble borderline maternel sur sa relation à son bébé et sur son développement émotionnel et sociocognitif ont été un peu moins investis. Des psychothérapies spécifiquement conçues pour prendre en charge les mères borderline traversant cette période charnière de la parentalité ne sont pas encore formalisées.

Cependant en miroir des options thérapeutiques déjà proposées, une attention particulière peut être accordée à la sensibilité maternelle et à la manière dont elle s'ajuste aux comportements de son bébé. La sensibilité maternelle est conceptualisée comme étant la justesse de la mère dans la perception et l'interprétation des signaux de son bébé. L'ajustement désigne la capacité à réagir à temps et de manière appropriée (123).

2. Favoriser des interactions harmonieuses mère-bébé

En psychologie du développement, l'interaction mère-bébé est abordée dans sa dimension dynamique. L'accent y est mis sur la dyade et sur la manière dont les comportements des deux partenaires se coordonnent dans le temps.

En effet, les comportements de chacun tendent à se situer dans le prolongement de ceux de l'autre, une réciprocité rendue possible par la dimension temporelle et rythmique intrinsèque à l'échange (68,100).

L'interaction mère-bébé peut donc être vue comme un triptyque composé de la mère, du bébé et de l'espace dyadique au sein duquel ils se rencontrent. Dans cette perspective, appréhender le fonctionnement psychique d'une mère, c'est appréhender en partie sa relation à son bébé et par conséquent la trajectoire développementale de ce dernier. Ainsi, lorsque la mère présente un TPB, son trouble irradie sur ses relations avec son enfant et donc sur l'enfant lui-même.

Les soins dispensés à ces mères doivent permettre de contenir la pathologie maternelle, tout en fournissant l'étayage suffisant à la fonction maternelle.

Selon B. Durand, *“Il ne s'agit pas néanmoins de se substituer à celle-ci, mais de l'aider à ajuster en permanence la distance tolérable entre elle et son bébé, en sachant que ces mouvements peuvent être parfois très rapides, aussi bien au cours d'un repas que d'un changement de langes”* (1994).

Leur permettre de trouver leur place auprès de leur enfant est primordial. Cependant, il faut aussi, parfois, les aider à accepter de se décharger de cette responsabilité dans les moments où leur pathologie les entrave trop.

Il s'agit d'une réelle pratique de médiation visant à augmenter la sensibilité maternelle aux signaux comportementaux et affectifs de leurs enfants. Cela passe souvent par l'identification aux soignants. L'objectif est ainsi de les aider à développer ou améliorer des ajustements comportementaux et affectifs envers leur bébé.

Ce rôle de médiation et de transmission lors de l'accession à la parentalité est généralement porté par la grand-mère du bébé. L'institution se propose de symboliser ce rôle grand parental souvent défaillant chez ces mères. Cette fonction d'étayage de l'institution permet, dans le meilleur des cas, une prévention des troubles du lien en voie d'établissement entre la mère et son enfant.

Au-delà de la gravité des troubles psychiques, la capacité des mères à se saisir de cette suppléance est l'un des facteurs pronostiques majeurs du devenir de la dyade.

F. Evaluation du nourrisson

Si le soignant s'adresse généralement à l'adulte, l'intérêt de l'enfant reste au centre des préoccupations dans le travail périnatal. Il s'avère essentiel de préserver à la fois les capacités propres du bébé en tant qu'individu autant que celles du parent dont le bébé dépend.

Il est impossible de prendre en charge ces deux patients sans appréhender l'intrication de la relation de dépendance et d'obligation mutuelle inhérente à la période périnatale.

Cette difficulté se retrouve au cœur de la psychiatrie du bébé, voire en pédiatrie. Elle s'estompe progressivement, parallèlement au développement de l'enfant lorsque ses besoins propres, indépendamment de ceux de ses parents se définissent.

En période postnatale, la dépendance totale du nourrisson implique que l'ensemble de ses besoins vitaux, tout comme sa régulation émotionnelle et affective doivent être assurés par ses parents et son environnement immédiat. Dans le cadre d'une pathologie borderline maternelle, ces aptitudes pourtant indispensables au bon développement du bébé peuvent être mises à mal.

Les soins au bébé auront pour objectifs de le soutenir dans son développement, tout en permettant à sa mère de développer, soutenir et maintenir dans le temps ses compétences parentales.

Les soins en psychiatrie périnatale s'étendent généralement jusqu'à la première année de la vie. Période au cours de laquelle survient "*l'intersubjectivité secondaire*" (68). Selon l'approche théorique utilisée, cette période correspond à plusieurs caractéristiques.

Selon la théorie de l'esprit, l'intersubjectivité secondaire intègre la capacité de l'enfant à percevoir les états mentaux d'autrui.

Selon les schémas du développement psychique de Spitz, l'angoisse de l'étranger y est associée.

Enfin, selon la théorie de l'attachement, cette période évolue vers la mise en place des objets opérants internes. La mise en évidence du type d'attachement ne se fera qu'au moment de la marche, par l'observation de la façon dont l'enfant élabore une stratégie pour faire face à une séparation de sa figure d'attachement principale.

Une attention toute particulière doit donc être portée sur cette période cruciale dans le développement du bébé et pour son évolution future. Le rôle des soignants vis-à-vis de l'enfant est basé sur la nécessité de lui fournir une sécurité et une continuité des soins physiques et psychiques permettant un développement harmonieux. Il s'agit là d'un exercice difficile. En effet, le rôle du soignant n'est pas de se substituer aux mères, mais bien de faire le lien entre des soins maternels adaptés à un instant donné et les moments de "lâchage" où elles sont entravées par des processus pathologiques.

Ces moments peuvent laisser apparaître un défaut dans l'intersubjectivité au bébé et ainsi altérer leurs interactions. Les soignants pourront alors prendre le relais auprès du nourrisson afin de soutenir la mère souvent très culpabilisée de ne pouvoir être "suffisamment bonne".

Dans les soins aux bébés, le soignant doit souvent faire face à une double temporalité. Celle du parent et celle du bébé, qui, comme le dit Fraiberg "ne peut attendre la résolution de la problématique parentale" qui entrave son développement. Le clinicien se doit de connaître précisément les étapes de ce développement afin d'y déceler les retards, anomalies ou souffrance éventuelles.

Le fonctionnement du bébé doit pouvoir être évalué de façon globale, dans la relation avec ses parents, mais également au travers d'une observation de ses compétences et particularités propres en relation avec un tiers. C'est pourquoi il semble très utile que l'évaluation de ce fonctionnement puisse être menée par plusieurs professionnels (pédopsychiatre, psychomotricien, puéricultrice) et en situations diverses.

Afin de permettre un suivi développemental fournissant des repères fiables et valides, l'utilisation d'échelles de développement peut être utile. Elles permettent d'éclairer de façon plus objective les parents sur les capacités et les vulnérabilités de leur bébé, sur son évolution et d'appuyer éventuellement une proposition thérapeutique adaptée.

