

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2010.....

N° 18

THESE  
pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de Psychiatrie

par

**Marie-Charlotte Bouchard-Fernandes**

née le 30 décembre 1980 à la Garenne-Colombes

---

Présentée et soutenue publiquement le 27 avril 2010

---

Peut-on adapter notre dispositif de soins pour en faciliter l'accès à certaines populations vulnérables présentant des troubles graves de la relation précoce parents-bébé ?

*Place de l'Hospitalisation à Domicile mère-bébé du réseau « Bien Naître en Vendée » dans le cadre du dispositif global de prévention et de soin périnatal.*

---

Président du jury: Monsieur le Professeur Michel AMAR  
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yvan HALIMI

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION :</b>	<b>5</b>
<b>LES CHAMPS CONCERNES PAR NOTRE PROJET</b>	<b>6</b>
A. HYPOTHESES PSYCHODYNAMIQUES DES PROCESSUS A L'ŒUVRE DURANT LA GROSSESSE	7
1. <i>La maternalité</i>	7
2. <i>Le désir d'enfant</i>	7
3. <i>L'identification maternelle<sup>7</sup></i>	9
4. <i>La transparence psychique</i>	10
B. L'ATTACHEMENT	12
1. <i>Historique de la théorie de l'attachement</i>	12
2. <i>Définitions</i>	13
3. <i>Soins parentaux et attachement</i>	13
4. <i>La situation étrange</i>	14
C. LES INTERACTIONS PARENTS-BEBE	15
1. <i>Les interactions comportementales</i>	16
2. <i>Les interactions affectives<sup>23, 24</sup></i>	18
3. <i>Les interactions fantasmatiques</i>	19
4. <i>Le père dans l'interaction</i>	21
5. <i>Le bébé dans l'interaction</i>	22
6. <i>Le modèle transactionnel</i>	22
7. <i>Le système « d'encadrement du développement »<sup>24</sup></i>	23
8. <i>Quand les interactions dysfonctionnent</i>	24
D. EXPRESSIONS SYMPTOMATIQUES DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES BEBES	27
1. <i>Manifestations somatiques</i>	27
2. <i>Les troubles du développement</i>	29
3. <i>Les troubles du comportement</i>	31
4. <i>Les manifestations émotionnelles</i>	32
E. LES TROUBLES MATERNELS CONCERNES PAR NOTRE PROJET	33
1. <i>Les familles dites « à problèmes multiples »</i>	33
2. <i>Grossesse et adolescence</i>	38
3. <i>Psychose et grossesse</i>	42
4. <i>La dépression du post-partum</i>	51
<b>POUR REpondre A CES TROUBLES : QUELLES STRATEGIES D'EVALUATION, DE PREVENTION ET DE SOINS ?</b>	<b>57</b>
A. LA GROSSESSE	58
1. <i>Réseaux santé périnatalité et staffs de parentalité</i>	58
2. <i>L'entretien prénatal précoce</i>	60
B. PERIODE POST-NATALE	61
1. <i>La psychiatrie de liaison en maternité</i>	61
2. <i>Consultations en ambulatoire</i>	63
3. <i>Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie</i>	64
4. <i>Les hôpitaux de jour</i>	66
C. PLACE DU TRAVAIL AU DOMICILE PARMIS LES DIFFERENTES PRISES EN CHARGE ACTUELLES	66
1. <i>Aller au domicile</i>	66
2. <i>L'habitat</i>	67
3. <i>Intérêts du travail au domicile en mère-bébé</i>	68
4. <i>Pour le soignant</i>	70
5. <i>Les espaces</i>	70
6. <i>Le cadre professionnel</i>	71
7. <i>Évolution de la relation soignant-patient dans le travail au domicile</i>	73
D. L'OBSERVATION DU NOURRISSON SELON ESTHER BICK ET SES APPLICATIONS	74
E. PRISES EN CHARGE AU DOMICILE DES TROUBLES DE LA RELATION MERE-BEBE	79
1. <i>Expérience de D. Houzel à Brest</i>	79
2. <i>Le modèle de S. Fraiberg</i>	81

3.	<i>L'approche à domicile selon M. Lamour et M. Barraco</i> <sup>24</sup> .....	82
4.	<i>Psychothérapies à domicile dans les familles dites « à problèmes multiples » : approche de S. Stoleru et M. Moralès-Huet.</i> .....	84
F.	DANS CERTAINES SITUATIONS DES SOINS INTENSIFS AU DOMICILE SERAIENT NECESSAIRES. ....	86
1.	<i>Prises en charge habituelles des familles dites « à problèmes multiples » et difficultés rencontrées.</i> .....	87
2.	<i>Prises en charge des mères adolescentes.</i> .....	91
3.	<i>Prises en charge actuelles des dyades quand la mère est psychotique.</i> .....	91
4.	<i>Prises en charge des dépressions du post-partum.</i> .....	92
G.	DISPOSITIF ACTUEL DU CENTRE D. WINNICOTT, LA ROCHE-SUR-YON .....	92
H.	QUELQUES EXEMPLES DE SITUATIONS CLINIQUES QUI NOUS ONT CONDUIT A EVOQUER LA NECESSITE DE SOINS PLUS INTENSIFS AU DOMICILE.....	94
1.	<i>Cas clinique Alfred</i> .....	94
2.	<i>Cas clinique Mélanie</i> .....	101
3.	<i>Cas clinique Nicolas</i> .....	106
4.	<i>Cas clinique Laura</i> .....	112
<b>:</b>	<b>CE QUI EXISTE ACTUELLEMENT EN FRANCE EN TERMES D'HAD MERE-BEBE.....</b>	<b>118</b>
A.	L'HOSPITALISATION A DOMICILE, QU'EST CE QUE C'EST ?.....	119
1.	<i>Historique de l'HAD</i> .....	119
2.	<i>HAD et psychiatrie</i> <sup>132</sup> .....	120
3.	<i>Définition et organisation de l'hospitalisation à domicile (HAD) en France.</i> .....	121
4.	<i>Tarifcation</i> .....	122
5.	<i>Développement</i> <sup>135</sup> .....	123
6.	<i>HAD en Pays de La Loire</i> <sup>135</sup> .....	123
7.	<i>Prises en charge actuelles</i> <sup>135</sup> .....	123
8.	<i>Organisation</i> <sup>135</sup> .....	124
B.	HAD VENDEE : ECHANGES AVEC LE DR MOREAU, DIRECTRICE DE L'HAD VENDEE .....	124
C.	CADRE LEGISLATIF .....	126
1.	<i>Textes de références</i> :.....	126
2.	<i>Circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile</i> .....	127
3.	<i>Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.</i> .....	131
D.	REUNION DE TRAVAIL AVEC LE DR E. HUBERT (PRESIDENTE DE LA FEDERATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION A DOMICILE (FNEHAD) ET ANCIEN MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE).....	131
E.	L'HOSPITALISATION A DOMICILE PSYCHIATRIQUE MERE-BEBE ACTUELLEMENT EN FRANCE .....	133
1.	<i>Expérience d'HAD en pédopsychiatrie à Montfavet</i> .....	134
2.	<i>L'expérience de Denain</i> : .....	136
3.	<i>L'expérience de Lille</i> .....	140
4.	<i>Projet de l'équipe de Strasbourg : échanges avec le Pr. Danion-Grilliat, le Dr Zimmermann et le Dr Vecchionacci. (Unité mère-nourrisson de Strasbourg)</i> .....	141
<b>:</b>	<b>LE PROJET D'HOSPITALISATION A DOMICILE DU RESEAU « BIEN NAITRE » EN VENDEE.....</b>	<b>144</b>
A.	LE PROJET D'ETABLISSEMENT.....	145
B.	ÉVALUATION DES BESOINS : .....	147
C.	EXEMPLES DE PRISE EN CHARGE HAD A PARTIR DES CAS CLINIQUES : .....	147
1.	<i>Projet HAD pour Alfred</i> :.....	147
2.	<i>Projet HAD pour Mélanie</i> :.....	148
3.	<i>Projet HAD pour Nicolas</i> : .....	149
4.	<i>Projet HAD pour Laura</i> :.....	150
D.	LE PROJET ACTUEL .....	150
<b>:</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>152</b>
<b>:</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>154</b>
A.	ANNEXE 1 :SPIRALE TRANSACTIONNELLE. M. LAMOUR, M. BARRACO. <sup>24</sup> .....	154
B.	ANNEXE 2 : AUTO-QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DE LA DEPRESSION POST-PARTUM : EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE.....	155
C.	ANNEXE 3:LISTE DES CANTONS COUVERTS PAR HAD VENDEE.....	157
D.	ANNEXE 4 :ORGANIGRAMME DE L'HAD VENDEE.....	158

E. ANNEXE 5 :DYADES AYANT BENEFICIEES D'HDJ ET/OU DE VISITES A DOMICILE SUR LES ANNEES 2008-2009. DONNEES RECUEILLIES AUPRES DE LA FIRM (FEDERATION DE L'INFORMATION ET DE LA RECHERCHE MEDICALE) DE L'HOPITAL GEORGES MAZURELLE. .... 159

• **BIBLIOGRAPHIE** ..... 162

## **. Introduction :**

Le travail réalisé par le centre D. Winnicott s'inscrit au sein du réseau « Bien Naître en Vendée ».

Ce réseau départemental initié il y a une vingtaine d'années, regroupe l'ensemble des professionnels de la grossesse et de la petite enfance. Il est affilié au réseau régional sécurité-naissance « Naître ensemble » des pays de la Loire.

Siège du réseau « Bien Naître en Vendée », le centre Donald Winnicott en assure la coordination visant à développer et harmoniser dans le cadre des recommandations de la Haute Autorité de Santé, le dépistage et la prise en charge des troubles de la relation précoce parents-bébé sur l'ensemble du département.

Outre son rôle de coordination, le Centre Donald Winnicott est amené à accueillir et assurer la prise en charge thérapeutique des situations pathologiques qui lui sont adressées dans le prolongement de ce dépistage.

C'est dans ce cadre, qu'il apparaît utile de compléter les modalités de réponses thérapeutiques actuelles (consultations, traitements individuels et de groupes, hospitalisation de jour mère-bébé) par la mise en place d'un dispositif d'hospitalisation à domicile (HAD) (4 places), compte tenu des bénéfices importants attendus de cette formule de soins. Notamment pour une population dont la fragilité ne permet pas l'accès au soin dans le cadre de notre dispositif actuel, alors qu'elle présente des troubles graves de la relation précoce relevant de soins intensifs.

L'objectif de ce dispositif est d'apporter un étayage, dans le cadre de vie familial, à la construction de la relation mère-enfant dans les troubles graves de la relation.

Dans un premier temps, nous allons définir les champs concernés par notre projet d'HAD psychiatrique mère-bébé. Nous démontrerons ensuite l'intérêt de ce type de prise en charge par rapport aux autres réponses thérapeutiques, à partir d'exemples d'expérience de soins au domicile des troubles de la relation parents-bébé et de cas cliniques.

Ensuite nous ferons un rappel sur l'hospitalisation à domicile, son histoire, son cadre légal et administratif et nous rapporterons les expériences d'HAD mère-bébé existant actuellement en France.

Pour finir nous exposerons notre projet.

• **Les champs concernés par notre projet**

## **A. Hypothèses psychodynamiques des processus à l'œuvre durant la grossesse**

### **1. La maternalité<sup>1</sup>**

Le terme de maternalité, traduit de l'anglais *motherhood*, fut introduit par Racamier<sup>2</sup> en 1961 dans l'article sur les délires puerpéraux. L'auteur considère la maternité comme une phase du développement psychoaffectif et insiste sur l'importance de l'identification à la mère. Ce processus parcourrait tous les stades du développement jusqu'à la configuration oedipienne, mais il serait essentiellement préoedipien : oral avec des expériences d'agressivité dévoratrice et de satisfaction paisible, anal avec un investissement du fœtus d'une valeur « trésor » ou « poison intracorporel » et phallique où l'enfant représente un équivalent phallique.

Il assimile la naissance à un traumatisme et à une rupture pour la mère. Il évoque la relation anaclitique qui unirait la mère à son nouveau-né et décrit un processus qui conduit la mère du narcissisme à l'objectalité. Il nomme cette phase du développement psychoaffectif de la femme : « maternalité ».

Selon J. Dayan<sup>1</sup>, schématiquement, au cours de ce processus deux notions sont importantes:

- La perte, comme perte de l'enfance, le deuil de l'enfant imaginaire et la perte de l'objet maternel.
- L'actualisation des affects et des représentations avec une reviviscence des conflits infantiles, des traumatismes et des deuils.

### **2. Le désir d'enfant**

Pour S. Freud<sup>3</sup>, le désir d'enfant s'apparente au désir de la fillette d'obtenir du père l'organe masculin, relayé à l'âge de la maturité sexuelle par celui d'en avoir un enfant, l'enfant devenant l'ersatz du désir de pénis.

Selon M. Klein<sup>4</sup>, le désir d'enfant, dans les 2 sexes, découle de l'oedipe précoce. Au cours de cette phase, la mère est menacée de destruction par la violence des pulsions infantiles archaïques. L'enfant pour échapper à ses angoisses et à sa culpabilité, utilise une activité

réparatrice. Ce processus de réparation introduit alors l'objet paternel dans le monde fantasmatique et libidinal de l'enfant.

L'objet paternel va être chargé de protéger la mère et de restaurer ses qualités et sa fécondité ; ainsi le désir d'enfant naîtrait de l'indentification de l'enfant à ses bons objets parentaux unis dans une relation d'amour et de fécondité.

La naissance d'un enfant pour la mère aurait plusieurs significations inconscientes dont la vérification que l'intérieur de son corps et les enfants qu'il contient sont intacts, ainsi que sa mère et à l'intérieur de celle-ci les victimes de ses attaques fantasmatiques (ses frères et sœurs, son père...).

Pour H. Deutsch<sup>5</sup>, le désir de procréer vient de la fonction réceptive de la psyché féminine.

Pour G. Groddeck, la maternité se joue aussi sur le versant du même sexe : « en enfantant, une femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle »<sup>6</sup>. Faire un enfant c'est alors reconnaître sa mère à l'intérieur de soi. Il est donc nécessaire de pouvoir avoir référence à une image maternelle.

Pour M. Bydlowski<sup>7</sup>, le désir d'enfant se situe à deux niveaux : conscient et inconscient. Consciemment, c'est vouloir assurer la prolongation de l'espèce. Ce désir s'inscrit alors dans un plan de vie conforme aux idéaux sociaux et familiaux. Mais ce projet conscient est infiltré de significations inconscientes : le désir d'enfant peut être le lieu de passage d'un désir absolu, l'enfant imaginé, qui est pour la femme « l'objet par excellence ». Ce qui est désiré est la réalisation d'un souhait infantile : se retrouver soi-même le bébé vulnérable des premiers mois de vie.

« L'inceste n'est qu'un versant du désir d'enfant »<sup>6</sup>, comme le dit G Groddeck, la maternité se joue également avec la mère. Par l'enfant et notamment le premier enfant, une femme règle sa dette à l'égard de sa propre mère.

De plus, les parents sont eux-mêmes porteurs de représentations venues de leur histoire et de celle de leurs ascendants. Ces représentations vont être transmises à leur enfant. Certaines sont littérales, proches de la conscience : lettres qui composent le prénom, date de naissance, de conception de l'enfant... Les représentations d'évènements, de scénarios sont moins énonçables ; ils viennent manifester que l'inconscient des parents vient prendre corps dans l'espace psycho-corporel de l'enfant.

Mais selon M. Bydlowski<sup>7</sup>, certaines grossesses n'ont de finalité qu'elles-mêmes, l'enfant ne tenant alors aucune place dans le discours maternel.

Ces grossesses n'auraient pour but que de vérifier l'intégrité et le bon fonctionnement du corps ainsi qu'une recherche de plénitude. Cette recherche d'une complétude renverrait à un déni de castration féminine et à la nostalgie d'une complétude narcissique.

### **3. L'identification maternelle<sup>7</sup>**

Lorsque la grossesse se développe, la femme voit dans le miroir un autre reflet que celui de la jeunesse, celui de la mère vieillissante. Il n'y a alors plus d'échappatoire possible à l'identification maternelle.

Pour M. Bydlowski<sup>7</sup>, cette identification est celle à une mère suffisamment faible pour pouvoir recevoir en cadeau l'enfant qui vient sceller la dette entre la fille et la mère. Puis intervient l'idéalisation maternelle, passage important pour le bon déroulement de la grossesse. Cette idéalisation s'appuie sur le fantasme d'un double narcissique et d'une filiation par partition d'une autre soi-même.

La grand-mère va alors représenter un arrière-plan sur lequel la future mère va pouvoir s'appuyer.

#### ***Place des sages-femmes dans cette identification***

La présence d'assistantes féminines aux naissances est très répandue dans le monde. Au départ c'était une femme liée par des liens d'affection ou familiaux. L'art de la sage-femme va ensuite évoluer d'un usage primitif passant par une transmission d'expérience à une pratique professionnelle.

Les sages-femmes sont avant tout des femmes capables d'offrir à l'accouchée une bonne identification maternelle. Elles sont porteuses de deux représentations psychiques et sociales contradictoires : à la fois l'imago de la bonne mère, vertueuse et secourable et celle de la sorcière infanticide d'autre part. Deux images qui sont clivées dans le vécu de la femme qui accouche.

#### 4. La transparence psychique

C'est un état de susceptibilité où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience. Ce phénomène peut cliniquement caractériser la psychose, mais est un événement ordinaire chez la femme enceinte.

GL Bibring<sup>8</sup> et PC Racamier<sup>2</sup> parlent de « crise psychique », s'inspirant des travaux d'E. Erikson<sup>9</sup> sur l'adolescence. GL Bibring décrit alors la maternité comme une étape intégrative de la vie de la femme. À la différence de la crise névrotique ou psychotique qui s'auto-entretiennent au prix d'un gaspillage d'énergie défensive, la crise maturative est une crise qui, si elle mobilise de l'énergie, réveillant de l'anxiété et des conflits latents, est aussi un engagement dans de nouvelles virtualités.

D. Winnicott est le premier qui décrit cet état comme « préoccupation maternelle primaire ». Cet état se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin. Il le décrit comme : «(un) état organisé (qui serait une maladie si n'était la grossesse) (qui) pourrait être comparé à un état de repli, ou de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus »<sup>10</sup>. Cet état permet à la mère de s'adapter aux tous premiers besoins de l'enfant « avec délicatesse et sensibilité ».

Selon M. Bydlowski<sup>7</sup>, la « transparence psychique » se traduit par la corrélation que ces femmes établissent entre la situation de la gestation actuelle et les remémorations infantiles qui les envahissent. Cet état est perceptible dès les premières semaines de la grossesse.

L'état de conscience est modifié ainsi que le seuil de perméabilité à l'inconscient et au préconscient. Les réviviscences mnésiques et les fantasmes régressifs vont alors pouvoir affluer de l'inconscient sans rencontrer la barrière du refoulement.

Toujours selon M. Bydlowski<sup>7</sup>, cet échec du refoulement peut expliquer plusieurs faits cliniques au cours de la grossesse et de l'accouchement :

- L'état psychique de la fin de la grossesse que l'on retrouve souvent dominé par la peur. La levée partielle du refoulement amène la femme, attaquée à la fois par des excitations endosomatiques et par des représentations incestueuses qui s'y attachent, à déclencher un signal d'angoisse.

- La réaction de terreur ou de dégoût parfois éprouvée par la mère lorsqu'on lui présente son nouveau-né. L'accouchement terminé et l'enfant nettoyé et revêtu d'une identité, le refoulement reprend alors sa place. L'amnésie d'après l'accouchement s'installe alors vite.
- La gêne qu'éprouvent certains accoucheurs devant les plaintes et cris des accouchées, comme si derrière la douleur, se trouvait une scène orgasmique. Ces faits témoigneraient de la présence des représentations incestueuses.

Elle observe un contraste entre l'intensité de la résurgence de certains fantasmes du passé et des remémorations infantiles et l'absence de discours raisonnable sur la réalité du fœtus. Elle explique ce contraste par un double phénomène : d'un côté l'abaissement des résistances habituelles face au refoulement inconscient, de l'autre un hyperinvestissement dont le nouvel objet psychique (l'enfant) est l'enjeu.

Ce nouvel investissement est avant tout narcissique car il vise un objet appartenant à la personne elle-même. Il envahit alors progressivement le psychisme maternel avec une particulière intensité. Les thématiques psychiques étrangères à ce thème sont du coup désinvesties et lissées dans le discours spontané de la femme enceinte.

En dehors de la grossesse, ces souvenirs seraient soumis à la censure ou au refoulement.

Elle rapproche le silence de la mère sur l'enfant de l'investissement amoureux.

Toujours selon M.Bydlowski <sup>7</sup>, lorsque les mères, étant encore nourrissons, ont fait l'expérience de soins maternels rassurants et cohérents, elles ont pu se constituer un bon objet interne. Celui-ci représente l'image intériorisée de soins maternels sécurisants.

Par la grossesse, l'objet interne prend figuration, il a un volume, celui du ventre qui s'arrondit. Mais, pour certaines mères, cet objet interne est menaçant. C'est le cas des mères qui, nourrissons, ont été confrontées à l'angoisse du chaos par des soins insuffisants, intrusifs, discordants. Lors de la grossesse, des angoisses anciennes, que D. Winnicott nomme « agonies primitives »<sup>11</sup>, vont être réveillées et risquent d'entraîner un effondrement psychique. Celles-ci peuvent alors être à l'origine de demandes d'IVG.

## **B. L'attachement**

### **1. Historique de la théorie de l'attachement<sup>12</sup>**

Après la seconde guerre mondiale apparaît la question de la perte et de la séparation chez le jeune enfant et les effets sur son développement.