1. L'enjeu d'une évaluation formalisée

De nombreux auteurs dont Winnicott, Brazelton, Lebovici, Bick, Bullinger, ont contribué à enrichir les connaissances théoriques et pratiques centrées sur l'observation du bébé seul et au sein de sa famille. L'observation et les soins sont très fortement centrés sur le corps du bébé. Ils visent généralement à rétablir une harmonie tonique chez le nourrisson, pensée comme précurseur de la relation et lui permettant d'en devenir un partenaire actif.

L'évaluation développementale, formalisée par Greenspan, est un dispositif d'évaluation permettant d'approfondir la compréhension des ressources et des vulnérabilités d'un enfant et de ses parents.

Elle est intégrée aux soins, et comprend :

- Etablissement d'une alliance avec les parents et discussion sur les objectifs de l'évaluation ;
- Description des capacités de l'enfant par les parents, de leurs soucis, ainsi que la description des solutions trouvées pour soutenir le développement de l'enfant ;
- Description de l'histoire développementale du bébé ;
- Observation directe en temps libres de l'enfant et des interactions parents-enfants ;
- Mise en confiance de l'enfant, afin qu'il puisse se sentir en sécurité dans l'interaction lors de l'administration des tests ;
- le testing, à l'aide d'épreuves standardisées, pour structurer l'évaluation ;

- Restitution et discussion des résultats avec les parents.

Les conditions de passation et d'interprétation des tests doivent être souples et adaptées au développement de l'enfant. Elles se doivent d'être "écologiques", c'est-à-dire, au plus près des conditions de fonctionnement habituelles du bébé.

Il semble donc important d'inclure les parents à la situation d'examen, voire même de le réaliser au domicile. L'évaluateur doit prendre le temps de faire connaissance avec le bébé, de manière à ce que l'évaluation de ses compétences se fasse au sein d'une interaction avec lui.

"Le clinicien représente le premier instrument du processus d'évaluation" (L. Renard). Il s'agira de retenir la meilleure performance du bébé, et surtout de relever si des conditions particulières sont nécessaires au développement de ses performances optimales. L'interprétation des résultats se fait toujours avec beaucoup de prudence lorsqu'un dysfonctionnement est observé.

En effet, le comportement du bébé est très variable dans le temps et selon les conditions de l'observation. Une analyse qualitative est donc tout aussi importante que les aspects quantitatifs pour décrire la dynamique du développement.

Telle qu'elle est actuellement envisagée, une évaluation clinique du nourrisson se donne pour objectif d'être la plus nuancée et la plus riche possible. Elle recherche ses meilleures capacités et ses meilleurs niveaux de fonctionnement, tout comme les conditions et les circonstances qui les inhibent ou au contraire permettent leur expression. Si un dysfonctionnement est retrouvé il devra donc toujours être confirmé et complété par d'autres épreuves à distance.

Ainsi l'objectif de l'évaluation est d'apporter une compréhension des compétences et des ressources propres du bébé au plus près de son fonctionnement optimal. Cette démarche, qui vise à appréhender la signification du comportement de l'enfant dans le contexte complexe de sa famille, implique non seulement une collaboration avec les parents, mais véritablement une alliance de travail avec eux.

Elle devrait toujours être considérée comme la première étape d'une intervention thérapeutique.

Il existe une étroite relation entre le processus évaluatif et l'élaboration du projet de soin.

"La définition du projet de soin constitue un aspect indissociable de toute évaluation. Quand nous évaluons le fonctionnement d'un jeune enfant, que nous établissons un diagnostic et en tirons des conclusions, nous avons potentiellement un impact majeur sur l'enfant, nous *intervenons dans sa vie et dans celle de sa famille*" (SJ Meisels, 1998).

Cet impact est difficilement prévisible. Il peut résulter d'une modification des perceptions que les parents et/ou professionnels ont du bébé. Il peut également être induit par des modifications de comportements en lien à certaines recommandations fournies lors de l'évaluation.

L'identification de facteurs de risque et de protection existant dans l'environnement du nourrisson constitue un autre aspect essentiel de l'évaluation. Elle permettra en effet de mieux définir la nature des interventions susceptibles de réduire les facteurs de risque, et de renforcer les facteurs de protection.

Si le nourrisson bénéficie d'une intervention thérapeutique, des évaluations répétées permettront d'en objectiver l'efficacité et/ou de définir de nouveaux objectifs. Si l'évaluation fournit de nombreuses informations pour les soins, en retour l'expérience thérapeutique en elle-même, ses aléas, son déroulement et ses effets viennent compléter les données de l'évaluation initiale.

Nous développons ci-dessous certaines échelles validées en France et compatibles à l'âge et au travail de suivi en périnatalité.

Axe V du diagnostic classification 0-3

L'axe V du diagnostic classification 0-3 date de 1994 et est basé sur les travaux de S Greenspan. Il s'agit d'un système de classification multiaxiale des troubles du petit enfant de 0 à 3 ans.

Cet axe concerne l'évaluation du "niveau fonctionnel de développement émotionnel" de l'enfant.

Il s'agit du niveau auquel il organise son expérience affective, interactive, communicative, cognitive, motrice et sensorielle.

L'axe V distingue les différents niveaux de développement fonctionnel entre 0 et 42 mois:

- Attention mutuelle;
- Engagement mutuel;
- Intentionnalité interactive et réciprocité;
- Communication par la représentation et l'affect;
- Elaboration de la représentation;
- Différenciation de la représentation.

L'objectif est d'évaluer si le bébé a atteint les capacités attendues pour son âge au moment de l'évaluation. Les conditions dans lesquelles il les atteint sont également notées, en termes d'affects, d'aménagement de l'environnement et de soutien par les parents.

L'échelle d'évaluation du comportement néonatal de Brazelton (NBAS)

T.B. Brazelton, pédiatre, a élaboré cette échelle en 1973. Elle a pour objectif d'évaluer les compétences du bébé selon des dimensions en rapport avec sa capacité à entrer en interaction avec un adulte.

Depuis sa première version, Brazelton et son équipe en ont développé de nombreuses applications afin de répondre aux besoins des familles et de les aider à comprendre et encourager le développement de leur nourrisson.

La troisième version, revue et corrigée en 1995 s'est tout particulièrement fondée sur le souci de l'adapter à la pratique clinique, notamment auprès de nourrissons à risque et de mieux y intégrer leurs parents.

Cette échelle est applicable chez un nourrisson de 3 à 31 jours. Elle se réalise en présence des parents.

Elle vise à évaluer les capacités du bébé à surmonter des perturbations selon une séquence progressive de stimulations :

- L'habituation à des stimuli (visuels, auditifs, tactiles) ;
- L'interaction sociale (visage, voix, objets colorés et bruyants) et l'attention ;
- L'organisation motrice (tonus, activité, gestes de défense, participation motrice) ;
- L'organisation des états de conscience (changements d'états, organisation) ;
- La régulation des états (capacité à être câliné, consolabilité, autoapaisement) ;
- Le système autonome (sursauts, tremblements, couleur de la peau) ;
- Les principaux réflexes.

L'une des tâches essentielles de l'examineur consiste à aider les parents à mieux percevoir et à mieux comprendre les compétences, le tempérament et les éventuelles difficultés de leur bébé. L'intérêt étant de les aider à mieux s'y ajuster, en répondant de façon plus adéquate à ses besoins.

Le potentiel thérapeutique de la NBAS, a donné lieu à de nombreuses études, qui ont montré combien cette échelle pouvait améliorer la sensibilité maternelle aux besoins, aux états et aux comportements du nourrisson. Dans une visée psychothérapique, elle peut ainsi contribuer à soutenir les compétences parentales, en particulier les processus de maternalisation chez la mère et d'attachement.

Le Bilan sensori-moteur André Bullinger (ABSM)

Il s'agit d'un outil d'évaluation global, reproductible et d'utilisation usuelle. Il en existe des versions différentes, adaptées aux différents âges de la vie.

Une version pour les nourrissons avant l'âge de la marche existe.

L'ABSM permet d'identifier les compétences motrices et sensorielles du bébé dans une perspective cognitive, émotionnelle et relationnelle. Il découle d'une approche issue de la psychologie du développement mettant l'accent sur les dimensions sensori-motrices et tonico-émotionnelles de l'évolution d'une personne.

L'évaluation repose sur des mises en situation explorant plusieurs domaines :

- L'organisation des systèmes sensori-moteurs;
- La régulation tonico-émotionnelle ;
- L'organisation posturale ;
- La motricité globale ;
- La coordination visuo-manuelle ;

La fluctuation des réponses selon les conditions de réalisation est considérée comme normale et une variabilité entre les passations est activement recherchée. En effet, toutes deux sont considérées comme un indice donnant des indications pour le développement de nouvelles compétences et renseigne la manière dont la prise en charge pourra être orientée.

Partant des connaissances sur les processus de développement typiques et atypiques, il s'agit de proposer des conditions qui favorisent l'expression de conduites différentes de celles auxquelles se livre l'enfant spontanément et dans des conditions ordinaires.

Le bilan sensori-moteur aide à comprendre les processus du développement, les modes d'organisation et les potentialités d'un nourrisson. Il cherche à mettre en évidence les moyens dont le bébé dispose pour interagir avec son environnement.

L'échelle de Brunet-Lézine

Cette échelle française date de 1951. Elle est inspirée du “baby-test” de Gesell de 1919, et est destinée à évaluer le développement psychomoteur du jeune enfant.

Il s'agit du seul instrument de mesure du développement psychomoteur disponible en France, et est l'un des 10 tests les plus utilisés par les psychologues cliniciens.

Cette échelle est applicable chez les nourrissons âgés de 2 à 30 mois, et comprend quatre sous-échelles :

- Posturale (contrôle);
- Tonus (statique et motricité);
- Coordination oculomotrice (conduites d'adaptation vis-à-vis des objets);
- Langage et relations sociales (conduites d'adaptation à autrui, autonomie de l'enfant et intégration dans un groupe).

Si les résultats sont suffisamment homogènes, il est possible de calculer un quotient de développement (QD), considéré comme anormal s'il est inférieur à 70. Il sera toujours accompagné d'une interprétation permettant d'apprécier la manière dont l'enfant se sert de ses capacités.

L'échelle de Brunet-Lézine est un bon outil de dialogue avec les parents autour de leur bébé, et de leurs pratiques éducatives. Par ailleurs, elle fournit des observations intéressantes sur le style interactif de la dyade.

L'échelle est reproductible, permettant ainsi de suivre l'évolution de l'enfant au cours des soins.

Certaines limites sont à noter cependant. L'influence du contact noué avec l'évaluateur est peu prise en compte et il est impossible de coter les items refusés par l'enfant. De plus, les questions posées aux parents peuvent induire l'idée d'une évaluation déformée des compétences de l'enfant.

IV. PERSPECTIVES DES SOINS

A. La place de la famille dans les soins

Depuis quelques années, l'entourage direct des patients borderline bénéficie d'une plus grande reconnaissance et de la prise en compte de leurs souffrances. Leur inclusion comme

partenaires dans le processus thérapeutique est l'une des perspectives de soins à intégrer au centre de l'attention des équipes.

Les mères borderline sont le plus souvent soumises à un isolement social et familial en lien avec leur fonctionnement. Ceci limite tant la quantité que la qualité des expériences affectives interpersonnelles. Ces expériences apparaissent pourtant essentielles à leur propre évolution, mais également aux apprentissages émotionnels précoces de leur bébé.

Renforcer les liens sociaux et familiaux autour des mères borderline et de leur bébé permettrait sans doute d'aider à pérenniser ces dyades dans un fonctionnement plus stable.

L'entourage des mères borderline est généralement considéré avec suspicion par le monde des soignants (124). Cependant, si le milieu d'origine peut parfois être préjudiciable, l'entourage familial peut aussi être le témoin impuissant de l'état pathologique douloureux et complexe du patient borderline.

Dans une approche thérapeutique globale de la problématique borderline, développer un travail de psychoéducation auprès des familles pourrait être intéressant. Dans ce sens, la constitution de groupes thérapeutiques pour les proches et/ou leur orientation vers des associations de soutien en coordination avec la communauté soignante, pourrait permettre une meilleure compréhension de la pathologie maternelle et ainsi favoriser le soutien familial.

Par ailleurs, il est souhaitable voire même indispensable que le père de l'enfant, s'il est présent, soit toujours associé au projet thérapeutique. L'accueillir et soutenir son implication dans les soins pourraient lui permettre de renforcer sa place auprès de son enfant, mais aussi auprès de sa compagne malade. Cela semble encore plus nécessaire lorsque la famille est séparée, dans le cas d'une hospitalisation en unité mère-bébé par exemple.

Une alliance solide avec le père de l'enfant doit être systématiquement recherchée. Il est important de valoriser le regard qu'il porte sur la dyade, des solutions qu'il pourrait proposer et sa participation aux soins de l'enfant.

L'accession à leur parentalité respective peut également ébranler le couple et être l'occasion de voir émerger une demande plus spécifique autour d'un travail de couple.

B. Théorie de l'attachement et thérapie systémique

Des ponts entre la théorie de l'attachement et l'approche systémique se développent.

Bien que les grilles de lecture et les stratégies thérapeutiques des deux approches soient spécifiques à chacune d'elles, elles peuvent aussi gagner à se nourrir mutuellement tout en conservant leur identité. Cela pourrait permettre de contribuer à élargir les soins proposés aux dyades et à leur entourage familial.

Devant les aspects relationnels propres aux deux théories, certains systémiciens se sont inspirés de la théorie de l'attachement. Ils l'ont également critiquée, en particulier pour ce qui

concerne le fait qu'elle traite essentiellement de contextes dyadiques et qu'on ne peut la transposer automatiquement aux triades, voire aux familles (125).