Cependant, la question du caractère primaire de l'attachement avait été soulevée par un certain nombre de précurseurs. On peut citer Himre Hermann<sup>13</sup> qui défend l'idée d'un besoin primaire d'agrippement, en référence aux primates, dans une perspective moderne à l'époque d'utilisation de données éthologiques dans la compréhension du domaine affectif. Puis Fairbairn (cité par A. Guedeney<sup>12</sup>), un psychanalyste anglais est le premier à proposer un abandon de la théorie des pulsions.

Anna Freud et Dorothy Burlingham (cités par A. Guedeney<sup>12</sup>) vont décrire les effets de la séparation durable chez de très jeunes enfants, lors des bombardements de Londres.

John Bowlby (cité par A. Guedeney<sup>12</sup>), qui en 1946 travaille à la Tavistock Clinic à Londres, va remettre en cause la théorie des pulsions et rechercher ses modèles dans la cybernétique, les sciences cognitives et l'éthologie. Il va décrire les effets de la séparation durable chez le jeune enfant.

Puis Mary Salter Ainsworth, psychologue au Canada, va donner à la théorie de l'attachement de Bowlby, un prolongement expérimental. Son livre « Infancy in Uganda »<sup>14</sup>, publié en 1967, est le premier à proposer un schéma de développement de l'attachement et c'est alors qu'elle propose le concept de base de sécurité. Puis elle propose une situation standardisée de séparation et de réunion, la « situation étrange ».

Puis Mary Main (citée par A. Gyedeney<sup>12</sup>), en Californie, va être à l'origine d'un autre développement majeur : le « Berkeley Adult Attachment Interview », un instrument permettant d'évaluer l'attachement chez l'adulte.

## 2. Définitions

Le « système d'attachement » est « ce qui maintient la proximité et son corollaire interne, le sentiment de sécurité. » La proximité étant la distance modulable entre le bébé et la figure parentale.<sup>15</sup>

Les « comportements d'attachement »<sup>15</sup> se réfèrent à ce qui est observable. Ce sont les comportements du bébé qui ont pour objectif de favoriser la proximité. Les comportements de sourire et de vocalisation sont des comportements de signalisation, ils signalent à la mère l'intérêt que l'enfant porte à l'interaction. Les comportements de pleurs et de cris sont des comportements aversifs, ils ont pour but d'appeler la mère qui tentera alors de les faire cesser. Les comportements d'accrochage et la marche à 4 pattes vont permettre à l'enfant de suivre sa figure d'attachement.

Une « figure d'attachement » est « une figure vers laquelle l'enfant dirigera son comportement d'attachement. Il existe, pour un bébé, plusieurs figures d'attachement hiérarchisées. Mais il aura une figure privilégiée »<sup>15</sup>.

Les « relations d'attachement »<sup>15</sup> se distinguent des autres relations sociales par 4 caractéristiques qui ont été définies par M. Ainsworth<sup>16</sup> : la recherche de proximité, la notion de base de sécurité, la notion de comportement de refuge et les réactions marquées vis-à-vis de la séparation.

## 3. Soins parentaux et attachement<sup>17</sup>

Cassidy<sup>18</sup> en 1999, à la suite de Georges et Solomon<sup>19</sup>, propose d'appeler « caregiving System », « l'ensemble des comportements des parents qui visent à promouvoir la proximité et le réconfort quand ils perçoivent que l'enfant se sent en danger ou en détresse ». Ce système est donc constitué de comportements ayant un but spécifique et une fonction adaptative : la protection du jeune. Ce serait la réciproque du système d'attachement. Des signaux internes ou externes associés à des situations que le parent perçoit comme dangereux pour l'enfant activent le système de caregiving. Ce système est désactivé quand l'enfant est réconforté.

M. Ainsworth (citée par C. Rabouam <sup>17</sup>) définit 4 échelles pour évaluer la manière d'être de la mère avec le bébé. Elle mesure ainsi :

- La sensibilité maternelle aux signaux du bébé
- L'acceptation des comportements du bébé
- La coopération avec les rythmes du bébé
- La disponibilité émotionnelle

On remarque que ces quatre dimensions peuvent être rapprochées de « l'accordage affectif » décrit par Stern<sup>20</sup>.

C. Rabouam<sup>17</sup> rappelle que le système de « caregiving » se développe progressivement au cours du temps et qu'il se manifeste d'abord de façon immature à travers des jeux (jouer à la poupée, s'occuper de petits animaux...). Ces jeux sont influencés par l'expérience des soins maternels. Le système se transforme ensuite à l'adolescence puis durant la période de la transition vers la parentalité (grossesse, naissance et post-partum).

#### **4. La situation étrange<sup>21</sup>**

C'est une procédure d'évaluation de l'attachement chez le bébé qui a été développée par M. Ainsworth et ses collègues<sup>22</sup> (cités par C. Rabouam<sup>21</sup>). Elle a été mise au point pour des enfants de 12 à 18 mois. Ceux-ci sont observés avec leur mère en laboratoire. On note les réactions de l'enfant durant huit épisodes de trois minutes impliquant des séparations, des retrouvailles et l'introduction d'une personne tiers non familière à l'enfant.

Cette situation est observée derrière une vitre sans tain et enregistrée par vidéo.

L'observateur va pouvoir se rendre compte des différentes réactions de l'enfant face à ces situations de stress et de réunions.

Trois groupes d'enfants ont pu être différenciés selon leurs réactions.

Les enfants attachés de manière « secure » ont tendance à manifester une forme de protestation lors des séparations et à accueillir leur mère avec plaisir lors de leur retour.

Les enfants attachés de manière « insecure évitant » paraissent peu affectés par les séparations, évitent la proximité et le contact avec leur mère lors de réunions et focalisent leur attention sur les jouets.

Les enfants « insecure ambivalent » montrent de la détresse à la séparation avec un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux de leur mère et des difficultés à être réconfortés.

Un quatrième groupe a été rajouté par M. Main (citée par C. Rabouam <sup>21</sup>) plus tardivement (1985), le groupe « insecure désorganisé », désorienté. Les comportements des enfants de ce groupe apparaissent désorganisés avec des stéréotypies et dépourvus de stratégies cohérentes. On ne comprend pas leurs intentions.

Les fréquences moyennes de ces groupes retrouvées par différentes études<sup>21</sup> sont de 65% d'enfants « secures », 21% d' « insecure évitants » et 14% d' « insecure ambivalents ».

### **C. Les interactions parents-bébé**

Ce n'est que depuis une vingtaine d'années que la notion d'interactions parents-nourrisson connaît un grand développement. En effet pendant longtemps le bébé était conçu comme un être passif, subissant les influences de son environnement et en premier lieu de sa mère. Actuellement, la relation parents-nourrisson est conçue comme faite de processus bidirectionnels, où le bébé est soumis aux influences de ses parents, mais est également à l'origine de modifications chez ces derniers. Par l'ensemble des signaux qu'il leur adresse (cris, sourire, ...), il contribue à déterminer leur vécu, leurs satisfactions, leurs angoisses, leur représentation d'eux-mêmes en tant que parents<sup>23</sup>.

M. Lamour<sup>24</sup> définit ces interactions comme « l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires ».

Elles empruntent certains canaux comme la voix, le regard, la parole et le contact physique.

M. Lamour<sup>24</sup> décrit trois niveaux d'interactions :

- Comportementales (agencement des comportements de la mère et de son bébé)
- Affectives (influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère)
- Fantasmatiques (influences réciproques de la vie psychique du bébé et de celle de sa mère).

## 1. Les interactions comportementales

### *Le regard*

La communication par le regard s'instaure dès les premières semaines de vie. Ces interactions sont essentiellement constituées par le regard mutuel ou contact « oeil à oeil »<sup>23</sup>. D. Winnicott<sup>25</sup> évoquait le rôle de miroir que joue le regard de la mère pour le bébé. Quand le bébé tourne son regard vers le visage de sa mère, il se voit lui-même à travers le regard de celle-ci. « La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit ». Le regard mutuel va alors permettre au nourrisson de se constituer une image de soi, différenciée de celle de sa mère.

P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup> rappellent que le regard du bébé a également des effets sur sa maman : il est souvent ressenti comme gratifiant pour elle, voir même valorisant. Il contribue aussi à faire en sorte qu'elle ne réduise pas son bébé à un fonctionnement physique mais qu'elle le voit comme une personne.

Cependant les nourrissons ne s'engagent pas tous de la même manière dans ces contacts visuels. Alors que certains s'y engagent activement, d'autres établissent un contact visuel moins prolongé et moins intense. Certains tendent même à éviter les épisodes de regard mutuel.

Les mères jouent aussi un rôle dans la qualité et la durée de ces moments. Elles y répondent avec de grandes différences interindividuelles. Alors que certaines y trouvent gratification, d'autres peuvent y réagir par des angoisses.

### *Les échanges médiatisés autour du portage et du corps de l'enfant*

J. Ajuriaguerra<sup>26</sup> parlait de « dialogues toniques » pour décrire les ajustements corporels entre une mère et son bébé. D. Winnicott<sup>27</sup> définit par « handling », la manière dont est traité, manipulé physiquement et psychiquement le bébé et par « holding » la façon dont l'enfant est porté mais également soutenu, maintenu et contenu. Un défaut du « holding » peut produire

chez le nourrisson des réactions d'angoisse majeures (« angoisses impensables, impression de chute sans fin »).

On peut observer un véritable dialogue entre la posture de la mère et la manière dont le bébé y répond.

### *Les contacts peau à peau*

Ils font partie du dialogue tonique. Les premiers jours, ils sont plutôt localisés (caresses, pressions...) puis peu à peu, ils vont être recherchés pour eux-mêmes de façon répétitive et ludique (chatouillements, baisers...). Les réponses de l'enfant sont perçues par les parents comme des invitations ou des refus de la poursuite de ces échanges<sup>23</sup>.

### *Les échanges langagiers<sup>23,24</sup>*

Le bébé peut communiquer à sa mère ce qu'il ressent par des cris, des pleurs puis des vocalises. Le langage de la mère par ses intonations, rythmes, répétitions s'ajustent au babillage du bébé.

La prosodie du langage maternel, ses intonations, son rythme semblent parfois plus importants que le contenu sémantique de ses paroles. P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup> décrivent différentes phases d'adaptation de la parole maternelle au stade de développement du bébé : au début, le rythme régulier et les longues pauses, qui séparent de courtes émissions langagières, paraissent propres à ne pas « sur-stimuler » le bébé. À 4 mois, le bébé est souvent très intéressé par les mimiques et les interactions sont fréquemment en face à face. La mère paraît alors maintenir l'intérêt de l'enfant par l'intensité des variations prosodiques et rythmiques. De 12 à 24 mois, le bébé s'intéresse à son environnement et aux objets. La parole maternelle facilite alors l'exploration de l'environnement, les variations prosodiques diminuent, alors que la complexité des paroles concernant les objets qui intéressent l'enfant augmente.

La maman adapte également le timbre de sa voix (plus aigu) à la sensibilité acoustique de son bébé.

## *Les comportements de tendresse*

Selon M. Lamour et M. Barraco<sup>24</sup>, ils sont à la charnière des interactions comportementales et affectives. Ces comportements ont un rôle important dans la genèse de l'attachement entre le bébé et ses parents.

La mère va devoir percevoir les signaux, les déchiffrer et y répondre. Selon la qualité des ajustements entre la mère et son bébé, on parlera d'interactions harmonieuses ou dysharmonieuses.

### **2. Les interactions affectives<sup>23, 24</sup>**

Dans une séquence de jeu entre une mère et son bébé de 4 mois, le contenu de l'échange fait peu référence au monde extérieur. L'intérêt de chacun des partenaires est essentiellement dirigé vers l'autre.

Souvent la mère regarde son bébé et perçoit ou imagine les affects de son bébé et lui en propose alors une sorte d'interprétation : par exemple, elle pourra dire après avoir changé son bébé et constaté que celui-ci s'est arrêté de crier : « tu es content d'être propre maintenant bébé ? ». Elle a alors fait appel à ses capacités d'empathie pour percevoir les affects de son bébé. En agissant ainsi, elle tend à communiquer son propre état affectif à son bébé, quels que soient les affects réels de celui-ci.

Vers 6-8 mois, « l'accordage affectif », décrit par Stern<sup>20</sup>, permet à la mère et à son bébé de faire l'expérience d'une communication intersubjective, donnant au bébé le sentiment de se sentir compris. La mère reproduit la qualité des états affectifs de son bébé sur un autre canal sensori-moteur que celui du bébé (par exemple, la mère va répondre à des gestes de son bébé par des vocalises dont l'amplitude et la durée suivront celles des mouvements du bébé). Cette harmonisation des affects est une étape importante vers le langage. Elle se situe entre la simple imitation et la traduction symbolique.

Au même âge, le bébé va aussi découvrir qu'il existe à l'extérieur d'autres psychismes analogues au sien, ce qui va alors lui permettre de rentrer dans le domaine de l'intersubjectivité. Ainsi il va découvrir le sentiment de pouvoir partager ses émotions.

### 3. Les interactions fantasmatiques

Parler d'interactions affectives, c'est prendre en compte les comportements des partenaires en tant que telles mais aussi en tant que manifestations d'une autre donnée. Les comportements sont étudiés en tant qu' « expression ou manifestation »<sup>23</sup> des affects.

Les partenaires interactifs sont alors porteurs d'une « intériorité »<sup>23</sup>. Les comportements sont donc aussi importants comme signifiants d'une réalité sous-jacente de l'état affectif.

La notion d'interactions fantasmatiques est le maillon suivant.

Les deux partenaires sont alors des sujets dont la vie mentale comporte des scénarios imaginaires figurant dans l'accomplissement de leurs désirs.

P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup> définissent alors l'interaction fantasmatique comme « l'étude de la manière dont les fantasmes des partenaires trouvent leur expression dans l'interaction et de la manière dont les fantasmes de chaque partenaire répondent à, et modifient, ceux de l'autre. »

Elles donnent sens aux interactions comportementales. C'est là que s'animent l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique et que prendront valeur les projections parentales, à prédominances positives ou mortifères selon les cas.

Avant la naissance, l'enfant est déjà pour la future mère, un enfant fantasmatique. Celui-ci est décrit par Lebovici<sup>28</sup> comme le « produit des désirs anciens de maternité ». Ceux-ci s'épanouissent dès l'enfance de la petite fille et sont un aspect de l'identification à la mère, qui se produit dans les deux sexes. C'est l'enfant qu'elle a désiré obtenir de son père et à propos duquel elle est rentrée en rivalité avec sa mère lors de l'élaboration du conflit oedipien. Il se situe dans l'inconscient de la femme, c'est le bébé du grand-père maternel, créant alors une dette envers la grand-mère maternelle. Vont alors être transmis à cet enfant les conflits inconscients et répétés, qui s'aggravent dès que surviennent des difficultés familiales (handicap, déficit cognitif de l'enfant...), majorant alors le sentiment de culpabilité présent chez toute mère.

Selon P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup>, après la naissance, les parents tendent à projeter sur leur bébé mâle, des imagos masculines (frère, père...) et sur leur bébé femelle des imagos féminines. Ils vont réorganiser autour de ces imagos, les désirs et les conflits qui correspondent aux imagos originelles et leur conflit oedipien d'où la répétition transgénérationnelle des situations psychopathologiques.

L'enfant imaginaire se situe dans le préconscient, fait de souvenirs de latence, réactivés par les rêveries diurnes ou fantaisies. Selon Lebovici<sup>28</sup>, au moment où survient la grossesse, la mère va rapidement imaginer l'enfant, c'est toujours le cas à partir du deuxième trimestre de grossesse. Ce bébé, « elle le voit », c'est l'enfant qu'on lui montre au cours des échographies. Pendant la période où l'enfant imaginaire s'épanouit, les futurs parents lui choisissent un prénom. Dans ce choix, la mode intervient un peu, mais le prénom peut être celui d'un héros, d'un personnage, d'un enfant mort prématurément, d'un ancêtre...

Celui qui est revêtu de cette identité d'emprunt est porteur de ce que Lebovici nomme « un mandat », d'avoir à faire vivre le héros ou le mort. Ce dernier transmet avec lui le secret de son existence.

D'une certaine manière, le choix du prénom contient des éléments essentiels du « destin transgénérationnel », du « mandat transgénérationnel »<sup>28</sup> de l'enfant.

Parler d'interactions fantasmatiques nécessite de reconnaître une activité fantasmatique au bébé. Pour comprendre cette activité, il faut nous attacher à décrire la genèse des représentations mentales. Pour Freud (cité par S. Stoleru et S. Lebovici<sup>29</sup>), la représentation de l'objet naît de l'absence des soins et d'une relative rupture dans l'unité du nouveau-né et des soins maternels. L'enregistrement de traces mnésiques des expériences de satisfaction des besoins permet, par la réactivation des zones érogènes auto-érotiques, d'halluciner la satisfaction.

Pour S. Stoleru et S. Lebovici<sup>29</sup>, le bébé a des « proto-représentations » de sa mère qui lui permettent de se constituer une activité fantasmatique dont témoigne sa capacité à anticiper le comportement maternel.

Bowlby (cité par S. Stoleru et S. Lebovici<sup>29</sup>) décrivait le fait que le bébé tende les bras vers sa mère comme un héritage phylogénétique du comportement d'agrippement chez le singe. Dès six semaines, l'enfant qui tend les bras vers sa mère, le fait en la voyant mais aussi au seul son de sa voix. Ainsi il associe dans sa sensorialité le vu et l'entendu.

Alors, selon S. Stoleru et S. Lebovici<sup>29</sup>, « à partir de sa sensorialité brute (...) associée à des émotions « vitales », le bébé construit son Soi ou sa conscience de l'organisation d'une continuité de vie psychique qui n'est pas différente de ce qu'il ressent au niveau de son corps ».

Mais aussi, dès 3 mois, le bébé « associe à ces rudiments de son Soi les débuts d'une expérience interpersonnelle : ces interactions tendent à se répéter, sans se reproduire, mais de façon analogue, ce qui les conduit à s'associer à des éventualités qui deviennent des événements dans le cadre d'un véritable scénario (...). »

Dès le deuxième semestre de la première année de vie, les interactions harmonisées conduisent au fonctionnement interpersonnel mais aussi intersubjectif. Le bébé prête alors des intentions à l'objet permanent.

Selon S. Lebovici : « la mère qui donne ses soins y inclut en effet l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique. »<sup>28</sup>

La mère porte dans ses bras l'enfant de la réalité mais aussi l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique. Ainsi toute sa vie psychique s'inscrit dans ces soins maternels. En donnant ces soins, la mère transmet sa culture et le produit de sa sexualité infantile et inconsciente.

De son côté, « l'enfant investit sa mère avant que de la percevoir »<sup>28</sup>. Les jeux de miroir indéfini du regard entre une mère et son bébé décrit par Winnicott semble un bon exemple des interactions fantasmatiques.

#### **4. Le père dans l'interaction**

L'implication de plus en plus forte des pères dans les soins a fait parler d'une « paternité de proximité »<sup>30</sup>. Mais les interactions du père avec son bébé se différencient de celles de la mère.

B. Cyrulnik<sup>31</sup> a décrit ses différences : le père est plus stimulant, il toilette moins, joue plus. Il sourit et vocalise moins, mais « pinçouille plus et empaume les jambes de son bébé pour le faire pédaler ». Il joue à le « lancer dans un mouvement d'ascenseur » avec d'amples mouvements. Les mères médiatisent plus souvent les interactions avec un objet alors que les pères interagissent directement.

Les mères sont plus tranquilisantes et intellectuelles, les pères sont plus excitants et manuels.

J. Le Camus<sup>32</sup> parle de dialogue phasique pour caractériser la relation avec le père : phasique signifiant transitoire et discontinu, c'est-à-dire un dialogue en mouvement. Il serait plus adapté à l'ouverture vers l'environnement.

La relation de la mère à son bébé est caractérisée de dialogue tonique (lent et continu) donc plus dans le maintien de la posture. Il serait davantage lié à l'expression des émotions des deux partenaires.

Selon Yogman<sup>33</sup>, l'interaction avec le père a un caractère plus « physique », plus stimulante. Par exemple les jeux d'un père avec son bébé amènent plus fréquemment ce dernier à un état d'éveil et d'attention intenses.

Leur excitation avec les pères se manifeste par des yeux particulièrement ouverts et brillants, et des cycles interactifs plus amples dans leurs oscillations<sup>29</sup>.

Pour Kestenberg<sup>34</sup>, la différence des rythmes moteurs dans les interactions avec le père et la mère constitue pour le bébé un indice qui contribue à lui permettre de distinguer ses parents.<sup>18</sup>

Le père joue également un rôle dans le développement des capacités des nourrissons à entrer en interaction avec des personnes inconnues.

Il intervient aussi de manière indirecte dans l'interaction avec le bébé au travers de la relation conjugale et du soutien qu'il offre à la mère<sup>23</sup>.

## 5. Le bébé dans l'interaction

Le bébé est un partenaire à part entière de l'interaction. Il communique par son corps et sa sensorialité. Chaque bébé a sa propre personnalité et ses compétences. TB Brazelton<sup>35</sup> a d'ailleurs proposé un mode d'évaluation des caractéristiques tempéramentales du bébé pour permettre de mieux les comprendre. Le bébé joue un rôle actif dans l'instauration et le maintien de l'interaction. Il influe sur les échanges avec ses parents par la particularité de son fonctionnement.

## 6. Le modèle transactionnel

M. Lamour<sup>24</sup> l'énonce ainsi : « L'environnement (la mère mais aussi le père) et le nourrisson s'influencent réciproquement dans un processus continu de développement et de changement ».

L'interaction parents-bébé apparaît alors comme « un processus dynamique d'adaptation mutuelle qui se déroule dans le temps »<sup>24</sup>.