Bien qu'en pratique, ses travaux ne portèrent que sur des dyades mère-bébé, Bowlby préconisa dans l'un de ses premiers articles, l'utilisation d'un travail familial en cas de blocage d'une thérapie individuelle (Bowlby, 1949).

Cependant, il influencera John Bell (1961), l'un des pionniers de la thérapie familiale, convaincu d'une pratique de thérapie familiale de Bowlby (John Byng-Hall (1995)).

1. Transmission transgénérationnelle

Le concept de modèle interne opérant (MOI) que Bowlby a décrit en 1980, désigne les modèles mentaux que l'enfant se construit (Miljkovitch, 2002). Ces modèles le guideront dans ses relations interpersonnelles. Le MOI comprend un "modèle de soi" qui correspond à une image de soi plus ou moins digne d'être aimé, et un "*modèle d'autrui*" correspondant à une perception de l'autre concernant la sensibilité et l'attention portée à ses besoins.

L'enfant devenu adulte, perçoit les informations qu'il reçoit par le prisme de son modèle de soi et des autres qu'il a construit dans son enfance auprès de ses parents. Bowlby y associe la notion de "*transmission intergénérationnelle*".

Les mécanismes en jeu dans cette transmission intergénérationnelle ont ensuite été longuement étudiés. Miljkovitch souligne à ce propos, que «ce qui détermine le comportement *des parents à l'égard de leurs enfants, ce n'est pas tant leurs expériences passées, mais plutôt les représentations qu'ils en ont*». Ce point indique l'importance de la construction de nouveaux modes d'échanges non déterminés par les traumatismes passés (126).

Certains ce sont eux intéressés à la place prise par les expériences d'enfance dans la vie de couple. Ils développent l'idée que les modèles de relations intériorisés durant l'enfance pourraient orienter les attentes d'une personne envers son partenaire (127).

D'autres, notent qu'en ce qui concerne le choix du partenaire, toute personne a tendance à aller vers ce qui lui est familier pour créer une relation d'attachement (128). Ainsi, si un attachement sécure avec la figure d'attachement a pu s'opérer dans l'enfance, il y aurait plus de chance que la personne choisie comme partenaire ensuite soit en mesure d'apporter réassurance et réconfort en période de stress.

Byng-Hall, collaborateur de Bowlby, a tenté d'intégrer la théorie de l'attachement à l'approche systémique.

Il a défini la "base de sécurité familiale" en 1995 comme un cadre systémique, permettant de comprendre la configuration d'attachement familial. Il note les influences mutuelles des attachements de chacun, ainsi que la complémentarité entre les attachements parentaux et ceux de l'enfant. Cette base de sécurité familiale offre un réseau fiable d'attention qui donne à

chacun des membres un sentiment de sécurité suffisant pour pouvoir explorer le monde et se développer.

A l'aide du Family Separation Test qu'il a créé, il tente de révéler les difficultés de séparation, les comportements d'attachement entre frères et sœurs durant la séparation, les attachements au thérapeute, la figure d'attachement principale pour chaque enfant en présence de tous, et enfin des informations sur la nature des attachements.

Byng-Hall analyse plusieurs configurations familiales d'attachement qu'il conceptualise en termes de scénario. Il développera notamment la notion « *d'enfant parentifié* ». Ce dernier se comporte à première vue comme s'il était plus jeune qu'il n'est en réalité, mais en même temps, il soutient un parent. Selon Bowlby, "*traiter un enfant comme s'il était plus petit est une technique qui assure qu'il reste disponible comme figure d'attachement* " (pour le parent).

Dans une tentative d'associer la théorie de l'attachement et le modèle systémique, il est proposé que la qualité de la relation entre les parents joue un rôle essentiel dans la transmission générationnelle de modèles opérants d'attachement (129). Cette qualité du lien conjugal pourrait contribuer au style affectif des parents et à celui de l'adaptabilité des enfants.

La transmission des liens d'attachement est complexe. Lorsqu'un individu a intégré qu'il est digne d'être aimé et que les autres lui répondront et seront disponibles quand il en aura besoin, il aura plus de chance d'établir des relations satisfaisantes avec ses partenaires. Par ailleurs, il aura plus de capacité à résoudre des problèmes relationnels rencontrés et à gérer ses émotions sans en perdre le contrôle (129).

Ainsi l'environnement familial établi par les couples qui peuvent gérer leurs émotions et résoudre les problèmes de manière effective, facilite les relations mère-enfant et père-enfant, lesquelles, en retour, favorisent la capacité de l'enfant à explorer de nouvelles idées et relations (130).

2. Attachement et couple

Un modèle décrivant les étapes du développement du lien d'attachement dans le couple a également été décrit (131). On retrouve la balance entre le système d'attachement et le système exploratoire. Comme le tout petit, le lien d'attachement au partenaire libérerait de l'énergie psychique pour se tourner vers l'extérieur tout en étant assuré de la persistance de ce lien.

Sur la base d'une étude portant sur un échantillon de 100 adultes, il est établi que même si les amis peuvent offrir du réconfort au sein d'une certaine proximité et constituent ainsi des havres de sécurité, seul le partenaire amoureux, au sein d'une relation stable de plus de deux

ans, peut jouer le rôle de base de sécurité (132). Il constituerait la figure d'attachement principale à l'âge adulte et prendrait la place qu'avaient les parents durant l'enfance (131).

La capacité de conscience réflexive, permettant de réfléchir sur ses propres états mentaux et ceux des autres, intervient là encore dans la gestion de la relation de couple et des conflits en particulier (133). Selon cette approche, cette capacité est liée à la qualité du lien d'attachement et se développe davantage chez les enfants sécures que chez les insécures.

Mintz (2002) souligne *“qu'il existe donc un lien entre sécurité de l'attachement, capacité d'autoréflexion et capacité à négocier les conflits dans la famille”*. Elle ajoute que c'est précisément cette sécurité des liens d'attachement dans la famille qui sera la cible d'une thérapie familiale inspirée par la théorie de l'attachement.

Ainsi, les théoriciens de l'attachement conçoivent la création du couple en intégrant deux aspects dans le choix du partenaire. Il se ferait dans une recherche de sécurité, protectrice face aux facteurs de stress. En même temps, ce choix serait sous-tendu par une « quête du familial ».

Une thématique fondamentale de la psychothérapie émerge. L'accès à l'ambivalence entre un sentiment de sécurité lié au familial, et la souffrance voire l'insécurité pouvant être ressentie si ce vécu familial en est imprégné.

3. Les limites

Les modèles internes opérants intègrent également l'ensemble des attentes envers l'entourage que l'enfant se construit progressivement sur la base des premières expériences relationnelles. Ces modèles que John Byng-Hall qualifie de “scripts familiaux” serviraient pour l'auteur de guides dans la construction des relations significatives au cours de la vie. Ces concepts ont parfois pu être rapprochés de la notion de “construction du monde” de Mony Elkaïm (1989). Dans ce modèle, les croyances personnelles profondes que les partenaires d'un couple tentent de renforcer en se sculptant mutuellement, sont à mettre en balance avec le programme officiel constitué par des attentes explicites envers l'autre.

Les programmes officiels paraissent dans certains cas en contradiction avec les constructions du monde. Il s'agit d'un processus interactionnel qui cimente l'équilibre du système couple.

Le modèle interne opérant appartient au sujet et l'oriente dans toutes les relations avec autrui sans pour autant qu'il se préoccupe du modèle interne opérant de son partenaire.

Dans le modèle d'Elkaïm, les constructions du monde n'expliquent donc pas à elles seules le choix du partenaire et le mode relationnel du couple. Elles ne constituent pas non plus la trame exclusive de toutes les relations des deux membres de ce système. Certaines peuvent s'amplifier à l'occasion du hasard d'une rencontre.

Par ailleurs, la plupart des tentatives anglo-saxonnes d'intégrer les théories de l'attachement aux pratiques systémiques semblent faire l'impasse sur la notion de "*fonction*" au sein du système. Ils se réfèrent plutôt à des approches transgénérationnelles influencées par une vision causale plus linéaire.

Cela montre qu'il reste encore à approfondir les recherches, afin de lier plus solidement les deux grilles de lecture.

Cependant, les professionnels abordant le travail familial dans le cadre du suivi de mères présentant un trouble borderline, pourrait enrichir leur pratique de la problématique initiale de l'attachement. Une meilleure compréhension de la dynamique familiale pourrait être apportée. Dans une perspective préventive pour le bébé, améliorer les interactions au sein du système parental pourrait aussi favoriser des interactions plus harmonieuses parents-bébé, contribuant à un meilleur développement de ses capacités de régulations émotionnelles.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les données actuelles de la littérature montrent que la période périnatale est particulièrement critique pour les femmes présentant un trouble de personnalité borderline.

Alors que la maternité est l'occasion d'une crise existentielle potentiellement maturative chez la plupart des femmes, les mécanismes psychiques opérants lors de l'accession à la parentalité, tendent plutôt à aggraver l'expression du trouble borderline.

Les capacités maternelles de ces femmes sont particulièrement mises à l'épreuve, notamment pour évaluer et répondre de façon ajustée aux besoins de leur enfant. Il en résulte des interactions dysharmonieuses avec leur bébé, à risque pour le développement précoce de celui-ci.

Il semble donc primordial de soutenir ces mères durant cette période.

L'arrivée d'un nouvel enfant, recèle une part d'espoir dans les possibilités de soins qu'elle offre. La multiplication des contacts avec les différents professionnels de périnatalité est rendue obligatoire par l'état de grossesse puis le suivi du bébé.

Il s'agit là d'une véritable opportunité à l'insertion de la dyade dans un réseau de soins organisés. Ceci laisserait entrevoir une fenêtre de soins. En effet, par l'accès et le soutien apporté à la relation mère-bébé, il s'agirait de prévenir les risques développementaux de l'enfant, mais également d'envisager une évolution plus favorable du trouble maternel.

Cependant en France, il existe encore peu de programmes de soins établis pour ce type de dyades.

Au travers de deux situations illustrant la variabilité dans l'expression clinique du trouble de personnalité borderline, nous avons pointé certains dispositifs de soins existant dans la région lilloise. De par leurs caractéristiques propres, nous avons vu que ces dispositifs tentent de soutenir de façon personnalisée la parentalité de ces mères, tout en s'assurant du bon développement précoce du bébé.

L'une des problématiques majeures au fonctionnement des mères borderline se situe dans l'interaction à autrui. L'enjeu relationnel pour ces mères sera d'éviter l'abandon, soit en l'imposant activement, soit en se retirant insidieusement.

Les soins dispensés à ces dyades pourraient s'envisager au sein d'un espace empathique, au cadre thérapeutique solide, permettant à ces femmes d'accéder à la « sécurité émotionnelle » (F. Molénat) nécessaire à une transformation maturative.

Depuis sa conception, la psychiatrie périnatale n'a de sens que par son intégration au sein d'un réseau.

Ainsi, l'insertion et la collaboration étroite avec les réseaux de soins de proximité, dont les secteurs de psychiatrie adulte et enfant, sont un enjeu essentiel afin de permettre une continuité et une cohérence des dispositifs proposés. De même, la mise en place d'un cadre thérapeutique commun au sein de ce réseau viendrait renforcer la pertinence du projet de soins pour ces dyades. A partir de là, l'établissement d'une alliance de travail solide et durable pourrait s'envisager avec ces mères.

Ce travail est souvent long et laborieux. Il est à espérer que lorsqu'un fond de sécurité et une alliance de travail auront pu se créer avec ces mères, les résurgences chaotiques de leur passé laisseront place à de véritables surprises élaboratives. Le devenir de ces mères en souffrance sera dépendant de la possibilité pour le réseau de lui offrir sa capacité de percevoir, contenir, tolérer, traduire et partager ses émotions vis-à-vis de son bébé.

Les thérapeutes entourant la dyade auront eux à soutenir chez ces mères, l'empathie, la compréhension des besoins évolutifs de leur enfant, la relation d'attachement, la notion d'intersubjectivité ainsi que les sentiments de compétence et de responsabilité parentale.

En cela, les parentalités limites illustrent bien la nécessité pour les professionnels de personnaliser les soins au plus près de la dyade. L'un des enjeux sera d'éviter la reproduction des modèles relationnels habituellement utilisés, avec leur bébé, mais aussi avec les nouveaux professionnels.

A plus long terme, c'est la prévention des risques de transmission intergénérationnelle qui est en jeu. Il est communément admis aujourd'hui qu'il n'y a pas une cause, mais une multiplicité de facteurs de risques génétiques, environnementaux et épigénétiques qui interviennent en proportion variable dans le développement d'un trouble de personnalité et même de l'attachement.

Les facteurs environnementaux qui favorisent ou non l'expression des gènes pourraient dépendre, non seulement de la nature de ces facteurs, mais aussi de la façon dont l'enfant les expérimente. Ceci a son importance clinique car l'accès à une forme de compréhension et d'adaptation de son environnement par l'enfant est plus facilement modifiable par les processus thérapeutiques que l'environnement lui-même ou les gènes avec lesquels l'environnement interagit.

Par ailleurs, les découvertes actuelles dans le domaine de l'épigénétique, permettraient de considérer les propositions thérapeutiques sous l'angle de cette interaction gène/environnement. Ainsi, l'expression génique serait de façon indirecte, influencée par la qualité ou la quantité de soins dispensés au bébé.

Ces perspectives imposent de ne pas seulement s'intéresser aux facteurs qui précipitent un trouble, mais plutôt les processus qui influencent l'évolution positive ou négative de ce trouble.