Les parents vont devoir s'adapter à chaque étape de développement du bébé. Car à chacune de ces étapes correspond un stade de la parentalité et une nouvelle configuration de l'interaction.

Un parent trop fragile peut alors se désorganiser.

Cette dynamique longitudinale d'adaptation des parents est représentée par la « spirale transactionnelle » de S. Escalona<sup>36</sup> (annexe 1). Par leur adaptation à chaque étape du développement de l'enfant, les parents favorisent ainsi le déploiement des compétences du bébé.

Mais parfois, l'adaptation mutuelle est difficile, parents et bébé s'engagent alors dans une spirale transactionnelle néfaste où prédominent des modes interactifs inadéquats. Pour M. Lamour<sup>24</sup>, ceux-ci sont la signification de mécanismes adaptatifs développés par chaque partenaire pour s'ajuster à l'autre. Ainsi quand la relation est perturbée, les stratégies adaptatives ne font qu'aggraver le dysfonctionnement interactif, les partenaires entrent dans une spirale néfaste s'auto entretenant.

### **7. Le système « d'encadrement du développement »<sup>24</sup>**

Père, mère et bébé interagissent, formant un système qui se modifie en réponse des influences extérieures pour maintenir un certain équilibre. Si dans ce système un des parents présente un trouble psychique, les difficultés vont concerner l'ensemble de la famille et non pas le seul membre porteur du symptôme<sup>37</sup>.

Ce système triadique se met en place dès la naissance. Pendant la grossesse, les parents qui ont des représentations mentales d'être à trois préparent un nid triadique pour accueillir le bébé.

Dans ce système, les partenaires ne contribuent pas de façon symétrique aux échanges. Les 2 parents « encadrent » le développement bébé, ils ont des comportements plus ajustés et prévisibles.

## **8. Quand les interactions dysfonctionnent.**

P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup> rappellent qu'actuellement on connaît l'utilité et l'efficacité d'effectuer une prévention des troubles du développement psychique du nourrisson. Pour mettre en œuvre cette approche préventive, il est nécessaire de reconnaître et de dépister les troubles lorsqu'ils sont encore mineurs et réversibles. À cette étape de leur développement, ces troubles ne se traduisent pas toujours par des symptômes au sens classique du terme. Ainsi la clinique des interactions semble essentielle dans le dépistage précoce.

L'approche interactionnelle se justifie par le fait que les troubles psychiques du nourrisson ne sont pas encore pleinement organisés dans une structure psychopathologique clairement définie, mais que la psychopathologie va se constituer en partie en fonction des altérations de la relation mère-nourrisson.

La question qui se pose est la conséquence de ces troubles de l'interaction sur le développement mental du bébé. Une des hypothèses, évoqué par P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup> est que ces troubles ont une influence pathogène par le biais de processus d'intériorisation par le jeune enfant ; l'intériorisation étant définie par Laplanche et Pontalis<sup>38</sup>: « quand le processus (d'introjection) porte sur des relations. On dira par exemple que la relation d'autorité entre le père et l'enfant est intériorisée dans la relation du surmoi au moi. »

S. Stoleru et S. Lebovici<sup>29</sup> envisagent ses perturbations de plusieurs points de vue. Un premier point de vue, qu'il qualifie d'éthologique, consiste à étudier des caractéristiques précises de l'interaction et à évaluer leurs interactions quantitatives ou qualitatives.

P. Mazet et S. Stoleru ont décrit ces aspects quantitatifs et qualitatifs des perturbations interactionnelles<sup>23</sup> :

### ***Niveau de stimulation***

La notion de niveau de stimulation a un sens relatif, elle va dépendre de la mère mais aussi des capacités d'attention et de la demande d'échanges manifestée par le bébé. Ainsi un même niveau de stimulation pourra convenir à un nourrisson mais constituer un excès de stimulation ou une hypostimulation pour d'autres nourrissons.

Un excès s'observe quand la mère ne tient pas compte des signaux de son bébé lui signifiant qu'il est débordé par les stimulations (fermeture des yeux, détournement du regard, de la tête, expression de détresse ou de tension).

Il ne va alors pas faire l'expérience de pouvoir communiquer et réguler les échanges avec sa mère. Le risque est d'aboutir à une inhibition des manifestations du vécu affectif du bébé dans la mesure où ces manifestations ne constituent pas un moyen de communication efficace.

On peut observer une hypostimulation dans les cas de dépression maternelle, d'inhibition névrotique ou de caractère schizoïde chez la mère. Mais elle peut aussi être le fait de la nature des signaux émis par le bébé. Ainsi certains nourrissons ne font guère connaître leurs besoins, leurs cris sont faibles et leurs mimiques peu expressives. Il peut alors contribuer à abaisser le niveau de stimulation au sein de la spirale transactionnelle. Quand la situation de sous-stimulation se dégrade davantage, se constitue un syndrome de carence affective ou de négligence du nourrisson.

### *Réciprocité et mutualité*

Lorsque l'on observe la dynamique interactive mère-bébé, il est intéressant de se centrer sur la réciprocité. Ainsi certaines mères ne paraissent pas remarquer les signaux de leur enfant pour attirer leur attention ou parfois ce sera le nourrisson qui se montrera activement opposant.

Dans la littérature anglo-saxonne, on retrouve le terme de « contingency » pour qualifier ces interactions. Un comportement est « contingent » quand la réponse aux signaux du partenaire est appropriée.

Il est dit « non contingent » quand la réponse est inappropriée et « anti-contingent » quand elle est contraire à ces signaux. La signification du terme de « contingence » dans ce contexte se rapproche de la concordance. Le terme de mutualité qui est aussi utilisé pour décrire les interactions met plus l'accent sur « la capacité à être ensemble ».

Les perturbations de la réciprocité peuvent s'observer dans les interactions par le regard, dans les interactions physiques (maintien d'un contact physique par l'un et mise à distance par l'autre), dans les interactions langagières. Souvent les troubles affectent plusieurs modes d'interactions.

Ces perturbations peuvent parfois prendre la forme d'interactions paradoxales. Dans ces situations, les réponses de l'un des partenaires aux messages de l'autre sont opposées.

### ***Déroulement temporel***

Des discontinuités dans ce déroulement, marquées par des micro-ruptures, peuvent devenir problématiques et ce d'autant qu'elles se répètent au cours de plusieurs observations.

La non-transformation de l'interaction, avec des interactions qui restent identiques au cours de la séquence, sans création de nouvelles modalités de communications doit être repérée.

Un certain degré de violence peut être introduit dans les interactions, notamment quand elles sont marquées par la contrainte, l'intrusion, l'imprévisibilité ou la discontinuité. Tous ces mécanismes font obstacle à une bonne régulation mutuelle des interactions et donc au bon développement de l'enfant.

### ***Non-évolution ou régression des patterns interactifs***

L'interaction mère-nourrisson est un processus maturatif. Elle doit se rapporter à l'âge de l'enfant. Par exemple une relation symbiotique peut persister avec un ralentissement du processus de séparation individuation alors que le bébé approche de l'âge de 1 an.

Le cas inverse peut aussi se voir avec une mère qui exige une autonomisation de son enfant à un moment où ses besoins de dépendance sont encore importants.

Ces différents troubles de l'interaction sont des symptômes dont il faudra rechercher la cause.

Le deuxième point de vue sur ces perturbations, énoncé par S. Stoleru et S. Lebovici<sup>29</sup>, est étiologique et épidémiologique: il consiste à étudier les perturbations des interactions en présence de facteurs de risque liées à l'enfant (handicap...) et, ou aux parents (psychopathologie parentale...). Connaître ces facteurs de risque a un rôle important pour la prévention.

Le troisième point de vue est nosologique : « il consiste à étudier les perturbations interactives caractéristiques des diverses pathologies rencontrées en psychiatrie du nourrisson », comme la dépression du nourrisson, ou les pathologies psychosomatiques.

#### **D. Expressions symptomatiques de la souffrance psychique des bébés**

Les manifestations de la souffrance psychique des nourrissons peuvent s'exprimer de façons variées, mais le corps est, dans la première enfance, un lieu d'expression privilégiée. M. Lamour<sup>24</sup> et P. Mazet<sup>23</sup> ont développé ces différents symptômes.

##### **1. Manifestations somatiques**

L'alimentation : des particularités de la succion, l'absence de plaisir lors de l'alimentation, l'absence de manifestations évoquant la faim, les régurgitations, les vomissements et le mérycisme peuvent être des signes de souffrance psychique chez le nourrisson. Aux deux extrémités, on retrouve l'anorexie et le cas des bébés qui se remplissent indéfiniment.

L'état de vigilance: Le bébé peut utiliser ses niveaux de vigilance à des fins défensives. C'est un phénomène mettant en jeu un système de pare-excitation interne.

Ainsi il peut apparaître « une hypersomnie refuge », le bébé se protégeant ainsi de l'extérieur et des interactions parfois difficiles avec sa mère.

On peut aussi observer des troubles de l'attention tels qu'une hypervigilance ou une focalisation de l'attention sur un objet pouvant alors être interprétée comme un agrippement.

Les troubles du sommeil: s'ils sont souvent bénins, ils ne doivent cependant pas être banalisés. L'insomnie du bébé a un retentissement sur la vie familiale et peut être source de conflit et d'énervement.

Il est, bien entendu, essentiel d'éliminer une cause organique avant de rechercher une cause psychique. Les soins maternels jouent un rôle important sur le sommeil du bébé, ils doivent permettre au bébé de pouvoir s'abandonner dans le sommeil.

Les troubles intestinaux et abdominaux: coliques et douleurs abdominales sont des troubles fréquents. Des épisodes de diarrhée ou de constipation peuvent être signes d'une tension anxieuse. Chez les bébés plus âgés, M. Lamour<sup>24</sup> évoque une possible relation avec un vécu d'abandon. Ils sont évidemment à resituer dans le contexte.

Les infections à répétitions: notamment de la sphère oto-rhino-laryngologique peuvent être le signe d'une souffrance psychique.

Les fièvres inexplicables: traduiraient parfois des angoisses massives dans la relation mère-enfant.

Les pathologies respiratoires: La fonction respiratoire est parfois l'objet de troubles précoces, la dimension psychologique est présente dans leur genèse et leur évolution. Elles peuvent réveiller chez les parents des angoisses de mort de leur enfant.

- Le spasme du sanglot survient entre le deuxième semestre et la troisième année. La perte de connaissance brève apparaît souvent après un affect brusque dans une situation relationnelle élective. Il est source de bénéfices secondaires pour l'enfant. Différentes explications psychopathologiques ont été décrites : la recherche d'une sensation ébrieuse liée à l'asphyxie proche de la toxicomanie, la limitation de la toute puissance de l'enfant (puisqu'il doit accepter la loi biologique qui l'oblige à reprendre sa respiration) avec la transgression et le blocage d'un affect envahissant par le spasme.<sup>23</sup>
- L'asthme, qui s'il a une réelle origine somatique avec une étiologie familiale et allergique peut être étudié sous l'angle psychosomatique. Il a été observé chez ces nourrissons, à la fois une tension dans la relation mère-enfant et la constitution d'attitude « de rapprocher » du nourrisson qui s'accroche à quiconque dans une relation d'objet instantanée, sans manifestations d'angoisse de l'étranger<sup>23</sup>.

Les symptômes respiratoires deviennent souvent le lieu d'échange privilégié mère-bébé. Le risque est que seule la symptomatologie respiratoire n'arrive à animer la mère dans la relation à son enfant. Celui-ci en retour utilisera alors cette même voie pour communiquer avec sa mère.

Les troubles de la peau : Des affections cutanées<sup>24</sup> semblent pouvoir être parfois reliées, en partie, au contexte affectif et relationnel chez le nourrisson et le jeune enfant. On peut citer certains cas d'urticaire, de psoriasis, d'eczéma et de pelade.

La croissance staturo-pondérale: Des retards de croissance s'observent dans les situations de carence intrafamiliale, avec à l'extrême le nanisme psychosocial.

## **2. Les troubles du développement**

Ils sont définis par Kreisler (cité par P.Mazet et S.Stoleru<sup>23</sup>) comme des « phénomènes évolutifs d'ordre neuropsychique qui se déroulent à partir de la naissance et qui s'extériorisent par des acquisitions sous une forme et une chronologie déterminées ». Selon P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup>, ils regroupent classiquement 3 secteurs : la motricité, le langage et l'intelligence. Ces 3 domaines concernent les fonctions mises en jeu dans la connaissance par l'enfant de lui-même et de son environnement et dans la communication.

Par ses dispositions toniques, motrices et perceptives, le bébé va influencer sa mère et ses échanges avec elle.

Le domaine tonico-posturo-moteur est une voie privilégiée d'expression corporelle de la vie psychique, affective et relationnelle du bébé.

Il peut être l'objet de perturbations diverses, mais il ne faut pas oublier qu'il existe de larges variations normales du développement et des particularités tonico-posturo-motrices pour chaque enfant.

Les anomalies de ce secteur entraînent souvent des difficultés d'adaptation maternelle, des problèmes d'ajustement postural de la maman et des perturbations relationnelles entre eux. De plus l'enfant peut avoir la sensation de ne pas être solide, maintenu de l'intérieur et alors avoir un sentiment de désorganisation.

*L'organisation tonique* est très sensible aux interactions. L'hypo et l'hypertonie permettent une régulation des interactions. Le risque est qu'elles deviennent permanentes et évoluent vers un mode d'organisation de la personnalité.

*La motricité* : Une pauvreté des mouvements peut être le signe d'une difficulté à s'engager dans le dialogue. Une motricité non investie comme activité exploratoire fait rechercher des carences de stimulation et des perturbations du processus de séparation-individuation.

*Les activités répétitives ou stéréotypies* peuvent exprimer la difficulté du bébé à réguler ses tensions internes. La recherche d'une stimulation douloureuse peut être un moyen de percevoir ses limites corporelles. Ces comportements autistiques sont rencontrés dans des situations très carencielles.

*Les processus de régulation* : notamment la souplesse de passage d'un état à un autre.

*La dynamique du développement psychomoteur* : des ralentissements ou des arrêts et des dysharmonies dans le déroulement des acquisitions sont à rechercher.

*Les troubles cognitifs<sup>23</sup>* : La vie cognitive est une source de plaisir qui favorise son enrichissement progressif. Mais l'activité cognitive du bébé ne se déploie pas dans un vide relationnel et affectif, elle a besoin d'un contexte interpersonnel et de communication. Ainsi le développement des capacités intellectuelles et cognitives est lié à la relation mère-nourrisson. Les carences de soins maternels engendrent une pauvreté des interactions et alors un risque d'appauvrissement de la vie cognitive du bébé. Les distorsions relationnelles perturbent alors l'accession du bébé à la connaissance de lui-même et de son environnement. Par exemple des attitudes maternelles marquées par l'inadéquation et l'imprévisibilité entraînent chez le bébé un manque de repères, un sentiment de ne pas être compétent et l'amènent à désinvestir les échanges.

*Les troubles du langage<sup>23</sup>* : Pour évaluer le langage il est essentiel d'évaluer l'enfant dans sa globalité, avec son environnement, les comportements de l'entourage, son histoire, son équipement personnel, ses progrès... Ainsi doivent être pris en compte les compétences précoces du bébé, le rôle d'un environnement stimulant, l'importance des premières relations et de la communication pré-verbale et le rôle structurant des schèmes interactifs entre le bébé et son environnement.

On sait que tous les enfants ne suivent pas le même rythme, ainsi on ne va pas parler de « retard de langage » pour un bébé de 12 à 18 mois. Mais il n'est pas normal qu'un bébé soit silencieux, qu'il ne babille pas, que, vers 1 an, il ne s'amuse pas à montrer du doigt, puis à

faire « non » de la tête, « au revoir » avec les mains et d'autres petits rituels sociaux. A 2 ans, il doit ébaucher des formes qui ressemblent à des mots ; à 3 ans, il n'est pas normal qu'il ne parle pas un peu, n'accède pas au « je » et ne soit pas curieux de son environnement.

Toutes les difficultés et retards de langage n'ont pas la même signification, ils peuvent être signes d'un handicap ou de troubles entravant l'acquisition du langage :

- Des troubles de l'audition.
- Des malformations du palais ou de la région buccale ou des paralysies d'organe intervenant dans la production de la parole.
- Un retard global du développement, homogène ou non, dont les causes sont celles des retards psychomoteurs et des déficiences mentales.

Il existe également des retards de langage s'insérant dans une pauvreté de bain linguistique familial et d'une carence d'investissement des échanges langagiers dans la famille, ne s'insérant pas dans un contexte psychopathologique de l'enfant ou de la famille.

### **3. Les troubles du comportement :**

Toujours selon P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup>, l'apparition de comportements ou de mouvements relationnels inadaptés est une forme d'expression de la souffrance psychique du nourrisson et de troubles dans son évolution psychique.

Le terme de comportement met l'accent sur la dimension agie de cette modalité d'expression. La finalité de ces comportements peut être diverse, elle peut correspondre à la satisfaction de besoins physiologiques ou psychologiques du bébé.

Cette satisfaction peut se faire sous forme des décharges, que l'on peut répertorier selon Lézine et Stambak (cités par P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup>) :

- décharges élémentaires (suction des doigts, mordillement des vêtements...),
- décharges d'exploration (se frotter la tête, le nez, les organes génitaux...),
- décharges rythmiques (balancements)
- et décharges auto-offensives (se taper la tête contre un mur, se mordre...).

On peut remarquer la dimension d'auto-stimulation, voir d'auto-apaisement de ces comportements. Ils peuvent avoir un rôle de communication comme l'a décrit Bowlby pour

les comportements d'attachement. Les variations de la normale des comportements sont très larges.

On peut également citer les colères à une certaine fréquence et intensité, l'agitation, l'hyperactivité, l'accrochage sans retenue aux inconnus, l'apathie, le retrait...

#### **4. Les manifestations émotionnelles :**

Toujours selon P. Mazet et S. Stoleru<sup>23</sup>, la vie affective ou émotionnelle représente une autre modalité d'expression des perturbations psychologiques du bébé. Les manifestations émotionnelles du bébé sont variées et se modifient au fur et à mesure de son développement psychique. Elles vont de malaises indifférenciés, s'exprimant à travers la vie motrice et tonique ou dans des angoisses très primitives comme celle de chute sans fin ou de dissociation du corps à des expressions plus différenciées et mentalisées.

Selon M. Lamour et M. Baracco<sup>24</sup>, on peut observer chez certains bébés en grande souffrance, une absence de manifestations de détresse et de plaisir, une pauvreté des mimiques.

S. Fraiberg<sup>39</sup> décrit à propos de nourrissons carencés ou maltraités, à partir de l'âge de 5 mois, des réactions de « gel » de la posture, de la mobilité et de la voix ; puis entre 9 et 16 mois des « transformations » de l'affect de type « inversion ».

Et, à partir de 1 an, elle a observé des états transitoires de désorganisation avec parfois des mouvements auto-agressifs.

M. David<sup>40</sup> décrit, dans les familles carencées, sous le terme « d'enfant vide », une certaine anorganisation de la personnalité que nous développerons plus loin.

M. Lamour<sup>24</sup> décrit également des états dépressifs (bébés peu expressifs, tristes, atones, silencieux, perçus souvent comme indifférents). Ces bébés n'intéressent pas et n'engagent pas l'échange.

D'autres manifestations émotionnelles ont été décrites par M. Lamour et M. Baracco<sup>24</sup> :

- *Les troubles du contact* : avec un évitement notamment sélectif de la mère sont à rechercher. On peut aussi observer une mise à distance de l'autre et la maîtrise de la distance relationnelle.

- *L'hyperadaptation* : qui s'associe à une apparente passivité. Le bébé, très vigilant, se manifeste peu et s'adapte au rythme maternel. C'est le cas notamment des bébés ayant des mères psychotiques.
- *Les troubles de l'attachement*: notamment attachement de type anxieux.

## **E. Les troubles maternels concernés par notre projet**

### **1. Les familles dites « à problèmes multiples »**

Le terme « familles à problèmes multiples » a été utilisé en premier par M. Mazer<sup>41</sup> en 1972. D'autres termes ont également été utilisés pour nommer ces familles : M. Barraco<sup>42</sup> parle de « familles atypiques », G. Diatkine<sup>43</sup> de « familles sans qualités », S.I. Greenspan<sup>44</sup> de « familles multirisques », S. Lebovici<sup>45</sup> de « familles exclues » et A.E. Sand<sup>46</sup> de « familles vulnérables ».

Parmi les nombreuses difficultés rencontrées par ces familles, on trouve toujours<sup>47</sup>:

- L'appartenance à une classe sociale défavorisée et les situations qui lui sont associées (chômage, mauvaises conditions de logement...)
- Des troubles psychologiques
- Des maladies physiques ou des handicaps
- L'appartenance à une minorité ethnique avec des difficultés d'intégration.

### ***Psychopathologie***

Selon S Stoleru et M. Morales Huet<sup>47</sup>, ces familles sont souvent très isolées socialement, et leur difficulté à faire appel au système de soins, en dehors de situation de crise, fait partie de cet isolement. Elles sont souvent méfiantes à l'égard des institutions soignantes et de leur personnel. Cette méfiance fait partie de leur vécu et de leur psychopathologie.

Chez la plupart de ces familles, on perçoit un sentiment d'insécurité qui se traduit par la porte fermée à clé, un chien de garde...

Quand les mères peuvent exprimer leur détresse, il s'agit alors « d'une exigence profonde et impérieuse ». Dans ces situations, des réponses des soignants perçues comme insuffisantes, risquent d'être vécues comme des déceptions, renforçant la méfiance et pouvant alors engendrer des sentiments de persécution.

Quand il y a une demande de soin, elle émane de la partie adulte de la personnalité des membres de ces familles, de la partie du Moi qui est assez libre et saine pour demander de l'aide. Puis au fur et à mesure que le transfert s'amorce, les patientes semblent reproduire avec les soignants des aspects de leur vécu infantile avec leurs parents et notamment des demandes de soins primitives adressées à la mère.