Ainsi, l'enjeu de soins précoces et personnalisés prodigués au bébé se veut préventif et thérapeutique.

Au travers de leur maternité, les soins dispensés à la dyade pourraient ainsi donner l'opportunité aux femmes souffrant d'un trouble de personnalité borderline de redéfinir leur trajectoire personnelle et celle de leur enfant.

C'est l'art, la science et l'essence de la fonction thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008;193(6):477–484.
2. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(3):405–420.
3. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Compr Psychiatry*. 2008;49(4):380–386.
4. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry*. 2003;44(4):284–292.
5. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet Lond Engl*. 1 janv 2011;377(9759):74–84.
6. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2010;167(6):663–667.
7. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):2108–2114.
8. Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S, et al. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive–compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med*. 2005;35(3):443–451.
9. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield; 1985.
10. Masterson TG. TG Masterson, *Phys. Rev. C* 6, 690 (1972). *Phys Rev C*. 1972;6:690.
11. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 2013.
12. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, et al. Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2010;167(9):1026–1028.
13. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):226–239.
14. Clifton A, Pilkonis PA. Evidence for a single latent class of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders borderline personality pathology. *Compr Psychiatry*. 2007;48(1):70–78.
15. Ey H. *Traité de psychiatrie*. *Encycl Médicochirurgicale*. 1955;

16. Winnicott W. The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. In: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: the Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis; 1965. p. 1–276.
17. Kernberg OF. Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 1976;24(4):795–829.
18. Bergeret J. *La personnalité normale et pathologique*. Dunod Paris; 1974.
19. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*. 1975;
20. Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Gunderson JG. The validity of DSM-III borderline personality disorder: a phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(1):23–30.
21. Paris J, Zekowitz P, Cuzder J, Joseph S, Feldman R. Neuropsychological Factors Associated With Borderline Pathology in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1 juin 1999 [cité 17 juin 2018];38(6):770–4. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709631890>
22. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*. 15 juin 2002;51(12):951–63.
23. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press; 1993.
24. Beck AT, Freeman A. *Associates* (1990). *Cogn Ther Personal Disord*. 81;
25. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155(12):1733–1739.
26. Steele H, Siever L. An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene–environment considerations. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(1):61–67.
27. Tolfo P. Le trouble de la personnalité borderline constitue-t-il un facteur prédictif de récurrence suicidaire?
28. Eysenck HJ. Student selection by means of psychological tests—a critical survey. *Br J Educ Psychol*. 1947;17(1):20–39.
29. Gray JA. The neuropsychology of temperament. In: *Explorations in temperament*. Springer; 1991. p. 105–128.
30. Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 juin 1987 [cité 16 juin 2018];44(6):573. Disponible sur: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>
31. Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychol Assess*. 1992;4(1):5.

32. Miyazawa N, Akiyama I, Yamagata Z. Risk Factors for Growth of Unruptured Intracranial Aneurysms: Follow-up Study by Serial 0.5-T Magnetic Resonance Angiography. *Neurosurgery*. 2006;58(6):1047–1053.
33. Guelfi JD. Axe I, Axe II ou Troubles mentaux et Troubles de la personnalité. *L'Évolution Psychiatr*. 2014;79(1):55–67.
34. Levy KN, Beeney JE, Temes CM. Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13(1):50–59.
35. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *J Personal Disord*. 2008;22(1):22–41.
36. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev*. 2009;11(3):223–263.
37. Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*. 2009;21(3):1013–1030.
38. Belsky J, Jonassaint C, Pluess M, Stanton M, Brummett B, Williams R. Vulnerability genes or plasticity genes? *Mol Psychiatry*. 2009;14(8):746.
39. Belsky J, Beaver KM. Cumulative-genetic plasticity, parenting and adolescent self-regulation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(5):619–626.
40. Bernier A, Carlson SM, Whipple N. From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Dev*. 2010;81(1):326–339.
41. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386–389.
42. Kochanska G, Philibert RA, Barry RA. Interplay of genes and early mother-child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool age. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(11):1331–1338.
43. Amad A, Ramoz N, Thomas P, Jardri R, Gorwood P. Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. mars 2014 [cité 17 juin 2018];40:6–19. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763414000062>
44. Grosjean B, Tsai GE. NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2007;32(2):103.
45. King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L, Lohrenz T, Fonagy P, Montague PR. The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *science*. 2008;321(5890):806–810.
46. Baumgartner T, Heinrichs M, Vonlanthen A, Fischbacher U, Fehr E. Oxytocin shapes the neural circuitry of trust and trust adaptation in humans. *Neuron*. 2008;58(4):639–650.

47. Buchheim A, Heinrichs M, George C, Pokorny D, Koops E, Henningsen P, et al. Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(9):1417–1422.
48. Domes G, Heinrichs M, Gläscher J, Büchel C, Braus DF, Herpertz SC. Oxytocin attenuates amygdala responses to emotional faces regardless of valence. *Biol Psychiatry*. 2007;62(10):1187–1190.
49. Domes G, Lischke A, Berger C, Grossmann A, Hauenstein K, Heinrichs M, et al. Effects of intranasal oxytocin on emotional face processing in women. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(1):83–93.
50. Prossin AR, Love TM, Koeppel RA, Zubieta J-K, Silk KR. Dysregulation of regional endogenous opioid function in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2010;167(8):925–933.
51. Posner MI, Rothbart MK, Vizueta N, Thomas KM, Levy KN, Fossella J, et al. An approach to the psychobiology of personality disorders. *Dev Psychopathol*. 2003;15(4):1093–1106.
52. Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher O, Levy KN, et al. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1832–1841.
53. Fertuck EA, Lenzenweger MF, Clarkin JF, Hoermann S, Stanley B. Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(3):346–375.
54. Fertuck EA, Jekal A, Song I, Wyman B, Morris MC, Wilson ST, et al. Enhanced ‘Reading the Mind in the Eyes’ in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychol Med*. 2009;39(12):1979–1988.
55. van Elst LT, Hesslinger B, Thiel T, Geiger E, Haegele K, Lemieux L, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*. 2003;54(2):163–171.
56. Hazlett EA, New AS, Newmark R, Haznedar MM, Lo JN, Speiser LJ, et al. Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;58(8):614–623.
57. Nunes PM, Wenzel A, Borges KT, Porto CR, Caminha RM, de Oliveira IR. Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: a meta-analysis. *J Personal Disord*. 2009;23(4):333–345.
58. Mauchnik J, Schmahl C. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(1):46–55.
59. Williams LM, Sidis A, Gordon E, Meares RA. “Missing links” in borderline personality disorder: loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control. *J Psychiatry Neurosci*. 2006;31(3):181.
60. Soloff PH, Meltzer CC, Becker C, Greer PJ, Kelly TM, Constantine D. Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2003;123(3):153–163.