Les mécanismes psychopathologiques rencontrés dans ces familles associent un affaiblissement de la distinction entre les catégories les plus élémentaires (le jour et la nuit, le sale et le propre ...) et une attaque contre les liens et l'activité de liaison.

L'attaque contre les liens et l'activité de liaison, décrite par W. Bion<sup>48</sup>, traduirait des fixations très précoces.

C'est à la fois une attaque contre la liaison entre les idées, donc contre l'activité mentale, et une attaque contre la liaison du sujet avec autrui et en premier lieu avec sa mère. Ce concept permet de mieux comprendre l'isolement social de ces familles.

L'attaque contre les liens entraîne une perte de la cohérence de l'expérience mentale et de l'intégration de celle-ci en tant que système organisé. Ce processus de destruction du vécu intérieur se reflète dans l'environnement extérieur et le système de relation à autrui. L'organisation des soins est alors difficile, les patients ne se rendant pas au rendez-vous ou étant absents lors des visites à domicile.

G. Diatkine<sup>43</sup> a utilisé l'expression « familles sans qualités » pour parler de ces familles, mettant alors en relief le fait que les oppositions les plus banales de la vie quotidienne, qui ailleurs ont une valeur organisatrice, n'apparaissent pas ici, comme « la nuit et le jour, le sale et le propre, l'ingestion et l'excrétion, l'intérieur et l'extérieur ».

La désorganisation temporelle s'observe chez ces patients par des difficultés à percevoir la régularité des visites à domicile. La désorganisation et l'attaque contre les liens s'observent aussi dans une non-coordination entre les divers soignants intervenant dans ces familles.

Les réunions entre ces différentes équipes sont donc essentielles même si elles sont le plus souvent conflictuelles, reflet de la conflictualité familiale.

D'autres facteurs, non spécifiques à ces familles, peuvent se rajouter : recherche de bénéfices secondaires, mise en jeu du masochisme exacerbée par les difficultés socio-économiques, compulsions de répétitions.

Les pathologies psychiatriques avérées sont rares chez les parents. Les mères ont souvent souffert de carences précoces et développé un trouble de l'attachement notamment de type anxieux évitant. Chez ces femmes, la fonction maternelle est profondément perturbée.

Leur trouble de l'attachement peut aussi expliquer leur comportement d'évitement du système social et du système de soin.

Les pères ont souvent un profond sentiment d'impuissance qu'ils compensent par des passages à l'acte. La plupart du temps, ils sont absents des prises en charge.

G. Diatkine<sup>43</sup> décrit des perturbations de la psychopathologie infantile fréquemment retrouvées dans ces familles : un caractère indifférencié de la relation affective à autrui, une relation à soi marquée par l'autodestruction, une absence de jouets et d'objet transitionnel, une absence de tentative de créer une formation psychique même instable et des troubles massifs du langage.

### ***Les interactions précoces dans ces familles :***

Elles ont été décrites par M. Lamour et M. Barraco<sup>24</sup>. Elles se caractérisent par une discontinuité des comportements maternels. On retrouve cette discontinuité au niveau des séquences interactives mais aussi au niveau macroscopique par des « mini abandons » quotidiens (alternances imprévisibles excitation/absence) et des passages à l'acte reflet de l'intolérance aux besoins de leur bébé (placement, hospitalisation).

Les rythmes temporels, qui normalement ritualisent la vie du bébé, ne se mettent pas en place, créant pour l'enfant un sentiment permanent d'insécurité.

Dans les temps d'interactions, les modes relationnels privilégient la proximité, le bébé est tenu serré contre sa mère sans ajustement tonico-postural. Cette proximité physique contraste avec la pauvreté des interactions visuelles.

Ces nourrissons répondent à la carence du regard visuel par une atonie, une apathie, un manque d'intérêt pour leur image. Ces symptômes vont être le reflet de l'impossibilité pour ces enfants d'investir leur propre corps.

Le non-regard sur le corps de leur enfant va mettre ces mères en difficulté pour en prendre soin.

Mais les soins corporels et nourriciers défailants traduisent aussi la difficulté que ces mères ont à prendre soin de leur propre corps, le malmenant et le dévalorisant, reflet de l'image négative qu'elles ont de leur corps.

Les interactions affectives sont aussi profondément perturbées, l'absence d'échanges mutuels véritables caractérisant la relation. La mère peut exprimer des affects très violents dans une excitation intense débordant alors l'enfant qui va tenter de se protéger en coupant le contact. L'impossibilité de ces mères d'être attentive aux manifestations émotionnelles de leur bébé et d'y donner sens, va s'opposer à « l'accordage affectif », étape importante du passage de l'imitation à la symbolisation et à l'instauration du langage.

### ***La relation mère-nourrisson***

Selon M. Lamour et M. Barraco <sup>24</sup>, le peu de différenciation soi-autre entraîne une relation fusionnelle. Le père est exclu par la mère, même si souvent il s'intéresse à son enfant et réussit à nouer des liens. Dans ce contexte, tout mouvement de séparation et d'individuation de l'enfant est peu tolérable.

Ces bébés sont par ailleurs peu investis pour eux-mêmes, ce qui entraîne des carences narcissiques majeures chez ces enfants.

## *Le bébé*<sup>24</sup>

Il se construit donc au sein d'interactions très perturbées, alternant entre le manque et la surexcitation. Il va alors être dans l'incapacité d'anticiper, dans des alternances de tension liées à des afflux d'excitation externe et interne.

Ces enfants présentent souvent des troubles somatiques : retard de croissance staturo-pondéral, retard du développement moteur, des troubles du langage, des perturbations des conduites alimentaires, des signes digestifs, des affections ORL.

Dans le domaine psychoaffectif, ont été mis en évidence : une atonie affective, un non-investissement de l'activité exploratoire, une absence d'investissement de leur corps, ces troubles entraînant un retard du développement.

M David <sup>40</sup> parle « d'enfant vide » pour décrire cette « anorganisation de la personnalité », elle-même sous-tendue par des perturbations de la relation de soi à autrui.

La relation à soi est marquée par un non-investissement narcissique (pas d'activités auto-érotiques ; pas d'objet transitionnel).

La relation à autrui se caractérise par une non-différenciation des personnes avec une absence d'angoisse de l'étranger, contrastant avec leur difficulté à se séparer de leur mère. Le terme « d'enfant vide » fait référence au vécu dépressif.

Selon M. Lamour et M. Barraco <sup>24</sup>, chez les enfants carencés, le pattern d'attachement « anxieux évitant » est prédominant.

M. David<sup>49</sup> a montré que cette symptomatologie n'était pas réactionnelle. Quand ces enfants sont placés, leur état somatique s'améliore puis ils vont avoir tendance à réengager leur famille d'accueil dans le même type de relation qu'ils avaient avec leurs mères. Ce mécanisme est alors à l'origine des échecs à répétition de placements.

## 2. Grossesse et adolescence

### *Épidémiologie :*

En France, l'âge moyen des premiers rapports sexuels se maintient depuis 1985 à 17 ans<sup>50</sup>. En revanche la distribution des âges montre une translation vers des âges plus jeunes (21% des garçons et 10% des filles ont leur premier rapport à 15 ans ou moins).

Le taux de grossesses chez les adolescentes (jeunes femmes de 10 à 18 ans) est estimé en France à 24%<sup>51</sup> à 43%<sup>52</sup> selon les études. Un tiers de ces grossesses seront menées à terme.

La proportion des grossesses chez les adolescentes (nombre de naissances chez les adolescentes sur le nombre total de naissances pour un pays donné) est estimée<sup>50</sup> à 0,85%.

### *Le devenir de ces grossesses <sup>52</sup>:*

Les études épidémiologiques montrent que plus la grossesse survient tôt et plus elle a de risque de se terminer par une interruption volontaire de grossesse (IVG). Entre 14 et 15 ans, 61,9% des conceptions sont avortées, entre 16 et 17 ans, 50,4%.

### *Les risques physiques de ces grossesses :*

Les adolescentes sont considérées comme une population à risque de malformations chez leur bébé, car elles sont plus exposées à des facteurs suspectés de jouer un rôle dans la survenue de malformations fœtales, comme le déficit nutritionnel, le tabac, l'usage de toxiques.

Il est rapporté un risque global de malformations congénitales chez les moins de 20 ans, 11 fois plus élevés que celui des femmes de 25 à 30 ans.<sup>52</sup>

Les grossesses à l'adolescence sont souvent découvertes tardivement. Plusieurs raisons peuvent être évoquées : la méconnaissance, la crainte d'en parler, l'anxiété à l'égard du suivi médical, la peur d'être contrainte à une interruption de grossesse et pour certaines le déni d'une réalité désirée mais redoutée.

Ce retard empêche la mise en place d'un suivi médical adéquat, rendant la grossesse plus vulnérable.

Selon D. Marcelli<sup>53</sup>, on retrouve aussi un taux plus important d'enfants de petits poids et de prématurité. Deux risques qui sont en fait souvent dus, dans cette population, au suivi tardif,

au comportement de « gommage » de l'état de grossesse et à l'absence de toute précaution physique ou diététique avec parfois une poursuite de conduites addictives.

L'accouchement est, dans toutes les études, réputé sans risque si la grossesse a été convenablement suivie.

### ***Contexte psychosocial***

Selon D. Marcelli<sup>53</sup>, les grossesses chez les adolescentes surviennent très souvent dans un contexte de rupture, avec leur famille, leur scolarité, ou les deux. On observe fréquemment chez ces jeunes filles des conduites agressives, des tentatives de suicide et des conduites toxicomaniaques. Des antécédents de placement sont souvent retrouvés ainsi que des antécédents de maltraitance. La survenue d'une grossesse dans ce contexte va accentuer la situation de rupture.

Pour éviter cela, certaines jeunes filles vont cacher leur grossesse, rendant le suivi médical difficile voir inexistant et entraînant alors des risques pour la grossesse.

### ***Aspects psychopathologiques***

#### *Grossesse et adolescence, une « double crise maturative »<sup>2</sup>*

Racamier<sup>2</sup> compare l'adolescence à la « maternalité ». Comme nous l'avons vu plus haut la « maternalité » est définie comme « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité »<sup>54</sup>.

L'adolescence et la maternité sont ainsi deux moments de crise maturative dans la vie d'une femme. Ils impliquent des transformations corporelles, hormonal, un changement de statut social, des fluctuations pulsionnelles, une réactivation des conflits infantiles, une remise en question des identifications précoces, une transformation de l'image du corps et du sentiment d'identité personnelle.

Le terme de crise décrit un moment qui mobilise de l'énergie psychique et réveille de l'anxiété et des conflits latents. Elle a comme finalité la formation d'une identité nouvelle.

Une grossesse survenant à l'adolescence va alors être un moment de « double crise ». Se pose alors la question de savoir si cette grossesse va pouvoir garder sa capacité évolutive.

### *Le désir d'enfant chez l'adolescente*

Selon B. Igert<sup>55</sup>, la scène pubertaire est dominée par les conflits oedipiens. L'image de la mère à cette période de la vie est teintée d'ambivalence : être aimé et en même temps haïe et envié.

Le lien mère-fille est alors un lien de « dépendance agressive ».

La survenue d'une grossesse à l'adolescence serait à la fois un appel à la mère préœdipienne et une attaque à la mère oedipienne.

La grossesse est un « appel à l'aide » à la mère préœdipienne, « mère de la tendresse ». En devenant à leur tour mère, ces adolescentes vont pouvoir s'identifier à cette image maternelle positive.

Elle peut aussi avoir pour objectif d'attaquer la mère oedipienne en s'appropriant son statut.

D. Marcelli<sup>53</sup> rappelle que même à l'adolescence, le désir d'enfants peut être le projet d'un couple, le plus souvent chez des adolescentes plus âgées (plus de 17 ans).

Le désir d'enfants va alors exprimer une volonté de rompre avec la dépendance aux parents, pour créer une nouvelle dépendance au conjoint.

C'est aussi un moyen d'accéder à un nouveau statut social, qui, pour ces adolescentes, peut être un moyen de résoudre des difficultés.

Chez ces jeunes femmes en situation de rupture et d'échec scolaire, les investissements sublimatoires sont en général défailants, le désir de grossesses va alors se substituer à l'absence de projet sublimatoire, dans un projet d'identification maternelle et sociale, dans l'espérance d'une gratification affective.

Le bébé est alors considéré comme objet de comblement des carences affectives de l'enfance, des failles narcissiques de la jeune mère. Il va avoir pour mission de « réparer » sa mère.

### *La place du corps*

L'adolescent doit se réapproprier son nouveau corps sexué, il va alors se poser la question de la normalité et de la fonctionnalité de ses organes. Chez certaines adolescentes, ces questions entraînent un désir de grossesses plus qu'un réel désir d'enfants dans un désir de vérification de l'intégrité de leur corps.

Lors d'une grossesse chez une adolescente, le vécu de la transformation corporelle est double : vécu du processus pubertaire et vécu de la grossesse.

B. Iger<sup>55</sup> s'est intéressée au vécu de ces jeunes filles, elle décrit la banalisation voire la négation de la transformation liée à la grossesse et la peur de l'endommagement de l'intérieur du corps faisant écho aux fantasmes d'agression du corps maternel. L'auteur constate alors la relative fréquence de l'indifférence de ces jeunes filles vis-à-vis des mouvements fœtaux.

La méconnaissance de leur corps de femme, allant de la survenue des menstruations jusqu'à la conception d'un corps fantasmatiquement endommagé, conduit ces adolescentes à ne pas se reconnaître comme femme à l'image de leurs mères ; mères qui n'ont souvent pas manifesté d'intérêt à l'égard du corps sexué de leur fille. L'investissement narcissique de l'image du corps sexué demeurerait alors inachevé. « Chez elles, tout passe non pas par le corps adolescent, source de plaisir, mais par le corps de la procréation »<sup>55</sup>.

Le contact avec le corps de leur bébé permet à ces jeunes mères de retrouver leur propre corps, par les registres de l'auto-érotisme et de la réassurance vis-à-vis de leur intégrité corporelle. Le corps du bébé sert alors d'étayage au corps de l'adolescente.

La grossesse à l'adolescence peut aussi être un moyen, paradoxal, de se protéger de la sexualité. Souvent chez ces jeunes filles, la sexualité de leur mère a été dévalorisée voire niée comme quelque chose d'insupportable. Pour S. Freud : « la représentation d'une mère sexuée engendre parfois la crainte de perdre la mère objet d'amour »<sup>56</sup>. Ainsi l'adolescente, par la grossesse, va se protéger de toute approche sexuelle.

Selon D. Marcelli <sup>53</sup>, la grossesse peut aussi s'intégrer dans des comportements à risque comme les tentatives de suicide, les troubles du comportement alimentaire et certaines conduites addictives. C'est alors une mise en danger du corps, une conduite agressive envers le corps. Chez ces jeunes filles, il est fréquent de retrouver des tentatives de suicide peu avant la grossesse.

### ***La relation mère-fille***

Selon B. Iger<sup>55</sup>, il existe chez ces adolescentes des difficultés d'élaboration d'une image maternelle ; à cause de la sexualité, celle-ci est devenue « mauvaise ». Elles vont alors rechercher la mère de tendresse de la période préœdipienne.

Ces adolescentes vont pouvoir rétablir de bonnes relations avec leur mère, dans un réinvestissement de position identificatoire homosexuelle.

L'histoire de la fille-mère vient réitérer le fantasme d'une relation fusionnelle avec sa mère. Le bébé est alors le cadeau fait à la grand-mère.

Mais la relation mère-fille pendant la grossesse est souvent teintée d'ambivalence. La mère est d'abord rejetée dans un clivage « bonne » et « mauvaise » mère puis après la naissance du bébé, elle est souvent sollicitée par sa fille dans l'apprentissage de sa parentalité.

Parfois ces couples mère-fille vivent dans une atmosphère idyllique où tout n'est qu'illusion et confusion.

### ***Interactions mère adolescente-bébé***

Des enquêtes épidémiologiques<sup>53</sup> ont montré le risque psychosocial pour ces bébés : risque de délaissement et de maltraitance.

Selon D Marcelli <sup>53</sup>, pendant la grossesse, ces adolescentes expriment peu de préoccupations maternelles anxieuses. Plus tard avec leur bébé, ces mères paraissent souvent habiles, avec une bonne capacité à jouer. Mais elles se montrent moins expressives, moins sensibles aux besoins de leurs bébés. Elles expriment des convictions (« il doit dormir », « il a faim ») qu'elles vont imposer à leurs enfants.

Ces bébés présentent souvent des comportements d'attachement de type anxieux ou ambivalent.<sup>57</sup>

### **3. Psychose et grossesse**

Depuis 20 à 30 ans, la désinstitutionalisation des patients psychotiques, leur a permis d'accéder à une vie sociale et pour certains à une vie de couple et à l'expérience de la parentalité.

La prévalence des troubles schizophréniques est estimée entre 0,2% et 1% (écart probablement dû à l'hétérogénéité des définitions retenues)<sup>1</sup>. En France, 5000 femmes schizophrènes deviennent mères chaque année<sup>1</sup>.

La chute du nombre de lits d'hospitalisation, l'existence d'un domicile autonome et le moindre contrôle exercé sur la vie affective de ces femmes, a modifié leur vie sexuelle.

Actuellement en France 40% des femmes schizophrènes sont mariées lors de leur première admission en psychiatrie<sup>58</sup>.

Si, selon Raboch<sup>59</sup>, la vie sexuelle des femmes schizophrènes qui vivent de façon durable avec un partenaire, est similaire à celle des autres femmes, pour Miller et Finerty<sup>60</sup> l'instabilité de leur vie sexuelle demeure plus marquée, avec moins de partenaires fixes et plus de violence subie. De même on retrouve moins de grossesses programmées et plus d'interruption volontaire de grossesse<sup>1</sup>.

Selon J. Dayan<sup>1</sup>, certaines perturbations de la sexualité dans cette population sont liées à la dysperception du corps et aux troubles du jugement et de la pensée, conséquences de la psychose.

Les neuroleptiques peuvent également entraîner des troubles associés comme des anomalies de la menstruation, une obésité, des dyspareunies secondaires, ainsi qu'une baisse de la libido. La sexualité chez la femme schizophrène est une modalité de la vie relationnelle et permet son épanouissement. Mais à cause de leur pathologie, ces femmes sont plus à risque d'abus sexuels et d'instabilité dans leur relation.

Ces femmes, ont par le passé subi des campagnes de stérilisation sur une argumentation pseudo-scientifique selon laquelle les maladies mentales se transmettaient selon la loi mendélienne de façon dominante.

En France, la stérilisation des femmes schizophrènes est, selon un rapport de l'Inspection Générale de la Santé (1998)<sup>61</sup>, « faible mais non marginal » et cela malgré son interdiction légale.

### ***Complications obstétricales et néonatales***

Les études<sup>62</sup> retrouvent dans cette population, des taux plus élevés de décès périnataux, de fausses couches spontanées, de malformation (microcéphalie, hydrocéphalie, anencéphalie) et de petits poids de naissance.

La fréquence de ces complications, lorsque la grossesse a été normalement surveillée, serait identique à celle de la population générale. Ces complications seraient donc dues à un suivi tardif ou absent de ces grossesses.

La méconnaissance de la grossesse voir le déni de grossesse, la crainte d'un jugement d'autrui et la désocialisation en sont les principaux facteurs de risque. À ces facteurs de risque s'ajoutent les intoxications associées notamment le tabagisme.

Les différentes études<sup>63,64</sup> sur l'état neurologique des bébés retrouvent chez ces nouveaux-nés un trouble précoce de la vigilance, une hypotonie, une diminution de réaction aux stimuli.

### ***Risques psychiatriques maternels en pré et post-partum***

Selon J. Dayan<sup>1</sup>, le risque d'aggravation de la pathologie maternelle semble lié au désir et à l'acceptation de la grossesse, aux conditions dans lesquelles se déroule cette grossesse et notamment à la continuité de la prise en charge. L'inquiétude des femmes concernant leurs capacités maternelles est plus importante dans cette population, mais elles confient moins aisément leurs troubles par crainte que leur enfant ne leur soit retiré.

On retrouve aussi plus d'anxiété, de problèmes matériels et interpersonnels, d'angoisses à propos de l'accouchement et un manque de soutien de la famille<sup>65</sup>.

Le déni de grossesse est plus fréquent que dans la population générale<sup>66</sup>; il prend alors les qualités du déni psychotique marqué par le clivage. Il est souvent accompagné d'une grande anxiété. Ces conséquences sont graves: absence de surveillance prénatale, risque d'accouchements dans de mauvaises conditions, conduites violentes sur le fœtus, voir néonaticide. Le stress lié à l'accouchement dans de telles conditions peut provoquer des états de désorganisation. Le déni de grossesse dans cette population est plus fréquent chez les femmes ayant déjà vécu le placement d'un enfant ou un deuil périnatal. Miller<sup>67</sup> fait alors l'hypothèse qu'il protégerait la femme de la répétition de la perte et de mouvements agressifs envers son fœtus.

Les symptômes psychotiques positifs et négatifs ont des conséquences sur la grossesse. Ainsi certains peuvent entraîner un retard du diagnostic de grossesse, une mauvaise interprétation des signes du travail, des accouchements précipités.

Selon J. Dayan<sup>1</sup>, le baby blues peut prendre des formes inquiétantes par son intensité ou sa durée. Il peut être annonciateur d'une décompensation psychotique aiguë.

La période du post-partum est une période à haut risque de décompensation psychotique aiguë. L'étude d'Howard<sup>68</sup> retrouve 55% de décompensation psychiatrique chez les mères schizophrènes au cours la première année, la majorité dans les 3 premiers mois.

Dans l'étude prospective de Mc Neil<sup>69</sup>, chez des femmes enceintes ayant des maladies psychiatriques graves, 24% des femmes schizophrènes présentent un épisode psychotique en post-partum. Les facteurs de risque sont : un passé de plus de trois mois d'hospitalisation en psychiatrie, des symptômes présents dans les 6 mois précédant la grossesse.

Selon J. Dayan<sup>1</sup>, des troubles du sommeil d'intensité croissante, des réveils anxieux, des rêves au contenu angoissant, des comportements bizarres ou l'apparition d'éléments confusionnels doivent faire craindre une décompensation psychotique aiguë. La désorganisation peut être progressive, la mère faisant de moins en moins face aux exigences de la réalité externe, ne s'adaptant plus aux besoins du bébé mais gardant un discours qui peut sembler adéquat ou conservant un nursing adapté aux besoins de son bébé mais avec un discours envahi par les éléments délirants.

### ***Vécu de la grossesse chez la femme psychotique***

La femme psychotique peut rapidement se sentir persécutée. Par le bébé, avec un sentiment d'étrangeté, de fusion. La perte de maîtrise et l'agression subie de l'intérieur sont inévitables et inconcevables. Par le corps médical, les différents examens et le suivi médical peuvent être perçus comme intrusifs et violents.

Les modifications corporelles liées à la grossesse peuvent être angoissantes. Des sensations internes (mouvements du bébé) vont malmener le schéma corporel déjà fragile, pouvant alors alimenter un délire d'organes. Des sensations externes (ventre, vergetures...) modifient les limites corporelles, l'enveloppe protectrice se distend. Ces sensations entraînent la résurgence d'angoisses archaïques de morcellement, de liquéfaction.

La « transparence psychique », va ramener vers le conscient des réminiscences infantiles qui chez ces femmes sont souvent douloureuses (carence, abus, maltraitance...), avec une crainte de la répétition.

### ***Les interactions mère-enfant***

À partir d'observations précoces de ces dyades, M. Lamour et M. Baracco<sup>24</sup> ont pu dégager un certain nombre de signes cliniques concernant les différentes modalités d'interaction.

Les interactions visuelles : elles observent chez les mères un évitement du regard, qui peut s'associer à une hypervigilance visuelle chez le bébé ou au contraire à un évitement. Souvent l'enfant s'accroche ou « s'agrippe » à l'étranger par le regard, comme s'il cherchait à se réorganiser dans le regard de l'autre. Le regard mutuel est rare.

Les interactions corporelles : le holding est chaotique avec une alternance de rapprochés et de mises à distance. Le bébé y répond soit par une hypertonie soit par une hypotonie, en se « vidant ». La tolérance maternelle à la motricité de son enfant est faible, le bébé réagit alors par une répression de ses mouvements volontaires.

Les interactions vocales : elles sont pauvres, la mère répondant peu aux vocalises de son bébé.

La dimension ludique : elle est rare dans les interactions de ces dyades.

La particularité de ces interactions est le sentiment de « chaos » avec une alternance de rapprochés fusionnels quasi « dévorants » et de longs moments d'abandon. L'environnement est imprévisible, le bébé ne peut alors pas anticiper. « Les soins peuvent paraître incohérents, inadéquats, parfois dangereux, correspondant aux impulsions de la mère ». <sup>70</sup>

Le bébé utilise ses états de vigilance à des fins défensives : hypervigilance initiale, puis quand le rapproché se prolonge de façon trop intolérable, chute brutale et immédiate dans le sommeil.

### ***Les relations mère psychotique-nourrisson***

Elles ont été décrites par M. Lamour et M. Baracco<sup>24</sup>. Souvent, dans un premier temps, ces bébés n'inquiètent pas les intervenants médico-sociaux. Ce sont des nourrissons très vigilants, le regard inquiet et grave, qui se retiennent dans leurs mouvements voir dans leur

développement, qui se consolent seuls et manifestent peu de détresse. Ils s'adaptent à leurs mères. Les interactions s'organisent en fonction des besoins maternels et non de ceux du bébé. Les mères sont souvent chaotiques, « absentes », figées voir délirantes.

Pour Winnicott<sup>71</sup>, une mère schizophrène peut avoir donné à son bébé un « départ exceptionnellement bon » et vivre dans une fusion idéale.

Cependant C. Bursztein<sup>72</sup> rappelle que cette relation se détériore souvent lorsque l'enfant commence à amorcer un processus d'individuation.

Le bébé va se mouler aux attentes maternelles. La passivité du bébé n'est qu'apparente. Si l'on observe l'enfant de façon plus précise, on peut percevoir des mouvements pulsionnels s'exprimant à bas bruit. Le bébé au contraire est très actif, mais son activité est centrée sur le contrôle et de répression de ses besoins, de ses affects et de sa vie pulsionnelle.

À long terme cette hyperadaptation pourrait être à l'origine de ce que P. Bourdier<sup>73</sup> a décrit sous le terme d'« hypermaturation ». C. Bursztein<sup>72</sup> rappelle qu'« en contrepartie d'une intellectualisation défensive, qui permet une mise à distance de la relation avec le parent psychotique, existe une restriction de l'imaginaire, un contrôle pulsionnel contraignant, qui évoquent l'organisation d'un « faux self » ».

C'est une relation à risque pour les deux partenaires.

Les grandes étapes de séparation-individuation (sevrage, premier décollement, marche, opposition...) sont des périodes à haut risque de décompensation maternelle. L'individuation de l'enfant peut être vécue comme dangereuse car nécessitant une évolution du narcissisme vers l'objectalité.

Le nourrisson qui est dans une relation symbiotique avec sa mère est, de ce fait, exposé à être inclus dans le délire maternel. Le bébé est ou devient bon ou mauvais objet pour la mère qui le protège ou l'englobe dans sa pathologie.

Pour une même dyade, ce statut est variable dans le temps, selon la phase de développement de l'enfant mais aussi au sein d'une même séquence interactive (les comportements de l'enfant suscitant des interactions fantasmatiques avec la mère où le bébé devient objet persécuteur). Ces moments où le bébé est objet persécuteur avec rupture d'attention à l'enfant

réel sont les moments où il est le plus en danger. Il risque d'être négligé, maltraité par sa mère mais aussi de se sentir mauvais et de ressentir un sentiment de toute puissance destructrice.

La conséquence de ces perturbations interactives majeures est l'absence de pare-excitation externe, le psychisme maternel n'assurant pas la fonction de contenant organisateur de la vie mentale du bébé.

La rencontre du fonctionnement archaïque du bébé et du fonctionnement psychotique de la mère donne à la relation un caractère intolérable, créant une angoisse majeure chez la mère. Certaines mères se défendent de cette angoisse en frappant du sceau du délire les manifestations de l'enfant, ou en mettant le bébé à distance.

Contrairement aux enfants des mères carencées, ces bébés ne souffrent pas de manque d'investissement narcissique, au contraire ils sont « follement investis »<sup>24</sup>. Mais cet investissement ne leur est pas directement destiné, il s'adresse à l'enfant imaginaire de la mère, l'enfant de la fusion, d'où la difficulté pour ces mères de voir l'enfant réel, de répondre à ses besoins. Quand elle ressent les besoins, ce sont les siens dont il s'agit le plus souvent, et elle y répond à travers le bébé. Elles ont du mal à percevoir les messages non-verbaux. Ses réponses sont souvent inadéquates alors que les réponses du bébé aux signaux maternels sont adaptées. Les comportements du bébé n'ayant pas le pouvoir de réguler les interactions avec sa mère, l'enfant peut ne pas acquérir le sentiment d'être compétent.

Le bébé va intégrer de manière très précoce les schèmes interactifs. Ainsi les bébés de mères psychotiques, qui sont placés, vont entraîner la famille d'accueil à les reproduire, les engageant dans une spirale transactionnelle néfaste.

Le vécu archaïque est particulièrement réactivé chez ses femmes dans les soins du bébé, la plongeant dans la désorganisation psychique. La proximité physique peut vite prendre l'allure d'érotisation. Ces mères peuvent rapidement être prise dans des angoisses archaïques à type d'angoisse de perte de limites ou d'angoisse d'indifférenciation entre intérieur et extérieur. Elles peuvent alors être happées dans la fascination des orifices du corps du bébé et entraîner une stimulation intensive qui amène l'enfant à en demander un peu plus au fur et à mesure de la montée de l'excitation.

## ***Psychopathologie***

Selon M. Lamour et M. Barraco<sup>24</sup>, la relation d'une mère schizophrène avec son bébé est une relation d'objet psychotique, c'est-à-dire une relation d'objet prégénitale orale prédominante. Le contact avec l'objet est indispensable, mais l'objet est perçu comme menaçant et destructeur. Le sujet se maintient alors avec cet objet dans un mouvement d'écart et de rapprochement.

C'est aussi une relation anobjectale dans une indistinction du moi et du non Moi, donc une relation essentiellement narcissique.

La fusion avec le bébé imaginaire empêche la mère schizophrène de voir le bébé réel.

Mais cette fusion va être source d'angoisses de morcellement et de dévoration.

Chaque étape de séparation du développement du bébé peut entraîner une rupture dans la qualité de soins maternels. Face à cette discontinuité des soins, le bébé peut être en proie à des angoisses d'annihilation d'une extrême violence.

Le maternage nécessite des mères d'être dans « une préoccupation maternelle primaire » et une évolution du narcissisme vers l'objectalité. Pour M. Lamour<sup>24</sup>, les mères psychotiques, prises dans un fantasme de fusion, ne peuvent avoir accès à la préoccupation maternelle primaire. Pour P. Bourdier<sup>73</sup>, elle n'est pas étrangère à ces femmes, et entraînerait alors une réorganisation psychique par l'introduction de l'altérité perçue de l'enfant réel.

Il fait alors l'hypothèse que la fréquence des décompensations maternelles en post-partum serait la « résultante par excès de conflictualisation de cette maladie ».

## ***Le développement des enfants***

Dans une étude conduite en 1972 sur une population d'enfants de parents schizophrènes (particulièrement les mères), P. Bourdier<sup>73</sup> utilise le terme d'« hypermaturité » pour décrire ces enfants. Ceux-ci mettent en place très précocement des réponses défensives et adaptatives avec une hypervigilance, une rareté des pleurs et une grande tolérance à la séparation physique avec leurs mères.

Cette hypermaturité ne préjuge pas d'un développement favorable de la personnalité de l'enfant car il s'agit d'une formation réactionnelle qui peut masquer un clivage du soi.

Quelques années plus tard P. Bourdier<sup>74</sup> observe l'évolution de ces enfants et trouvent des résultats très variables allant de la décompensation psychiatrique à des destins originaux ou une bonne intégration sociale. Il émet alors l'hypothèse que le regard critique du parent sain sur la maladie et la distanciation par rapport au trouble qu'offre le caractère officiel de la pathologie permettraient de dégager l'enfant de la relation psychotique fusionnelle. L'important semble donc la possibilité qui est offerte à l'enfant, de prendre de la distance par rapport à la pathologie du parent malade.

Mais cette étude comporte un biais de recrutement puisqu'elle a été réalisée auprès de parents demandeurs qui consultaient pour leurs enfants et qui étaient d'un niveau socio-économique relativement élevé puisqu'ils étaient tous enseignants, c'étaient des parents « officiellement » malades avec une suppléance familiale existante.

Dans une étude conduite en 1977 aux Etats-unis sur des enfants « à risque », Fish<sup>75</sup> développe le concept de « pandysmaturation ». Ainsi il décrit chez des enfants de moins de 2 ans, des troubles tonico-posturaux, des troubles de la coordination visuo-motrice et un retard de croissance. Ces troubles sont transitoires, les retards sont ensuite comblés par des reprises accélérées, ce qui donne au développement psychomoteur un aspect chaotique. La « pandysmaturation » serait statistiquement corrélée à la survenue de troubles cognitifs à l'âge de 10 ans. À l'âge adulte, on retrouverait plus de troubles schizotypiques que dans le groupe témoin. Mais cette étude n'a été réalisée que sur un faible effectif (12 enfants « à risque »).

L'étude prospective de S.A. Mednick et coll.<sup>76</sup> conduite en 1971 au Danemark consistait en un suivi longitudinal de 129 mères et de leurs enfants, de 1962 à 1989.

Elle trouve que 43% des enfants de mères schizophrènes ont au cours de leur vie souffert d'un trouble du spectre de la schizophrénie (contre 8% dans le groupe témoin). Elle conclut que cette population est à haut risque de pathologie mentale notamment de schizophrénie.

Le risque génétique est difficile à évaluer et à dissocier des facteurs relationnels. Actuellement il est estimé à 10% en cas d'un parent psychotique et 4 à 5 fois plus lorsque les 2 parents le sont<sup>1</sup>.

#### 4. La dépression du post-partum

La notion de dépression du post-partum est restée longtemps confuse. C'est Pitt<sup>77</sup>, en 1968, qui a proposé le terme de dépression du post-partum, en indiquant que c'était une forme atypique de dépression.

Elle demeure de nos jours un trouble majeur de la puerpéralité, sa fréquence étant estimée entre 10% et 20% selon les études<sup>1</sup>.

Ces dépressions échappent souvent à l'investigation psychiatrique et au traitement, leur forme clinique étant originale et les mères ayant tendance à masquer leur souffrance ; la naissance d'un enfant étant par définition un événement de vie heureux.

Ces mères ont souvent peur qu'on leur reproche de ne pas trouver de joie à la naissance de leur enfant, qu'on les juge incapables ou « mauvaises mères ». Elles tendent alors à dissimuler leur souffrance et à ne pas demander d'aide.

Une des caractéristiques de ces dépressions est leur évolution à bas bruit pouvant tendre à la chronicité<sup>78</sup>.

Des études ont montré que seulement la moitié de ces dépressions sont reconnues par le médecin généraliste ou par les autres professionnels de la santé.<sup>79</sup>

##### *Description clinique :*

Le début est souvent insidieux. Il survient souvent après une période de latence d'une durée variable avec des pics de fréquence les six premières semaines et entre le 9<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> mois du post-partum<sup>80</sup>.

Elle prend parfois la forme d'un baby blues qui se prolonge.

Dans sa forme typique, elle apparaît entre la 4<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> semaine de vie du nourrisson et se prolonge jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois.

Les signes cliniques<sup>1</sup> sont ceux d'une dépression banale avec baisse de la thymie, asthénie et irritabilité centrée essentiellement sur la relation à l'enfant.

On retrouve aussi :

- Un sentiment d'incapacité physique à répondre aux besoins de l'enfant
- Une absence de plaisir à donner les soins avec un sentiment d'inadaptation aux besoins du bébé

- Une irritabilité voire une agressivité dirigée vers le conjoint ou les autres enfants de la fratrie.

D'autres signes sont moins spécifiques :

- Tendance à pleurer
- Labilité de l'humeur plus marquée en fin de journée
- Découragement
- Fatigue, asthénie, épuisement, lassitude
- Perte des intérêts habituels
- Perte de la libido
- Insomnie avec difficultés d'endormissement et cauchemars
- Plaintes somatiques
- Craintes hypochondriaques
- Troubles de la mémoire et de la concentration.

### ***Échelle EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale.***

Parmi les échelles spécifiques de cette période, L'EPDS (Edimbourg Postnatal Depression Scale) de J. Cox <sup>81</sup>est la plus connue (annexe 2). C'est une échelle très courte composée de 10 items, coté de 0 à 30.

Elle permet à la fois le dépistage dans les premiers jours du post-partum, des sujets à risque de dépression, et celui des mères déprimées, dans les semaines et les mois suivants. Cette échelle a été traduite et validée en français par Guedeney et Fermanian<sup>82</sup>.

L'étude de validation française suggère un score de 11 comme indicatif d'une dépression du post-partum. L'étude de Teissedre<sup>67</sup> retrouve un score seuil de 9, au 3<sup>ème</sup> jour, comme score prédictif de dépression du post-partum et un score seuil de 12 pour le dépistage des dépressions majeures du post-partum.

Sa simplicité de formulation permet une utilisation aisée par des professionnels non médecins formés. Il peut se révéler un élément d'ouverture au dialogue. C'est un auto-questionnaire qui peut être rempli par la mère en quelques minutes, sa cotation est simple. Elle permet à la fois le dépistage précoce dans le post-partum immédiat des mères à risque de développer une dépression et celui des mères qui présentent une dépression du post-partum dans les semaines qui suivent l'accouchement.

### ***Diagnostiques différentiels<sup>1</sup> :***

L'état de stress post-traumatique : les symptômes majeurs sont l'anxiété diurne et nocturne avec des cauchemars. Son début se situe 24 à 48 heures après l'accouchement.

Le baby blues : il est transitoire et précoce. S'il se prolonge, il peut être inaugural d'une dépression du post-partum.

La psychose puerpérale dont le tableau est celui d'une psychose.

Autres : hypothyroïdie, syndrome de Cushing, dépressions induites par des toxiques.

### ***Évolution :***

Selon J. Dayan<sup>1</sup>, la durée de la dépression du post-partum varie entre 3 et 14 mois.

La grande variabilité des durées retrouvées dans les différentes études suggère deux types de dépression : certaines pourraient être de simples difficultés d'ajustement transitoires et d'autres des formes sévères plus durables de dépression.

Mais certaines de ces dépressions peuvent durer des années si elle ne sont pas convenablement prises en charge.

Elle peut être le début d'épisodes dépressifs récurrent, que ce soit lors des grossesses suivantes (30 à 50%)<sup>83,84</sup> ou à une autre période de la vie.

### ***Facteurs de risque :***

Les facteurs de risque retrouvés dans les différentes études<sup>1</sup> sont :

- L'absence de participation à la préparation à l'accouchement
- L'absence de planification de la grossesse
- L'absence de reprise de l'emploi suite au congé maternité, entraînant alors un isolement social et une perte de l'estime de soi.
- Une mauvaise qualité des relations avec le partenaire
- Des relations difficiles avec leur propre mère durant l'enfance (difficultés familiales majeures et séparations précoces) et actuelles (impossibilité de trouver, à cette période de la vie, une mère à qui se confier et demander conseils).

- Des antécédents personnels de dépression du post-partum.
- Des antécédents d'abus physiques ou sexuels et de carences affectives précoces.

La présence d'un soutien émotionnel durant le travail, en conduisant à une meilleure estime de soi, diminuerait le risque d'anxiété et de dépression.

### ***Conséquences sur les interactions précoces***

#### *Modèles expérimentaux*

L'expérience *Still-face* (Tronick en 1978)<sup>85</sup> ou « visage impassible » représente pour son concepteur « un modèle expérimental de négligence émotionnelle et de déni de l'intersubjectivité »<sup>1</sup>. Dans l'expérience initiale de Tronick, un bébé de 1 à 4 mois est placé face à sa mère. Celle-ci a pour consigne de demeurer face à son nourrisson sans réactions pendant trois minutes. Immédiatement le bébé tente d'attirer son attention et renouvelle ses tentatives à plusieurs reprises notamment par le regard. Puis il abandonne plus ou moins vite ses sollicitations, s'affaisse, se retire de l'échange et se reconforte lui-même. Les expressions faciales sont alors plus rares lui donnant un aspect sérieux.

Le comportement de détresse du bébé persiste un temps après le retour à la normale du comportement maternel. Même s'il s'agit d'une situation expérimentale, ces faits montrent que le visage maternel constitue pour le bébé un étayage affectif indispensable, démontrant les propos de Winnicott selon lesquels le visage de la mère est pour le bébé, le premier miroir de son propre visage.

L. Murray et C. Trevarthen<sup>86</sup> ont étudié les effets de la synchronisation des interactions mère-bébé chez des bébés de deux mois ; pour cela ils utilisent un système vidéo. Mère et bébé sont filmés et interagissent en face à face par écrans vidéos interposés. Dans un premier temps ils sont en direct, on observe alors les interactions habituelles comme le décrit D. Stern par le phénomène d'accordage affectif. Puis dans un second temps, le bébé voit sur l'écran une séquence de la mère préenregistrée. Il s'agit alors d'une « mère automatique »<sup>87</sup>, inaccessible. Le bébé présente alors une réaction de retrait, semblant inquiet. Cette expérience montre que le bébé est aussi sensible à la qualité dynamique de la mimique du visage maternel et en particulier à son aspect « accordé ». On peut alors faire l'analogie avec la situation du bébé confronté à une mère accaparée par un état dépressif, peu accessible pour son bébé, s'occupant de son enfant tout en étant « ailleurs ».

La dépression du post-partum affecte la communication interpersonnelle par la fréquence de l'adresse verbale, la tonalité de la voix, le contact œil à œil et la qualité de l'expression et des réponses émotionnelles.

Selon J. Dayan<sup>1</sup>, ces mères semblent moins accordées aux comportements de leur enfant. Les interactions sont faites d'interruption et de comportements affirmatifs ou négatifs de la mère.

### ***Conséquences sur le développement de l'enfant***

Les difficultés de ces mères à répondre de manière adaptée aux signaux de leur enfant semble avoir des conséquences sur le développement cognitif de l'enfant. Dans l'ensemble des études<sup>1</sup>, il est observé un lien entre la dépression du post-partum précoce, un risque cognitif à 18 mois et un risque comportementale plus tardivement.

L'étude d'O.Rosenblum<sup>88</sup> retrouve une différence significative entre le QD (quotient de développement) postural et le QD langage chez les enfants de mères déprimées. La précocité de la marche répondrait aux attentes de la mère.

Cette capacité motrice précoce aurait comme fonction de ranimer la mère déprimée et permettre une mise à distance de la relation à l'enfant. Elle aurait aussi valeur d'étayage sur l'organisation émotionnelle du bébé par le biais des décharges motrices, face à une insécurité et à une instabilité affective.