61. Mahler M. Pine, f., & Bergman, A.(1975). *Psychol Birth Hum Infant*.
62. Streri A, Lhote M, Dutilleul S. Haptic perception in newborns. *Dev Sci*. 2000;3(3):319–327.
63. Le Marchand-Cottenceau M. Le corps du bébé comme lieu et reflet de sa construction psychique [PhD Thesis]. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, DES de psychiatrie; 2008.
64. Bergeret J, Soulé M, Golse B. *Anthropologie du fœtus*. Dunod; 2006.
65. Golse B. Naissance de la pensée et aléas de son développement. *Inf Psychiatr*. 2006;82(9):713–721.
66. Bullinger A, Delion P. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2, Tome 2,. Toulouse: Éditions Érès; 2015.
67. Rochat P. Conscience de soi et des autres au début de la vie. *Enfance*. 2003;55(1):39–47.
68. Trevarthen C, Aitken KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application clinique. *Devenir*. 2003;15(4):309–428.
69. Pierrehumbert B. *Premier lien (Le): Théorie de l'attachement*. Odile Jacob; 2003.
70. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Arch Pédiatrie* [Internet]. 1 juin 2008 [cité 15 mars 2018];15:S12- 9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X08739423>
71. Bowlby J. *Attachement et perte* (3 volumes). Paris Puf. 1978;
72. Ainsworth M. L'attachement mère-enfant. *Enfance*. 1983;36(1):7–18.
73. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1985;66–104.
74. Fonagy P, Target M. Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? 2005;
75. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 2007;19(2):151–188.
76. Pedersen CA. Oxytocin control of maternal behavior regulation by sex steroids and offspring stimulia. *Ann N Y Acad Sci*. 1997;807(1):126–145.
77. Carter CS. Biological perspectives on social attachment and bonding. *Attach Bond New Synth*. 2005;85–100.
78. Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S, Strathearn L. Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(3- 4):262–287.
79. Tu MT, Lupien SJ, Walker C-D. Measuring stress responses in postpartum mothers: perspectives from studies in human and animal populations. *Stress*. 2005;8(1):19–34.

80. Carter CS, Altemus M, Pchrousos G. Neuroendocrine and emotional changes in the postpartum period. In: *Progress in brain research*. Elsevier; 2001. p. 241–249.
81. Heinrichs M, Meinlschmidt G, Neumann I, Wagner S, Kirschbaum C, Ehlert U, et al. Effects of suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactating women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86(10):4798–4804.
82. Matthiesen A-S, Ransjö-Arvidson A-B, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth*. 2001;28(1):13–19.
83. Whiffen VE, Kerr MA, Kallos-Lilly V. Maternal depression, adult attachment, and children's emotional distress. *Fam Process*. 2005;44(1):93–103.
84. Wendland J. Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant: une revue de la littérature. *Carnet Notes Sur Maltraitements Infant*. 2017;(1):5–27.
85. Macfie J, Swan SA. Representations of the caregiver–child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* [Internet]. août 2009 [cité 11 août 2018];21(3):993–1011. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/representations-of-the-caregiverchild-relationship-and-of-the-self-and-emotion-regulation-in-the-narratives-of-young-children-whose-mothers-have-borderline-personality-disorder/C03C20ED633BFD934906B36A0F2AE981>
86. Hobson RP, Patrick M, Crandell L, GARCÍA-PÉREZ R, Lee A. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2005;17(2):329–347.
87. BuChheim A, GeorGe Ca. Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. *Disorganization Attach Caregiving*. 2011;2:343–383.
88. Hobson RP, Patrick MP, Hobson JA, Crandell L, Bronfman E, Lyons-Ruth K. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *Br J Psychiatry*. 2009;195(4):325–330.
89. LYONS-RUTH K, Yellin C, Melnick S, Atwood G. Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol*. 2005;17(1):1–23.
90. Main M, Cassidy J. Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Dev Psychol*. 1988;24(3):415.
91. Lamour M, Barraco M. Souffrances autour du berceau: des émotions au soin. Gaëtan Morin; 1998.
92. Mazet P, Stoléru S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant: développement et interactions précoces*. Elsevier Masson; 2003.
93. Fraiberg S. Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. *Devenir*. 1993;5(1):7–29.

94. Amar M, Garret-Gloanec N, Le Marchand-Cottenceau M. Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2009;57(6):542–547.
95. Lebovici S. Les interactions fantasmatiques. *J Pédiatrie Puériculture.* 1995;8(2):94–98.
96. Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR, Boyce P. Borderline personality disorder, mother–infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007;41(7):598–605.
97. Le Nestour A, Danon G, Tarnopolsky D. 4. Comment voyager dans un continent maternel incertain pour conquérir le nouveau monde d’un bébé. In: *La grossesse, l’enfant virtuel et la parentalité* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2004 [cité 16 mai 2018]. p. 649. Disponible sur: <http://www.cairn.info/grossesse-l-enfant-virtuel-et-la-parentalite--9782130545316-page-649.htm>
98. Wendland J, Brisson J, Medeiros M, Camon-Sénéchal L, Aidane E, David M, et al. Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent–infant interaction, and preventive/therapeutic approach. *Clin Psychol Sci Pract.* 2014;21(2):139–153.
99. Racamier P-C, Sens C, Carretier L. La mère et l’enfant dans les psychoses du post-partum. *L’évolution Psychiatr.* 1961;26(4):525–570.
100. Stern G, Kruckman L. Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique. *Soc Sci Med.* 1983;17(15):1027–1041.
101. Dugnat M, Douzon M. Quelques questions sur les différentes figures des réseaux en périnatalité. *Spirale* [Internet]. 2007 [cité 19 août 2018];41(1):97. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-spirale-2007-1-page-97.htm>
102. MOLENAT F. Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains. Eres; 2009. 275 p.
103. Dugnat M. Santé mentale et psychiatrie périnatales: renouveler l’approche de la prévention. *Dialogue.* 2002;(3):29–41.
104. Circulaire, D. H. O. S. août, 2005.
105. DGS, Circulaire. DH n 70. déc 11, 1992.
106. Chardeau P, Lafont V. Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *Psychiatr Emc Paris Elsevier-Masson Sas.* 2007;37–170.
107. Aidane É, Wendland J, Rabain D, Marie P. Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d’une mère borderline et son bébé. *Psychiatr Enfance* [Internet]. 2009 [cité 19 août 2018];52(1):131. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2009-1-page-131.htm>
108. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* [Internet]. mai 2002 [cité 19 août 2018];39(3):281 - 91. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1017/S0048577201393198>