Les bébés pour lesquels on observe un trouble de l'interaction seraient les plus à risque d'un développement cognitif défavorable. Ce sont les mêmes chez qui l'on observe un attachement insecure.<sup>89</sup>

Ces bébés sont souvent trop sages, leur regard est accroché au regard de leur mère, ils paraissent éveillés. Dans les interactions, ce sont de bons répondeurs. Ces bébés présentent ce que D. Marcelli<sup>90</sup> appelle «le syndrome d'hypervigilance». Il précède la «maladie d'épuisement» marquée par l'instabilité, l'agitation, les troubles des fonctions somatiques et un retard d'acquisition dans une lignée. Ces symptômes vont mobiliser l'attention parentale, dans une tentative de soigner la dépression maternelle.

### *Conséquences sur l'attachement*

Plusieurs études démontrent la prépondérance du type d'attachement insecure chez ces bébés.

O. Rosenblum<sup>88</sup> décrit deux types d'attachement insecure selon la tonalité de la dépression maternelle :

Si la mère déprimée est irritable et anxieuse : l'attachement du bébé sera le plus souvent insecure-ambivalent.

Si la mère déprimée est ralentie et émoussée : l'attachement du bébé sera insecure-évitant.

L'attachement insecure rend l'enfant plus vulnérable et ayant peu de sentiment de sécurité interne.

D.Marcelli<sup>90</sup> décrit chez ces bébés un attachement « mélancolique » : « bébés au regard figé sur un objet primaire et mère au regard détourné vers son objet perdu ». Le bébé incorporerait un objet dans lequel il ne peut se reconnaître, objet étrange qui suscite violence et agressivité.

D Marcelli fait le rapprochement entre cet objet et ce que Green nomme « la mère morte ». Le bébé va donc incorporer cette chose figée, mortifiée qui ne se réveillera plus tard que par son agitation.

**. Pour répondre à ces troubles : Quelles stratégies d'évaluation, de prévention et de soins ?**

Schématiquement J. Dayan<sup>1</sup> discerne deux temps à la prise en charge, la grossesse et le post-partum. La première période est une période de prévention des décompensations psychiatriques du post-partum et des troubles de l'attachement. Le post-partum est aussi le moment d'une action préventive, mais également d'une action curative<sup>1</sup>.

### **A. La grossesse**

Les sages-femmes sont les premiers interlocuteurs des femmes enceintes avec les médecins généralistes et les gynéco-obstétriciens. Les psychiatres et les pédopsychiatres interviennent soit en continuité de soins psychiatriques antérieurs soit indirectement par l'intermédiaire de reprise ou d'analyse de pratique, soit dans un second temps à la demande des professionnels concernés par la grossesse. Ainsi lorsque des inquiétudes particulières apparaissent pour un couple, il n'est pas rare que le psychiatre soit consulté.

Selon J. Dayan<sup>1</sup>, les traitements sont le plus souvent ambulatoires en collaboration avec les professionnels concernés. Il est aussi important que les sages-femmes puissent adapter leur suivi à ces futures mamans en tenant compte de leurs angoisses, de leurs représentations de la grossesse, du bébé, de la projection possible ou non dans l'avenir et des angoisses de mort.

Des indications d'hospitalisation en unités, mère-bébé peuvent être posées vers 6-7 mois de grossesse, dans les unités où des sages-femmes interviennent. Ces hospitalisations permettent à certaines femmes de calmer des angoisses massives, de s'apaiser et de retrouver le sommeil. La relation de confiance qui se crée va faciliter la préparation à la naissance, le retour à la maison ou une hospitalisation mère-bébé à la sortie de la maternité.

#### **1. Réseaux santé périnatalité et staffs de parentalité**

Le plan périnatalité 2005-2007<sup>91</sup> prévoit l'élaboration d'un cahier des charges national des réseaux de santé périnatalité. La circulaire du 30 mars 2006<sup>92</sup> rappelle que l'organisation des réseaux a pour but de permettre le suivi médical de la mère et de l'enfant de façon coordonnée avec le médecin traitant et d'identifier les risques éventuels afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée. Ainsi il doit permettre le repérage des vulnérabilités psychosociales.

Le réseau est constitué de :

- différents professionnels médicaux (gynécologues obstétriciens libéraux et hospitaliers, anesthésistes réanimateurs, SMUR, SAMU social, urgentistes, pédiatres libéraux, hospitaliers et de PMI, médecins généralistes, médecins de rééducation fonctionnelle, radiologues, échographistes, biologistes, généticiens et foeto-pathologistes, psychiatres, pédopsychiatres et addictologues),
- différents professionnels paramédicaux (sages-femmes libérales, de PMI et exerçant dans des établissements publics ou privés, diététiciennes, kinésithérapeutes, psychologues, puéricultrices, auxiliaires de puériculture et assistantes sociales),
- acteurs sociaux (services d'aide à domicile, services sociaux),
- structures (établissements de santé publics et privés dont centre médico psycho-pédagogique, hôpitaux locaux, centres d'action médico-sociale précoce, établissements d'hospitalisation à domicile, protection maternelle et infantile (PMI aide social à l'enfance (ASE), services sociaux polyvalents départementaux, centres de planification familiale et établissements sociaux)
- et des usagers par des associations généralistes ou ciblées sur des problématiques spécifiques.

Les missions de ces réseaux sont : d'assurer une prise en charge globale et continue, de favoriser les collaborations entre professionnels en coordonnant les interventions de chacun, d'informer et d'accompagner les parents, d'assurer des formations interdisciplinaires, d'organiser et d'assurer le partage de l'information, d'évaluer les pratiques, de recueillir et de transmettre des données épidémiologiques.

Au sein du réseau, la transmission se fait par le biais d'un dossier partagé construit pour répondre aux attentes spécifiques de chaque réseau et contenir les informations cliniques et psychosociales nécessaires à la prise en charge.

Des réunions de type « staff de parentalité » permettent de réunir les différents intervenants dans un but de cohérence et avec un souci de confidentialité.

## 2. L'entretien prénatal précoce

Le suivi de grossesse contient actuellement 7 visites obligatoires soit une consultation mensuelle après la déclaration de grossesse, 3 échographies et des prises de sang régulières. Ce suivi médical est complété par une préparation à la naissance et à la parentalité dont l'objectif est « l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, accouchées et des nouveau-nés à l'aide d'une approche éducative et protectrice »<sup>91</sup>. L'entretien prénatal précoce constitue la première de ces séances.

Les objectifs de cet entretien fixé par le rapport Molénat<sup>93</sup> sont d'« accrocher et-ou (de) maintenir la confiance dans le système afin que les parents puissent mettre au monde l'enfant dans les meilleures conditions de sécurité émotionnelle et qu'ils puissent faire appel ultérieurement si besoin ». Cette rencontre doit « permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles ».

Ce n'est pas un entretien psychothérapeutique. Il doit être mené par un professionnel de la naissance et non pas par un psychologue ou un psychiatre.

C'est un moment privilégié pour repérer des vulnérabilités et permettre une accroche avec la patiente. Cet entretien doit pouvoir se répéter dans les cas difficiles. Un nouvel entretien avec la sage-femme peut permettre une prise de conscience des difficultés. L'étayage par un professionnel du champ psychique s'impose parfois pour aider les intervenants à se repérer dans leur relation avec les personnes souffrantes.

## **B. Période post-natale**

Divers types d'interventions sont possibles : psychiatrie de liaison à la maternité, consultations ambulatoires, visites à domicile, hôpital de jour, hôpital de semaine et hospitalisation conjointe temps plein.

### **1. La psychiatrie de liaison en maternité**

Si la psychiatrie de liaison périnatale s'est développée récemment entre les services de psychiatrie infanto juvénile et ceux de gynéco obstétrique et de pédiatrie, dès 1956, Baker, en Angleterre, travaillait régulièrement avec un service d'obstétrique.

Selon Dayan <sup>1</sup>, elle a présenté dès le départ un double aspect : un soutien aux femmes éprouvées par des complications obstétricales ou néonatales et la prise en charge des accouchées présentant une pathologie mentale. Dans un second temps se sont développés des soins directs au bébé et des interventions sur la dyade mère-enfant.

L'aptitude à travailler ensemble nécessite une bonne articulation entre les services pour aboutir à ce que Dayan<sup>1</sup> nomme une « zone de collaboration commune ». C'est dans cet espace de travail partagé que s'échangent les informations concernant le patient et les soins.

Pour que les symptômes présentés par un patient puissent aboutir à une demande consultation psychiatrique, il faut que la plainte rencontre une écoute suffisante et un accueil favorable de la part des somaticiens.

En France, les interventions psychiatriques en maternité sont assurées pour la plupart par des pédopsychiatres, contrairement à la Grande-Bretagne où l'intérêt des psychiatres d'adultes s'est tourné très tôt vers les troubles psychiques maternels du post-partum.

Bien que les modalités d'organisation des soins varient d'une structure à l'autre, il apparaît dans tous les cas la nécessité de tenir un cadre thérapeutique précis, permettant une référence commune aux intervenants et aux patients.

La psychiatrie périnatale est aussi une psychiatrie d'urgence. La disponibilité des intervenants psychiatres et psychologues doit permettre une réponse immédiate, car l'évolution des troubles est parfois rapide, que se soit en aggravation ou en amélioration.

La formation et la sensibilisation des équipes de soins somatiques est nécessaire par une action d'information sur le terrain et par un enseignement systématique.

Le personnel soignant est le plus à même de détecter un trouble dont la nature sera confirmée par le psychiatre. Le travail indirect auprès des équipes, par des discussions de cas, constitue un pan essentiel de l'intervention psychiatrique en maternité.

Certains troubles doivent être recherchés systématiquement : troubles dépressifs et anxieux du pré ou du post-partum, alcoolisme, toxicomanie, antécédents d'accès maniaque ou de psychose puerpérale.

Une adaptation au cadre de la grossesse ou du post-partum est nécessaire : les entretiens peuvent être pratiqués au lit de la patiente et doivent prendre en compte les troubles physiques concomitants, le déroulement de la grossesse, l'état de l'enfant et l'environnement familial notamment le conjoint.

La notion de réseau est indispensable car le soin est transdisciplinaire, souple et prolongé selon les cas.

Les consultations peuvent être conjointes (psychothérapeute, somaticien).

Les indications sont multiples :

- Les troubles psychiques maternels qui peuvent être traités en ambulatoire et en hospitalisation dans un service de gynéco-obstétrique. Attendre la sortie de la maternité pour initier une prise en charge psychiatrique augmente les risques de décompensation dans le post-partum. La prise en charge doit débuter autant que possible pendant la grossesse. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, cette période est caractérisée par une certaine levée du refoulement et une mobilité psychique. Un soutien thérapeutique à ce moment-là peut ainsi être particulièrement efficace.
- Les complications obstétricales ou néonatales peuvent donner lieu à un soutien ou un travail de guidance.
- Les perturbations de l'interaction mère-bébé, avec un travail préventif en agissant sur le cadre de soins (amélioration des conditions de confort, de transport et de maniement de l'enfant, réduction des séparations par l'hospitalisation conjointe, formation des puéricultrices à la dimension psychique des soins) et un accompagnement dès la maternité en cas de facteurs de risque de troubles de la relation. Ces facteurs peuvent être liés au bébé (déficit sensoriel, prématurité, syndrome malformatif...) ou aux parents (troubles psychiques, carences précoces, facteurs d'environnement défavorables).

- Rôle d'évaluation des compétences parentales de jeunes mères présentant des facteurs de risque de troubles de la parentalité (troubles psychiatriques, difficultés familiales sévères, antécédent de maltraitance, de placement d'enfant...). De plus en plus le psychiatre est sollicité pour ces évaluations.

## **2. Consultations en ambulatoire**

L'intervention la plus classique est celle des entretiens psychothérapeutiques développée par Palacio-Espasa<sup>94</sup>. Le processus thérapeutique vise l'espace entre la mère et le nourrisson, atteint par l'intermédiaire de la mère. L'objectif est de modifier les investissements de la mère sur son bébé uniquement dans ce secteur et non tout le fonctionnement psychique de la mère.

Sont alors touchées les représentations mentales de la mère, de sa relation à sa propre mère et de celle à son bébé. Le thérapeute aide la mère à reconnaître les manifestations, les expressions du bébé et leur retentissement sur elle-même.

La question des identifications maternelles et des projections dont le bébé est le support dans la dynamique transgénérationnelle<sup>95</sup> est alors atteinte.

La mère joue une fonction organisatrice du monde interne de l'enfant à partir de l'attention qu'elle lui porte<sup>96</sup>. Elle donne ainsi figuration aux éprouvés infantiles, et dessine les contours de l'affect dans la relation qu'elle crée. Selon N.Garret-Gloanec<sup>97</sup> lorsque la mère ne peut remplir cette fonction soit par défense contre une régression trop dangereuse, soit par identification projective pathologique ou soit par absence de capacité de mise en relation, c'est le soignant qui prête à la dyade cette fonction d'attention. Il joue une fonction de filtre entre mère et bébé pour protéger la mère des projections et des pulsions infantiles et le bébé des retours non-transformés des émotions maternelles. Le partage des affects passe par le soignant qui aide les deux partenaires à intérioriser cette fonction grâce à une reconnaissance commune progressive.

### **3. Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie.**

#### ***Historique<sup>1</sup>***

La première expérience rapportée d'hospitalisation conjointe concernait une jeune mère déprimée qui n'avait pas trouvé de mode de garde pour son bébé. M. Main accepta à sa demande qu'elle puisse garder son bébé auprès d'elle. Cette expérience fut réalisée en 1948 en Angleterre.

Puis Douglas, en 1956, dans le cadre d'un travail de psychiatrie de liaison avec un service d'obstétrique, accueille au West Middlesex Hospital les mères présentant une psychose puerpérale. Il montre l'évolution favorable par cette forme de prise en charge.

Ensuite la démonstration par Baker en 1961 de la réduction de la durée d'hospitalisation et du nombre de rechutes chez des mères présentant une psychose puerpérale par l'hospitalisation conjointe, fut à l'origine au Royaume-Uni de la multiplication des unités mère-bébé.

En France, malgré les préconisations émises en 1961 par Racamier et al, à partir de leur pratique d'hospitalisation conjointe au sein d'un service de psychiatrie générale, l'évolution de ces unités fut différente.

Ce n'est qu'en 1979 qu'ouvre à Créteil la première unité mère-bébé, à l'initiative d'un service de pédopsychiatrie. Son but est alors de prévenir l'apparition de troubles psychiques chez les enfants de mères ayant des pathologies psychiatriques.

Puis, dans cette lignée, plusieurs unités mère-bébé et hôpitaux de jour vont être créés.

Parallèlement des services de psychiatrie générale vont accueillir les nourrissons des mères hospitalisées et certains de ces services vont créer des unités mère-bébé différenciées.

#### ***Les différents types d'hospitalisation conjointe mère-bébé***

Selon les établissements, ces unités peuvent se situer en psychiatrie adulte, en pédopsychiatrie, en pédiatrie ou dans une unité de lieu géographique et spécifique rattachée le plus souvent à un secteur de pédopsychiatrie.

### ***Causes d'admission***

Les causes d'admission les plus fréquemment retrouvées en France selon une étude de T. Martin et al<sup>98</sup> sont :

- les rechutes ou épisode aigu d'un trouble psychiatrique connu (28%),
- une demande d'évaluation des capacités maternelles chez des femmes ayant un trouble psychiatrique (25%),
- les troubles de la relation mère-bébé sans autre trouble associé (10%)
- et une évaluation des capacités maternelles sans trouble associé (7%).

### ***Objectif de ces unités***

L'objectif est de permettre un bon développement de l'enfant et, si une séparation est nécessaire, l'hospitalisation va permettre d'améliorer les conditions de placement.<sup>1</sup>

Les hospitalisations dans ces unités ont pour objet de traiter la mère, prévenir les effets néfastes de la pathologie maternelle sur le nourrisson, aider à la création de liens affectifs entre mère et enfant et évaluer correctement les capacités maternelles à soutenir ce lien<sup>99</sup>.

### ***Étude de Glangeaud-Freudenthal et al<sup>100</sup>***

Le but de cette étude était de recueillir des données auprès de 11 unités mère-bébé en France et en Belgique en 1999 et 2000, sur les caractéristiques des patiente admises et leur devenir.

Elle retrouve que 85% des femmes sortent avec leur bébé et sont considérablement améliorées sur le plan psychiatrique.

Mais ces structures d'hospitalisation ne répondent qu'à une part infime des besoins ; en effet 10 à 15 % des accouchements s'accompagnent de « difficultés à être mère », génératrices de nombreux troubles de la relation dont le potentiel délétère sur le développement de l'enfant est démontré.

#### **4. Les hôpitaux de jour**

Ils présentent de nombreuses similitudes institutionnelles avec les unités temps plein autonomes : locaux et équipe de soin spécifique, médecin responsable pédopsychiatre.

L'objectif est la prise en charge de troubles de la relation mère-bébé<sup>100</sup>. Les durées de prise en charge peuvent être de quelques jours à plus d'un an. Dans 10 à 30% des cas, les mères accueillies ont bénéficié initialement d'une hospitalisation temps plein. La majorité de ces unités travaille en lien avec une structure d'hospitalisation temps plein<sup>100</sup>.

De nombreuses différences dans les techniques de soin existent entre les différents hôpitaux de jour mère-bébé existant en France (ateliers ouverts ou prescrits, approches corporelles, observation thérapeutique ou soins plus informels). Mais toutes ces équipes ont une réflexion approfondie concernant l'appréhension des dyades au quotidien, réalisant une véritable thérapie institutionnelle. Le travail de réunion y est important pour pouvoir confronter les représentations de chacun vis-à-vis des membres d'une dyade et de leurs interactions. Le soignant va ainsi garder une place soutenante, non disqualifiante auprès de la mère, sans pour autant délaisser le nourrisson.

Parmi ces différents types d'intervention, le travail au domicile a une place souvent importante, que ce soit en pré ou post-partum, associé à des consultations, de l'hospitalisation de jour ou de l'hospitalisation de semaine.

#### **C. Place du travail au domicile parmi les différentes prises en charge actuelles**

##### **1. Aller au domicile...**

Aller au domicile du patient relève de la tradition du médecin généraliste. Mais le travail à domicile peut aussi rappeler des notions de surveillance héritée du secteur social. En psychiatrie adulte, l'objectif est de maintenir l'insertion du patient dans le tissu communautaire. Ainsi il évite nombre d'hospitalisations tout en assurant une continuité.

Mais aller sur le lieu de vie permet aussi de progresser dans la compréhension des patients, au cœur des interactions familiales.

Dans le domaine de la petite enfance, ce sont souvent la sage-femme, la puéricultrice qui nous précèdent au domicile des familles.

Proposer à une famille de se rendre à son domicile ou accepter d'y aller suppose selon M. Lamour<sup>24</sup> :

- De reconnaître la difficulté de cette famille à sortir de son lieu de vie et d'aller chercher de l'aide dans les structures de soins habituelles,
- De comprendre que c'est en raison de leur psychopathologie que ces patients ne peuvent faire de demande directe,
- D'évaluer que l'abord à domicile est adapté à la problématique de la famille.

Mais travailler à domicile n'est pas sans soulever certaines difficultés pour les soignants et les patients: c'est changé de cadre, aller chez les patients, rentrer dans leur domicile, leur lieu de vie privé.

## **2. L'habitat**

Selon P. Cuynet<sup>101</sup>, le sujet considère son corps à l'image de ce qu'il désire, de ce qu'il a connu avec sa mère, puis il l'étend aux objets spatiaux, qui ont alors la même fonction de contenance, de pare-excitation et de recharge libidinale. Il en va ainsi de son lit, de sa chambre, de sa maison.

L'investissement affectif de l'espace d'habitation serait alors une projection narcissique de l'image du corps du sujet. La manière d'habiter un lieu ne serait qu'une répétition de la façon dont nous fûmes accueillis au monde et dont notre corps fut traité.

### ***Le Moi Peau***

Dans son article sur le Moi Peau de 1974, D. Anzieu lui donne trois fonctions : « une fonction d'enveloppe contenant et unifiante du soi, une fonction de barrière protectrice du psychisme, une fonction de filtre des échanges et d'inscription des premières traces, fonction qui rend

possible la représentation. »<sup>102</sup>. Ce sont les trois fonctions de contenance, de pare-excitation et de conteneur.

De ces trois fonctions, on peut rapprocher les trois fonctions de l'habitat citées par P. Cuynet<sup>101</sup> :

- Contenance : « habitat comme lieu stable de dépôt, qui s'objective dans un dedans et un dehors grâce à une enceinte délimitante ».
- Pare excitation : le toit, les murs, les portes... Ils protègent le monde intérieur des agressions du monde extérieur. Solidité et épaisseur de l'enceinte métaphorisent une peau corporelle protectrice de l'image du corps.
- Conteneur : « les traces projectives du soi, déposées à l'intérieur du logement (décoration, disposition des meubles), vont constituer une enveloppe de signification ou de surface d'inscription. Cette fonction de conteneur favorise un travail d'élaboration sur l'imaginaire et les identifications nécessaires au sentiment d'identité ».

L'habitat contribue donc à l'édification de l'identité de la personne, comme extension de sa peau psychique. C'est une scène projective qui recueille les éléments psychiques nécessaires à la représentation et à la conscience de soi.

Aller dans l'habitat des bébés et de leur famille, c'est pouvoir accéder à un lieu de projection de leurs psychismes. Ainsi le travail à domicile va permettre une meilleure appréhension du monde interne des parents.

### **3. Intérêts du travail au domicile en mère-bébé**

*« Le domicile, un espace de sécurité pour le bébé ». <sup>24</sup>*

Selon M. Lamour, le bébé a besoin de ces repères pour se sentir en sécurité ; sinon il vit une rupture de son expérience de continuité d'existence.

Dans les familles dites « à problèmes multiples », on retrouve souvent une peur du dehors. Le domicile est alors le seul espace de sécurité. Toute démarche se fait dans l'angoisse ou ne se fait pas, dans un évitement phobique de la situation anxiogène. On peut alors être rapidement amené à parler de négligence. Quand la confiance s'installe, le soignant peut proposer d'accompagner la dyade à l'extérieur et comprendre les mécanismes sous-jacents.

### *« Une approche familiale »<sup>24</sup>*

Le travail à domicile permet une approche familiale qui semble indispensable quand on sait que le bébé se construit dans l'interaction avec ses parents. L'immersion dans une famille permet d'évaluer les dysfonctionnements et les ressources de la famille.

Le domicile est aussi le lieu où le bébé noue une relation stable et fiable avec des adultes de référence.

### *Accès au monde interne de la mère*

Selon S. Fraiberg<sup>103</sup>, le domicile favorise l'accès au fonctionnement habituel de la famille et à celui de la mère avec son bébé. Ainsi « l'aménagement du cadre ne va-t-il pas entraver mais plutôt permettre une appréhension du monde interne de la mère (ou des deux parents) et l'engagement d'un processus psychothérapeutique en profondeur. »

### *La « sémiologie du quotidien »<sup>24</sup>*

Aller à domicile permet d'observer une « sémiologie du quotidien ». La dépendance du bébé à l'égard de son environnement, dans ses dimensions physique, affective et psychique, impose de prendre en compte la réalité du quotidien.

Paumelle parlait de la pathologie des placards, « lieu où certains de nos malades enferment leurs projections, objets symboliques divers dont le rangement, la destruction ou l'exhibition sont hautement significatifs (...) »<sup>104</sup>. L'agencement du logement est souvent représentatif des modes d'organisation de ses occupants. Une famille fonctionnant dans l'indifférenciation soi-même et dans la confusion des générations aura, par exemple, des espaces de sommeil indifférenciés.

### *« La réalité des évènements de la vie de la mère »<sup>105</sup>*

Le traitement à domicile prend en compte la réalité des évènements de la vie des mères. La sortie de plus en plus tôt de la maternité, le retour au foyer avec leur nourrisson peuvent plonger les mères dans un sentiment de solitude, d'inquiétude pouvant parfois entraîner de véritables angoisses, s'exprimant dans la relation mère-bébé. Il ne faut pas oublier qu'il est aussi difficile pour certaines mères de se déplacer pour des raisons somatiques.

#### **4. Pour le soignant**

Selon M. Lamour<sup>24</sup> les résistances des thérapeutes au travail à domicile s'expriment souvent par :

- La peur de pénétrer à l'intérieur du patient, de sa pathologie
- La peur de l'envahissement
- La peur d'être isolé.

Le soignant en se déplaçant au domicile du patient va passer d'un lieu où les paramètres sont contrôlés à un autre où il ne les contrôle pas. Il va passer d'un espace public à un espace privé.

#### **5. Les espaces**

Les notions de territoire en tant qu'espace nécessaire à l'équilibre de tout être vivant et de distance sont développées dans les écrits d'Edward T. Hall<sup>106</sup>. Il définit quatre distances: intime, personnelle, sociale et publique, qui varient selon les cultures.

La distance intime: « à cette distance particulière la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif. La vision (souvent déformée), l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle de son haleine, constituent ensemble les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps »<sup>106</sup>. On peut la rapprocher de l'espace intime.

L'espace intime est alors considéré comme l'espace intérieur de l'individu, il ne s'aborde pas d'emblée ; on doit le protéger.

La distance personnelle : « désigne la distance fixe qui sépare les membres des espèces sans contact. On peut l'imaginer sous la forme d'une petite sphère protectrice, ou bulle, qu'un organisme créerait autour de lui pour s'isoler des autres »<sup>106</sup>. On peut la lier à l'espace privé. Cet espace appartient à une famille, à une personne, c'est une maison, une pièce, une chambre d'hôpital...

La distance sociale : « la frontière entre le mode lointain de la distance personnelle et le mode proche de la distance sociale marque la limite du pouvoir sur autrui »<sup>106</sup>.

La distance publique : « elle est située hors du cercle où l'individu est directement concerné »<sup>106</sup>. On peut la rattacher à l'espace public.

En France, la maison est réservée à la famille, les lieux extérieurs sont réservés aux distractions et aux rapports sociaux.

Pénétrer à l'intérieur du domicile, c'est passé dans l'espace privé, dans « la bulle protectrice » de la famille. L'arrière-plan de l'espace public institutionnel tombe, fragilisant le soignant et la famille. L'espace public n'est plus présent pour contenir l'espace privé et intime. L'espace intime de la famille n'a plus que l'espace privé pour le contenir.

Cette entrée dans l'espace privé peut alors paraître comme intrusive et devenir non légitime. Pour éviter cela il semble important que les soignants puissent s'appuyer sur un cadre institutionnel.

## **6. Le cadre professionnel**

Hors de son cadre habituel, le soignant va être immergé dans un climat à part. Il va devoir faire face à des difficultés variées comme la télévision allumée, le téléphone qui sonne, les voisins...

Il va être immergé dans une sollicitation sensorielle forte faite d'odeurs, de sons, de goûts, de personnes qui passent, de regards et de découvertes de l'intimité des personnes. Il va alors être envahi d'affects (gêne, inconfort, malaise, inquiétude, colère, crainte...). Il peut éprouver des

sentiments d'inconfort, de détresse pour ce bébé et souhaiter l'apaisement, des bras qui portent et contiennent cette tension en lui. Et peut-être va-t-il avoir envie d'agir pour remettre les choses et les personnes à leur place.<sup>24</sup>

Mais, pour ne pas être intrusif et pouvoir trouver sa place dans cet espace, il va devoir avant tout installer le cadre.

La fonction protectrice de l'institution s'estompant il ne lui reste que l'internalisation de sa référence professionnelle et ses représentations des visées thérapeutiques.

### ***Installer le cadre***

Selon M. Lamour<sup>24</sup> aller chez quelqu'un suppose que celui-ci accepte et que celui qui se déplace reconnaisse la souffrance de celui qui reçoit.

Le cadre professionnel va faire exister un espace public. Le soignant allant à domicile a un objectif, il a été missionné, introduit par un autre professionnel. L'indication a été posée par le médecin. Le cadre est alors posé. Il continuera de se construire au fur et à mesure des passages au domicile.

La composante géographique de ce cadre est en grande partie maîtrisée par la famille (accès aux pièces de la maison, siège où s'assoit le soignant...), famille ainsi sécurisée par le contrôle qu'elle exerce. La composante temporelle est décidée avec la famille (rythme, durée). Le cadre est ainsi co-créé par le soignant et la famille. Le choix du rythme et du moment de venue est négocié avec les parents.

Le choix du moment est important, il peut inclure ou exclure le père de la rencontre, l'ouvrir ou la fermer au reste de la famille. Au fur et à mesure, des rituels participants à la co-création du cadre vont s'installer (café, même pièce, siège...).

Le cadre est souvent attaqué entraînant un risque de rupture, ce qui va nécessiter un effort des intervenants pour le maintenir. Le soignant est garant du maintien de ce cadre par sa régularité, assurant la continuité du lien.

La partie du cadre fixée par la famille est complexe. Il peut ne pas exister du tout par absence de structuration de la personne et de son environnement.

Il semble indispensable que le cadre soit posé au risque de tomber dans une relation de type amicale qui ne peut qu'exceptionnellement répondre aux difficultés des parents.

En faisant exister l'espace public, il va contenir les espaces privés et intimes. Il est ainsi d'autant plus important dans les familles où vies privée et publique sont extériorisées.

## ***Pièges***

Selon M. Lamour<sup>24</sup> le risque pour le soignant qui va à domicile est double :

- Ne pas être accepté, le soignant pouvant être vécu comme l'extérieur menaçant qui va franchir jusqu'à la protection des murs du domicile.
- Ou être phagocyté par la famille. Le thérapeute devra réussir à ne pas se faire aspirer par le patient ou sa pathologie.

Il devra, devant des parents méfiants, mettre en mots l'impossibilité qu'ils ressentent à faire confiance aux autres.

## **7. Évolution de la relation soignant-patient dans le travail au domicile**

Elle a été décrite par Greenspan<sup>107</sup> : elle passe par différentes phases :

- D'abord la prise de contact
- Puis un temps probatoire, où le thérapeute devra travailler avec empathie, accepter cette famille, venir voir, appréhender la vie quotidienne et co-crée le cadre.
- Puis une phase de régularité et de stabilité, ce sont les soignants qui les maintiennent.
- Puis arrive l'attachement des soignants avec cette famille

Le processus thérapeutique se met alors en place avec la capacité à s'observer soi-même, à relier le présent et le passé et la capacité à élaborer.

L'intérêt, pour des soignants, d'aller au domicile des bébés et de leurs parents a été démontré par plusieurs expériences au cours du temps. Cet intérêt a été en premier lieu, la formation des psychothérapeutes. Puis diverses équipes à travers le monde ont montré l'apport thérapeutique de ce travail au domicile.

#### **D. L'observation du nourrisson selon Esther Bick et ses applications**

Freud<sup>108</sup>, en 1905, incitait à l'observation des bébés : « Depuis des années, j'incite mes élèves et amis à recueillir des observations sur la vie sexuelle des enfants ».

Lorsque Esther Bick<sup>109</sup> présenta à la British Psychoanalytical Society en 1963 sa méthode d'observation du bébé, elle dit au début : « l'observation de bébé a été introduite dans le programme de l'Institut de Psychanalyse de Londres en 1960, comme un élément du cursus des étudiants de première année (...). En fait, dès 1948, l'observation de bébé a constitué une partie de la formation des psychothérapeutes d'enfants à la mise en place de cette formation à la Tavistock Clinic. »

À l'occasion de la présentation de sa méthode d'observation Esther Bick l'a décrite : « les étudiants qui se forment à la psychothérapie d'enfants rendent visite à la famille une fois par semaine jusqu'à ce que l'enfant ait environ deux ans, chaque observation dure normalement une heure. Les candidats à l'Institut terminent en général leurs observations à la fin de la première année environ. Contrairement à nos prévisions, nous n'avons pas eu de difficultés à trouver des mères acceptant de recevoir un observateur, soit par le biais de connaissances, soit par d'autres voies. Les mères ont souvent indiqué, explicitement ou implicitement, combien elles appréciaient le fait d'avoir quelqu'un venant régulièrement chez elles et avec qui elles pouvaient parler de leur bébé, de son développement, et de leurs sentiments envers lui. Nous avons pensé que le mieux était de donner aux parents une explication simple, à savoir que l'observateur souhaitait avoir une expérience directe des bébés dans le cadre de son évolution professionnelle. Nous avons très vite perçu qu'il était inconvenant et perturbant de prendre des notes pendant l'observation, parce qu'elles interféraient dans l'attention flottante et empêchaient l'étudiant de répondre facilement aux demandes émotionnelles de la mère. »

Elle conçoit que l'observateur puisse « se sentir suffisamment dans la famille pour en ressentir l'impact émotionnel, sans se croire obligé à agir dans un rôle qu'on lui aurait imposé, tel que donner des conseils ou marquer son approbation ou sa désapprobation » .

Ce qui n'excluait pas que l'observateur puisse se rendre utile lors de situations particulières (tenir le bébé, lui apporter un cadeau...). L'observateur doit se situer au sein de la famille dans une position adaptée à chaque famille et à chaque moment. Pour observer il doit pouvoir « se détacher de ce qui se déroule » malgré l'intense impact affectif de la situation.

Il doit laisser la mère l'ajuster dans la maisonnée et ne doit pas se faire activement une place au sein de la famille en y additionnant sa propre personnalité.

M et G Haag<sup>110</sup> incitent les observateurs à se pénétrer des deux règles que donnait E. Bick :

- « ce que l'observateur doit, c'est devenir une tabula rasa : vous ne savez pas, voilà tout, c'est la règle numéro 1 pour l'observateur. Sans l'attitude : « Je ne sais pas, je verrai d'après les preuves », aucun travail, de quiconque, quelles que soient ses capacités, n'est vraiment fructueux. Si vous arrivez bardé de vos concepts bien fixes, que se soit le sein-en tant qu'objet interne, ou tout autre, vous ne regardez pas les choses, tout simplement vous ne les voyez pas. »
- « être seulement un receveur, se laisser simplement emplir, déverser en soi, sans jamais demander un changement quel qu'il soit, fût-ce en posant une question ; ne pas interférer car, si vous changez ainsi la situation, vous n'observez pas la situation telle qu'elle est ».

Cette dernière exigence doit se concilier avec un peu son contraire, être un participant de la situation. S'il est questionné, l'observateur doit répondre « à minima », si le bébé présente un objet pour qu'il soit pris, l'observateur le reçoit dans sa main, mais attend l'indication suivante...

L'observateur rédige son observation le plus tôt possible après. Le compte-rendu doit transmettre aux auditeurs du groupe la totalité du mémorisable par lui, y compris de son vécu personnel. Le groupe d'écoute et de discussion des comptes-rendus est indispensable à cette méthode. Sa fonction est de veiller à l'éthique et d'enrichir ses comptes-rendus par des questions et d'amener à l'apparition du sens.

E.Bick<sup>109</sup> expose les raisons qui lui font introduire l'observation du nourrisson dans le cursus de psychothérapeutes d'enfants ainsi :

« J'ai pensé que celle-ci était importante pour de nombreuses raisons, mais peut-être surtout parce qu'elle aiderait l'étudiant à comprendre de manière vivante l'expérience infantile de ses petits patients, de tel sorte que, lorsqu'il commencerait le traitement d'un enfant de deux ans et demi, par exemple, il serait plus en contact avec le bébé qu'il a été et dont il n'est pas si loin. La compréhension de l'étudiant s'en trouverait aussi développée pour ce qui concerne le comportement non-verbal de l'enfant et le jeu, ainsi que le comportement de l'enfant qui ne

parle pas et ne joue pas. De plus, cette formation devrait aussi aider l'étudiant dans ses entretiens avec la mère à mieux comprendre ce qu'elle rapporte de l'histoire de l'enfant.

C'est une occasion unique pour chaque étudiant que d'observer, pratiquement à partir de la naissance, le développement d'un enfant dans son cadre et sa relation à sa famille proche, et ainsi de découvrir pour lui-même comment s'établissent et se développent ses relations. Enfin, il est en mesure de comparer et confronter ses observations avec celles de ses collègues étudiants pendant les séminaires hebdomadaires » .

L'observation selon E. Bick a été pratiquée à Londres (à la Tavistock Clinic et à la Hampstead Child-Therapy Clinic de façon un peu différente et pour le cursus de la Société psychanalytique) puis à la fin des années soixante pour celui de la Société de Psychanalyse Espagnole et dans les années 70 à la Société de Psychanalyse belge.

L'enseignement d'E. Bick soulignait le soutien que l'observateur apportait à la mère durant la dépression du post-partum par la régularité de ses venues et par son intérêt général, dépourvu de tout jugement, pour tout ce qu'elle fait pour son bébé, alors qu'elle doute tant de ses capacités à ce moment.

Le bénéfice ne semble pas limiter à cette seule période. A. Watillon-Naveau<sup>111</sup> a eu un entretien avec une vingtaine de mères après la fin d'observations, une seule mère a refusé l'entretien : « les mamans ont retiré, selon les dires, un bénéfice personnel de l'observation par l'indentification à celui, ou celle, qui les regarde. Cette identification a été clairement verbalisée et semble avoir permis une modification de leur comportement... Elles nous parlent d'un « autre regard posé sur l'enfant »- « je l'ai regardé plus et plus longtemps »...- « cela m'a donné un autre regard sur mon enfant et permis de prendre de la distance »-« si l'observatrice n'avait pas été là, je serais passée à côté de quelque chose d'essentiel : regarder ma fille ». »

M. Haag<sup>110</sup> a proposé d'appeler « matrice observante » cet étoffement du cercle d'attention autour du bébé résultant de la présence d'un observateur intéressé et modeste, entouré lui-même par l'attention régulière du groupe qui l'écoute.

M. et G. Haag rajoutent d'autres modalités d'effets, tel le transfert subtil des parents sur l'observateur de bons imagos qui puissent partager leurs plaisirs et émerveillements.

Malgré l'attitude réservée de l'observateur, des effets directs de l'observation sur le bébé sont manifestes, quoi qu'à un degré et de façon qui varient d'une famille et d'une période à l'autre.

M. et G. Haag rapportent que souvent est visible une identification du bébé au regard et à la retenue de l'observateur.

La méthode d'E. Bick a été source d'inspiration pour des abords préventifs et curatifs précoces, en crèche (G. Haag<sup>112</sup>, C. Athanassiou<sup>113</sup>, C. Bintz<sup>114</sup>), en PMI (A. Maufras du Châtellier<sup>115</sup>, P. Lafforgue cité par M. et G. Haag<sup>110</sup>), au domicile (F. Jardin<sup>116</sup>) et en service d'hospitalisation de nouveau-nés (J. Siksou cité par M et G Haag<sup>110</sup>, Y. Quiniou Pizzoglio<sup>117</sup>, C. Druon<sup>118</sup>).

Ces diverses applications ne totalisent pas toutes celles qui s'inspirent d'E. Bick aujourd'hui en France. Elles ont en commun d'avoir donné satisfactions et pas d'effets indésirables.

Des métaphores telles que « matrice observante » font sentir la créativité que suscite en chacun de prendre l'attitude observante qu'enseignait E. Bick.

Cette attitude reste efficace dans des conditions défavorables, voire défectueuses, où une telle présence observante, parfois la seule à être tolérée, paraît bien constituer un bon moyen de prévention primaire ou secondaire.

### *L'observation de la relation mère-enfant rapportée par E. Kestemberg<sup>119</sup>.*

E.Kestemberg a dirigé un séminaire au Centre Alfred Binet, dont l'idée était de mieux cerner l'intérêt de la technique de l'observation dite « naturalistique » ou « directe » des relations intrafamiliales. Il s'est trouvé que certaines équipes de psychanalystes d'enfants du centre Alfred Binet ont dû se rendre au domicile des familles pour tâcher de mieux comprendre l'évolution ou la non-évolution d'enfants venant consulter.

De plus, il est apparu qu'un certain nombre de parents, pour des raisons multiples, ne pouvaient ni exprimer, ni prendre conscience de leur comportement habituel avec leurs enfants. Il a alors semblé intéressant à cette équipe de laisser libre cours, tout en les observant, aux conduites habituelles dans le milieu naturel de ces familles.

Ce sont des observations longitudinales, avec des séances bimensuelles, ou mensuelles, d'une ou deux heures. Leur attitude est de rester peut interventionniste, attitude de retrait vis-à-vis des parents. Les notes sont prises au cours de l'observation. L'observateur « reste le témoin continu et semblable, quoi qu'il arrive, du développement de l'enfant, comme quelque livre

de bébé ou un album photos. Si la présence de l'observateur peut exagérer ou minimiser certains comportements, elle ne les change en rien fondamentalement. »

Les observations réalisées par ce groupe sont pour certaines faites auprès de mères ou de familles présentant des troubles psychiatriques.

Dans ces observations, si l'observateur n'a au départ aucun projet thérapeutique, il se révèle, de fait, porteur d'une fonction thérapeutique.

L'observateur va, par sa présence régulière, porté la caution de l'existence et de la continuité de l'enfant et de la mère. Il rassure.

Dans les familles psychotiques, la présence de l'observateur semble assurer une sorte « d'amortissement » dans le déroulement des mouvements pulsionnels. Il joue aussi le rôle de « miroir » dans lequel la mère peut se reconnaître comme une mère et comme qui est, qui existe, problématique essentielle du psychotique.

Une des craintes de ces équipes était que les familles refusent car ressentant ces observations au sein de la cellule familiale comme trop intrusives. En réalité, ces familles y ont trouvé une satisfaction narcissique, une valeur gratifiante dans la proposition faite de participer à une recherche sur le développement de l'enfant.

« L'enfant se trouve ainsi être un bon objet permettant aux parents de l'être eux-mêmes et de se trouver dans une situation de supériorité par rapport à l'observatrice, qui par sa situation « d'infériorité » même est moins « dangereuse » donc « meilleure » et peut en outre « absorber » de façon discrète les projections « mauvaises » dont habituellement l'enfant est le support ».

Se pose alors la question de l'impact de se donner « à voir » et le risque de l'efflorescence d'un exhibitionnisme dont le pouvoir d'excitation entraînerait des distorsions importantes et un réel danger psychique pour les familles observées.

Les observateurs sont l'objet d'un double investissement par ces familles : « enfant à enseigner » et « grand-mère à qui l'on peut montrer » faisant envisager une valeur thérapeutique à ce type d'approche.

## E. Prises en charge au domicile des troubles de la relation mère-bébé

### <sup>1.</sup> **Expérience de D. Houzel à Brest<sup>120</sup>**

D. Houzel a mis en place, avec une équipe hospitalière, une forme de traitement à domicile, basée sur l'observation du nourrisson selon la méthode d'Esther Bick. Il utilise le côté thérapeutique de cette méthode. Le thérapeute qui va à domicile, a une attitude la plus proche possible de l'attitude amicale et neutre décrite par Esther Bick. Il doit éviter de se substituer à l'un ou l'autre des parents, pour cela il ne prend auprès de l'enfant aucun rôle actif. Il ne distribue ni avis ni conseil sur les manières de faire vis-à-vis de l'enfant.

L'équipe est constituée de puéricultrices et de psychanalystes formés à cette méthode.

Pendant son temps de présence, le thérapeute est attentif à tout ce qui lui est communiqué verbalement et infraverbalement. Cette capacité d'attention est essentielle. Les notes qu'il prend après la séance sont rapportées à un groupe qui va tenter d'émettre des hypothèses psychodynamiques. Ces supervisions permettent aux thérapeutes l'élaboration de leur contre-transfert, que nécessite le maintien de leur attitude d'attention.