109. Grosjean B. From Synapse to Psychotherapy: The Fascinating Evolution of Neuroscience. *Am J Psychother* [Internet]. juill 2005 [cité 19 août 2018];59(3):181- 97. Disponible sur: <http://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.psychotherapy.2005.59.3.181>
110. Bartels A, Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage* [Internet]. 1 mars 2004 [cité 19 août 2018];21(3):1155- 66. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053811903007237>
111. Hariri AR, Bookheimer SY, Mazziotta JC. Modulating emotional responses: effects of a neocortical network on the limbic system. *Neuroreport*. 17 janv 2000;11(1):43- 8.
112. Davanger S, Ellingsen Ø, Holen A, Hugdahl K. Meditation-Specific Prefrontal Cortical Activation during Acem Meditation: An FMRI Study. *Percept Mot Skills* [Internet]. 1 août 2010 [cité 19 août 2018];111(1):291- 306. Disponible sur: <https://doi.org/10.2466/02.04.22.PMS.111.4.291-306>
113. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res*. 30 janv 2011;191(1):36- 43.
114. van Reekum CM, Johnstone T, Urry HL, Thurow ME, Schaefer HS, Alexander AL, et al. Gaze fixations predict brain activation during the voluntary regulation of picture-induced negative affect. *NeuroImage* [Internet]. 1 juill 2007 [cité 19 août 2018];36(3):1041- 55. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105381190700211X>
115. Ochsner KN, Ray RR, Hughes B, McRae K, Cooper JC, Weber J, et al. Bottom-Up and Top-Down Processes in Emotion Generation: Common and Distinct Neural Mechanisms. *Psychol Sci* [Internet]. 1 nov 2009 [cité 19 août 2018];20(11):1322- 31. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02459.x>
116. Domes G, Schulze L, Böttger M, Grossmann A, Hauenstein K, Wirtz PH, et al. The neural correlates of sex differences in emotional reactivity and emotion regulation. *Hum Brain Mapp* [Internet]. 2 déc 2009 [cité 19 août 2018];31(5):758- 69. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/hbm.20903>
117. Le Foll J, Guedeney A. Visites à domicile préventives périnatales dans les familles à problèmes multiples : efficacité et limites. *Devenir* [Internet]. 2014;26(1):59- 72. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2014-1-page-59.htm>
118. Dozier M, Stoval KC, Albus KE, Bates B. Attachment for Infants in Foster Care: The Role of Caregiver State of Mind. *Child Dev* [Internet]. 1 sept 2001 [cité 19 août 2018];72(5):1467- 77. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-8624.00360>
119. Korfmacher J, Green B, Spellmann M, Thornburg KR. The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Ment Health J* [Internet]. 1 sept 2007 [cité 19 août 2018];28(5):459- 80. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.20148>
120. Fitzmaurice B. Borderline personality disorder – a clinical guide, Gunderson JG (with Links PS). 2nd Ed. American Psychiatric Publishing Inc: Washington DC, 2008. *Ir J Psychol Med*. 1 sept 2009;26:155- 6.

121. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: Overview and update. *Int J Psychoanal* [Internet]. 1 juin 2008 [cité 19 août 2018];89(3):601- 20. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x>
122. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 1 avr 2017 [cité 19 août 2018];74(4):319. Disponible sur: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
123. Pêcheux M-G. L'ajustement parental : un concept à la fois utile et flou. *Année Psychol* [Internet]. 1990 [cité 19 août 2018];90(4):567- 83. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1990_num_90_4_29430
124. M.A VP. *Overcoming Borderline Personality Disorder: A Family Guide for Healing and Change*. Oxford University Press; 2010. 420 p.
125. Kozłowska K, Hanney L. The Network Perspective: An Integration of Attachment and Family Systems Theories*. *Fam Process* [Internet]. sept 2002 [cité 19 août 2018];41(3):285- 312. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1545-5300.2002.41303.x>
126. Miljkovitch R, Pierrehumbert B, Bretherton I, Halfon O. Associations between parental and child attachment representations. *Attach Hum Dev* [Internet]. 1 sept 2004 [cité 19 août 2018];6(3):305- 25. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/14616730412331281557>
127. Owens G, Crowell JA, Pan H, Treboux D, O'Connor E, Waters E. THE PROTOTYPE HYPOTHESIS AND THE ORIGINS OF ATTACHMENT WORKING MODELS: ADULT RELATIONSHIPS WITH PARENTS AND ROMANTIC PARTNERS. *Monogr Soc Res Child Dev* [Internet]. 28 juin 2008 [cité 19 août 2018];60(2- 3):216- 33. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1540-5834.1995.tb00213.x>
128. Berscheid E, Reis HT. Attraction and close relationships. In: *The handbook of social psychology*, Vols 1-2, 4th ed. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1998. p. 193- 281.
129. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev* [Internet]. 1 sept 2002 [cité 19 août 2018];4(2):133- 61. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
130. Byng-Hall J. Family couple therapy: Toward greater security. In: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY, US: Guilford Press; 1999. p. 625- 45.
131. Goldbeter-Merinfeld É. Théorie de l'attachement et approche systémique, Abstract. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux* [Internet]. 2005 [cité 19 août 2018];no 35(2):13- 28. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2005-2-page-13.htm>
132. Hazan C, Shaver PR. Love and Work: An Attachment-Theoretical Perspective. :11.
133. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol* [Internet]. déc 1997 [cité 20 août 2018];9(4):679- 700. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/attachment-and-reflective-function-their-role-in-selforganization/FEC1E2D572C1B3E4A96D2EBA08397562>

AUTEUR : Nom : MOUIND

Prénom : Kelam

Date de Soutenance : 17 Septembre 2018

Titre de la Thèse : Trouble de personnalité borderline et période périnatale : Objectifs et enjeux des soins pour la dyade

Thèse-Médecine-Lille 2018

Cadre de classement : Psychiatrie périnatale

DES + Spécialité : Psychiatrie

Mots clés : Borderline, périnatalité, dyade, réseau

Résumé : L'importance des conséquences psychosociales et du taux de mortalité suicidaire dans le trouble de personnalité borderline en fait actuellement un enjeu majeur de santé publique. Les conséquences sur l'entourage familial proche et notamment sur l'enfant restent incomplètement étudiées.

Chez les femmes présentant un trouble de personnalité borderline, les déséquilibres psychiques induits lors de l'accession à la parentalité peuvent se manifester par une incapacité à évaluer et à répondre de façon ajustée aux besoins de son enfant.

De graves répercussions au sein des interactions mère-enfant et sur le développement précoce du bébé sont à craindre.

L'insertion de la dyade dans un réseau de soins lors de la période périnatale peut se révéler être une opportunité thérapeutique, tant pour l'évolution du trouble maternel, de la relation à son bébé, que dans la prévention des risques encourus par ce dernier.

Ce travail a consisté en une revue de littérature non exhaustive des aspects théoriques et cliniques portant sur l'impact du trouble de personnalité borderline dans la relation mère-bébé et le développement précoce de l'enfant.

Au travers de deux illustrations cliniques, nous avons pointé certains dispositifs de soins, existant dans la métropole lilloise et au sein du CHRU de Lille, permettant de soutenir des mères présentant un trouble de personnalité borderline dans leur parentalité, tout en assurant la protection nécessaire au développement précoce de leur bébé.

Nous avons ensuite attiré notre attention sur les enjeux et objectifs principaux de la mise en place de façon préventive et précoce de soins spécifiques pour ces dyades.

Composition du Jury

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Aline PICARD