Les indications de ce travail à domicile sont multiples :

- Troubles fonctionnels sévères de la petite enfance
- Évolutions psychotiques et autistiques précoces
- Quelques cas de parents malades psychiatriques
- Quelques cas d'enfants victimes de sévices
- À but préventif lorsque des risques de difficultés d'établissement de la relation mère-enfant sont signalés.

Le processus thérapeutique s'appuie sur plusieurs fonctions :

« La fonction de réceptacle de la souffrance parentale » : Ce rôle est identifié à ce qui est décrit par Bion<sup>121</sup> sous le nom de « contenant » ou par D. Meltzer<sup>122</sup> sous l'expression de « maman toilette ». La mère et parfois le père peuvent livrer, sans crainte de jugement,

leur désarroi, leur déception, leur angoisse devant cet enfant qui brise l'image du bébé idéal.

Cette écoute leur permet de réaliser que ce qu'ils vivent intérieurement peut avoir un sens.

« La fonction de « requalification » parentale »: Souvent lors de ce travail à domicile, il est observé chez la mère un « fantasme de disqualification ». D. Houzel appelle ainsi « le fantasme d'être incompétente en tant que mère ». Ces mères se sentent « mises en tutelle par une imago maternelle qui leur dénierait la possibilité et le droit d'être mère à leur tour, d'où le nom « d'imago tutellaire » donné à cette instance surmoïque ». À un certain moment du travail à domicile, cet « imago tutellaire » est projeté sur le thérapeute. Celui-ci s'il ne s'y identifie pas « ouvre le cercle de la disqualification et laisse la place à un cercle favorable dans lequel la mère se sent de plus en plus assurée de sa compétence maternelle ».

« La fonction de tri des confusions des générations »: La mère pour communiquer avec son bébé doit opérer un mouvement régressif vers ses propres parties bébé. Mais elle doit rester en contact avec ses parties adultes pour ne pas se poser en rivale de son enfant. Par ses fonctions de réceptacle de la souffrance parentale et de requalification des parents, le thérapeute peut éviter cet écueil.

« La fonction de support identificatoire »: Les parents, grâce au mécanisme d'identification au thérapeute, vont découvrir la possibilité de s'intéresser à l'activité psychique de leur enfant et de lui trouver un sens.

Le cadre de ce travail à domicile est rigoureux avec une fréquence et une régularité des séances, une durée des séances d'une heure à une heure trente (temps nécessaire selon D. Houzel<sup>120</sup> pour établir une relation de confiance), une absence de jugement moral et une attitude bienveillante du thérapeute.

## 2. Le modèle de S. Fraiberg<sup>123</sup>

Au début des années 1970, aux Etats-Unis, Selma Fraiberg et son équipe ont réalisé un travail pionnier en ce qui concerne le travail à domicile avec les nourrissons.

Leur programme s'adressait aux familles dites « à problèmes multiples ».

Le traitement se faisait au domicile du patient avec l'un ou les deux parents. Le bébé était au centre, et tout ce qui transparaissait au cours du traitement était directement ou indirectement relié aux problèmes de ce patient qui ne peut pas parler.

La présence du bébé était nécessaire. S'il ne pouvait pas parler, il était émotionnellement présent et donnait du poids aux échanges entre les parents et le thérapeute. Il pouvait aussi engager des dialogues avec sa famille et le thérapeute. Sans mots, il pouvait dire ce qu'il ressentait vis-à-vis du monde extérieur et de lui-même. Le clinicien en tant qu'observateur pouvait interpréter le « dialogue » entre le bébé et ses parents, à travers les gestes et les soins de la vie quotidienne.

L'hypothèse de travail est que la mère reproduit, dans sa relation à l'enfant, les traumatismes qu'elle a elle-même subis, par un mécanisme d'identification à l'agresseur. Le bébé peut alors devenir le représentant de figures appartenant au passé des parents, ou un aspect du moi parental qui est nié.

C'est sur ce phénomène que la thérapie va agir. Le thérapeute à domicile aide la mère à retrouver les souvenirs de sa propre enfance, à les verbaliser, à les lier aux affects correspondants et ainsi à les délivrer des « vieux fantômes qui ont envahi la nursery ». En même temps, tout en poursuivant le traitement des parents, il garde l'attention sur le bébé en donnant des renseignements sur le développement. Ainsi il se balade entre passé et présent, parent et bébé, mais il retourne toujours au bébé.

Il intervient aussi par une guidance développementale centrée sur les besoins du bébé tout en s'appuyant sur la reconnaissance des besoins de la mère lorsqu'elle était enfant.

### 3. L'approche à domicile selon M. Lamour et M. Barraco<sup>24</sup>

C'est une approche thérapeutique sur les lieux de vie de l'enfant (domicile des parents mais aussi des assistantes maternelles, la crèche, la pouponnière...).

Selon les auteurs, ce travail est particulièrement indiqué pendant la première année de vie de l'enfant, le domicile étant pour le bébé un lieu de sécurité. Ainsi en respectant la permanence de son environnement, le soignant aide à créer une continuité d'existence pour l'enfant.

Les indications sont :

- Les jeunes mères déprimées qui se retirent de l'interaction vivante avec leur bébé, se limitant alors aux soins. La venue du soignant va aider à réanimer l'espace relationnel.
- Les « familles carencées », pour qui l'exclusion s'inscrit dans une histoire de ruptures et de rejets. Mères et enfants sont souvent dans une relation fusionnelle. Les rythmes temporels ne peuvent se mettre en place, d'où l'importance pour le soignant de tenir le cadre temporel.
- Les mères psychotiques, qui sont souvent isolées. La répétition des soins à leur bébé leur impose des rapprochés, qui deviennent insupportables quand la psychose maternelle entre en résonance avec les parties archaïques du fonctionnement du bébé.

Ce programme proposait différentes modalités de l'approche à domicile :

- Des interventions ponctuelles permettant une prise de contact avec la famille, une évaluation de la parentalité, de faire connaissance avec le bébé et de répondre à l'urgence.
- Des interventions brèves dans des périodes de crises ou pour la préparation d'un placement.
- Des interventions de longue durée permettant une observation thérapeutique du nourrisson et de sa famille, une thérapie mère-enfant et des accompagnements de la dyade vers l'unité ou vers l'extérieur.
- Des interventions en pouponnière ou en famille d'accueil pour les enfants placés à temps complet.

Le cadre théorique se réfère à une approche psychodynamique centrée sur le bébé et la parentalité. Il intègre l'apport de la théorie transactionnelle.

Les soignants sont le plus souvent des infirmières ou des éducateurs mais aussi des psychologues et des médecins. Ils vont à domicile seuls ou à deux. Dans ce dernier cas, un soignant est plus près des parents et l'autre du bébé, pour préserver un regard sur l'enfant sans réveiller chez la mère une position d'envie destructrice.

Les soignants accompagnent la relation dans le « être avec », qui s'apparente à un « holding ». En tenant compte du présent, le thérapeute écoute ce qui est ravivé du passé, faisant le lien avec l'histoire de la mère. L'objectif est de libérer l'enfant des projections mortifères de la mère par un travail au niveau fantasmatique. L'interaction avec le bébé, dans un mouvement de liaison des interactions fantasmatiques aux interactions réelles, entraîne un remaniement psychique des deux partenaires.

L'attitude du thérapeute est empathique à l'égard de la mère et du bébé. Le soignant observe la dyade et s'intéresse à toutes les émotions qu'il peut ressentir et à ce que cette dyade lui fait fantasmer. Il s'agit de lier des comportements à des affects et de leur permettre de lier ces affects à des représentations.

Par son regard sur l'enfant, le soignant donne une place à « l'enfant réel ». Par la permanence de ce regard, les petits signes du nourrisson prennent place dans une continuité d'observation, permettant un accompagnement à la mise en place du fonctionnement mental de l'enfant. « Il s'agit de travailler une continuité externe qui peut soutenir l'avènement chez l'enfant d'un sentiment de continuité interne, constitutif de la construction du self ».

Le rythme et la durée des visites à domicile sont fonctions de l'évaluation des difficultés de la famille et de ses possibilités d'accueil.

Dans le cas des thérapies mère-bébé, les visites sont souvent hebdomadaires, à jour et heure fixe. Ainsi par la régularité des venues, le soignant instaure des repères. Ce rythme permet au bébé d'anticiper cette venue, créant ainsi un contexte sécurisant. Pour les familles ayant peu de repères temporels, ce cadre est très important. Tout changement serait désorganisateur.

Le soignant peut être appelé en urgence, souvent dans un contexte de crise. Les parents font alors appel à la fonction contenante du soignant.

On peut discerner trois formalités de *temps de reprise* :

- Ceux qui sont informels, au retour du domicile, avec les collègues, permettant une décharge émotionnelle.
- De façon plus formelle, la reprise du matériel clinique avec le médecin référent, pour soutenir le mouvement d'élaboration dans les thérapies mère-bébé.
- Et les synthèses avec l'ensemble des soignants impliqués et les intervenants extérieurs.
- Ces temps sont essentiels. Le soignant étant exposé à l'agir, le maintien d'un cadre internalisé est important.

#### **4. Psychothérapies à domicile dans les familles dites « à problèmes multiples » : approche de S. Stoleru et M. Moralès-Huet.<sup>124</sup>**

Le cadre institutionnel de ces psychothérapies a d'abord été, entre 1982 et 1986, une collaboration entre l'Institut Universitaire des sciences neurobiologiques et psychosociales de Paris XIII et le service de PMI de Seine-Saint-Denis. Puis à partir de 1987 une collaboration entre le département de la Psychopathologie clinique, biologique et sociale de l'Enfant et de la Famille et l'unité U 292 de l'Inserm.

Les prises en charge débutaient au cours de la grossesse, la relation thérapeutique avec les femmes des familles dites à « problèmes multiples » semblant plus faciles à établir pendant cette période. Les auteurs évoquent plusieurs raisons à ce choix. Tout d'abord le fait que dans ces familles, la grossesse est souvent une situation problématique et un facteur de crise ; or c'est dans ces périodes de crise que ces familles recherchent le plus souvent de l'aide.

Mais aussi, le rôle important que jouent les mouvements de régression, l'augmentation des besoins de réassurance et de dépendance liée à cette période de la vie, dans l'établissement et le maintien de la relation thérapeutique.

Une autre raison à cette volonté d'intervenir dès la grossesse est que les dysfonctionnements interactifs s'installent souvent précocement. L'aide apportée à la mère aura alors pour objectif de soulager sa détresse mais aussi de faire en sorte que la constitution du lien avec le nouveau-né s'effectue dans les meilleures conditions.

Indépendamment du milieu social, la grossesse est une période de remaniement psychique important<sup>125</sup>.

De ce fait, le « fonctionnement défensif est en quelque sorte plus lâche ». L'enfant attendu est soustrait à la majorité des perceptions sensorielles, ce qui va renforcer l'activité fantasmatique le concernant. S. Stoleru et M. Moralès-Huet<sup>121</sup> font alors l'hypothèse qu'il est plus facile d'explorer l'enfant imaginaire pendant la grossesse qu'après la naissance.

Dans cette approche, les sages-femmes intervenant à domicile ont un rôle de médiation. Elles permettent d'instaurer la relation entre la patiente et les psychothérapeutes.

Cette expérience a fait l'objet d'une étude<sup>121</sup> :

À 7 femmes de familles dites « à problèmes multiples », des sages-femmes ont proposé de suivre une psychothérapie de longue durée, en grande partie à domicile, débutant pendant la grossesse. Aucune patiente ne refusèrent de rencontrer les thérapeutes lors de visites à domicile conjointes. La durée moyenne des thérapies fut de 41 mois (de 11 à 73 mois).

Ces psychothérapies prolongées débutant au cours de la grossesse dans ces familles furent possibles grâce à une collaboration avec les sages-femmes et des visites à domicile comme moyen d'établir le premier contact avec les patientes et de maintenir la relation psychothérapique.

Le nombre trop petit de cas inclus ne permis pas de conclure quant à l'intérêt de mettre en œuvre cette approche dans un échantillon plus grand. Mais le fait que cette approche ait pu être utilisée dans des situations complexes et graves va dans ce sens. Se pose alors la question de savoir si ces patientes auraient reçu des soins psychothérapiques si cette approche n'avait pas été possible.

Pour y répondre une étude plus large avec des cas contrôles a été réalisée. Les cas du groupe contrôle furent adressés au secteur ou à l'intersecteur de pédopsychiatrie et participèrent aux évaluations (grossesse, 6 mois, 12 mois, 26 mois et 36 mois). Les caractéristiques socio-démographiques étaient similaires dans les deux groupes. Dans le groupe contrôle, quand l'initiative d'un traitement psychothérapique dépendait des patients, aucun traitement ne pu

être mis en place. Une psychothérapie fut conduite dans le seul cas où l'intervention du thérapeute eut lieu sous forme de visites à domicile.

Ce groupe contrôle étant considérés comme insuffisamment approprié (contexte psychopathologique moins grave, meilleur niveau socio-économique), un second groupe contrôle fut constitué avec cette fois-ci une seule évaluation aux trois ans de l'enfant. Des différences socio-économiques et psychopathologiques persistent avec un meilleur pronostic dans le groupe contrôle.

Le traitement psychothérapeutique à domicile a pu avoir deux types d'influence sur l'appel des familles à d'autres structures de soins : d'un côté stimulatrice en facilitant le contact avec d'autres structures et de l'autre inhibitrice, les familles étant déjà en thérapie pouvaient hésiter à faire appel aux autres structures. Ces deux influences ayant alors tendance à s'annuler.

L'objectif de cette thérapie n'était pas de modifier en profondeur le fonctionnement mental des mères, mais de les aider à surmonter leur détresse psychosociale et à prévenir des troubles du développement chez leurs bébés.

Le nombre de cas étant limité, les auteurs concluent avec prudence que dans les cas sévères, la continuité d'une relation thérapeutique à domicile permettrait de maintenir le soutien à la famille et de dépister les signes de décompensation, permettant alors de rapprocher les séances. Dans les cas moins sévères où la pathologie est essentiellement réactionnelle, le pronostic à long terme est meilleur et le maintien ne semble donc pas nécessaire.

#### **F. Dans certaines situations des soins intensifs au domicile seraient nécessaires.**

La prise en charge au domicile des dyades mère-enfant a montré, au cours de ces différentes expériences, son intérêt. Certaines patientes ont des difficultés à aller vers les soins. L'apport de ceux-ci directement au domicile permet que ces dyades puissent y accéder pour peut-être pouvoir dans un second temps, accepter de sortir et d'aller vers une prise en charge plus classique.

De plus, aller au domicile permet une approche directement dans l'environnement habituel du bébé, dans son lieu de pare-excitation, de sécurité.

Certaines pathologies nécessitent des soins intensifs, pour lesquelles des visites à domicile (qui sont au mieux hebdomadaires mais peuvent être mensuelles) ne sont pas suffisantes. Dans ces cas, le passage d'un ou de soignants plusieurs fois par semaine est nécessaire.

Les indications nous semblent donc être les troubles graves de la relation mère-enfant, nécessitant des soins d'une particulière intensité dans :

- les familles dites à problèmes multiples,
- les dépressions du post-partum,
- les adolescentes,
- les mères psychotiques

Nous allons dans un premier temps expliciter ces indications puis nous les illustrerons par des cas cliniques qui nous ont amené à imaginer ce projet.

### **1. Prises en charge habituelles des familles dites « à problèmes multiples » et difficultés rencontrées.**

Pour les soignants, ces familles sont source de difficultés thérapeutiques. Une partie d'entre elles vont évoluer de crise en crise. Les interventions thérapeutiques semblent alors seulement éviter que ces crises ne s'aggravent.

Ces familles souvent ne se déplacent pas à cause de leurs difficultés à aller vers l'extérieur, à faire confiance et à maintenir des liens. De plus elles ont souvent peu de repères temporels. Ces différents problèmes font que les prises en charge habituelles (hospitalisation temps plein, hôpital de jour, consultations) sont majoritairement impossibles.

La plupart du temps les problèmes de ces familles ont déjà été pris en charge par plusieurs équipes avec à chaque fois un travail important. Cependant on observe que ces tentatives sont souvent des échecs. Selon S. Stoleru<sup>121</sup> si des thérapies ont été essayées, elles ont souvent été interrompues prématurément à cause de l'attitude des patients mais aussi parfois de celles des thérapeutes (condescendance, refoulement de ces familles, contre-attitude négative ou moralisatrice).

Au cours du temps des interventions au domicile dans ses familles ont été développées et ont montré leur efficacité.

*Historique des modes d'intervention à domicile dans les familles à problèmes multiples*<sup>126</sup>

Suite à la guerre de 1939-45, quelques professionnels vont s'intéresser aux signaux de détresse des enfants séparés de leurs parents. Ces signes sont la conséquence de l'ignorance de leurs besoins affectifs et de l'absence de relations suivies sécurisantes. René Spitz décrit alors les symptômes de dépression anaclitique liée aux séparations et aux carences affectives du premier âge.

John Bowlby collabore avec l'équipe française de Jenny Aubry, en charge de 1950 à 1968 de la fondation Parent de Rosan, pouponnière annexée au service de pédiatrie de l'hôpital Ambroise Paré. Elle y développe des pratiques préventives.

Ainsi face aux conséquences de l'isolement des jeunes enfants, elle y rétablit les liens interpersonnels, introduit des psychothérapies d'enfants, la supervision des équipes et insiste sur la continuité des personnes prenant en charge les enfants. Elle va tenter d'aider les soignants à sortir d'un modèle opératoire défensif.

Puis Geneviève Appell, Myriam David et Marcelle Gerber vont observer, analyser et tenter de prévenir les conséquences des carences affectives, liées aux conditions insuffisantes de maternage de ces enfants. Elles vont faire connaître le travail de l'institut Loczy.

De 1955 à 1959, le projet North Point d'Eleanor Pavenstedt et Co., à Boston, montre l'importance de la réflexion sociologique et psychosociologique. Ils vont utiliser deux types de méthodes : le travail social auprès des familles et une école maternelle thérapeutique pour les enfants.

En 1969, S. Lebovici montre l'intérêt thérapeutique de l'approche familiale dans les familles à problèmes multiples.

Avec l'aide de S. Lebovici, M. David développe en 1984 un placement familial spécialisé dans le cadre de l'Association pour la Santé Mentale du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Elle y

envisage une continuité des soins et une prévention des placements en urgence. Ainsi elle développe un travail d'observation directe et de prévention au sein même des familles.

Puis F. Jardin et M. Lamour prennent sa suite. Elles travaillent sur l'Unité et sur le domicile. Ce programme se réfère aux théories psychanalytiques et une attention particulière est portée aux interactions parents-nourrisson. Les visites à domicile ont pour but de gagner la confiance des parents et de leur apporter un soutien en répondant à leurs besoins narcissiques blessés.

S. Stoleru et M. Morales Huet montrent combien ces mères dites à « problèmes multiples » sont « difficiles à joindre ». Elles ne tolèrent aucun lieu et mettent en échec toute tentative de prise en charge.

En 1970, dans le Michigan, commence l'expérience de Selma Fraiberg. Elle se rend à domicile pour tenter de répondre aux besoins vitaux des familles les plus désocialisées. Elle construit une relation progressivement avec les parents pour avoir accès au bébé.

L'attention est portée autant aux parents qu'à l'enfant. Elle développe un modèle « considéré comme une approche unique à domicile, du traitement de très jeunes enfants et de leurs familles »<sup>126</sup>.

En 1977, dans une banlieue défavorisée de Washington, Stanley Greenspan et ses collaborateurs continuent l'œuvre de Selma Fraiberg.

En 1991, Lieberman, Weston et Pawl insistent sur l'importance de la relation entre la mère et le thérapeute comme déterminante dans la création du lien avec le bébé.

En 1992, puis en 1999, M. Erikson et ses collaborateurs mettent en place et poursuivent le programme STEEP (Steps Toward effective, enjoyable parenting : étapes vers une parentalité effective et agréable). Il permet un soutien à des familles considérées à hauts risques et à de jeunes adolescentes, par des visites à domiciles. Il intervient lors de la grossesse et la première année de vie de l'enfant. Il permet une réelle amélioration de la relation au bébé.

En 1992 le travail de Muir et en 1993 celui de Mc Donough utilisent le jeu comme support de l'attention des parents à la réponse de l'enfant.

Les approches thérapeutiques au domicile sont donc multifocales, incluant la guidance interactionnelle de Mc Donough et la psychothérapie psychodynamique de S. Fraiberg, Lieberman et Pawl. Ces approches ont en commun de rencontrer le couple parent bébé à domicile et d'y inscrire un suivi social et thérapeutique précoce.

### ***Étude CAPEDP- Attachement<sup>127</sup>***

Cette étude, débuté en novembre 2006, propose une intervention précoce à domicile, débutant au cours du troisième trimestre de grossesse et se poursuivant jusqu'aux deux ans de l'enfant. Elle est réalisée par A. Guedeney et son équipe à l'hôpital Bichat Claude Bernard à Paris. C'est une étude longitudinale randomisée en simple insu concernant de jeunes mamans recrutées sur des critères de vulnérabilité psychosociale.

Elle a pour objectif de démontrer l'efficacité de visites à domiciles précoces, régulières et prolonger auprès de jeunes femmes vulnérables afin de prévenir les troubles de la relation mère-enfant, la dépression post-natale et les troubles de santé mentale des enfants de deux ans.

Elle tente de comprendre les mécanismes en jeu dans la qualité de l'attachement, et la manière dont se fait la transmission du style d'attachement.

### ***Intérêt de soins intensifs au domicile***

Selon S. Stoleru et M. Morales-Huet <sup>121</sup> le caractère fermé de ces familles nécessite d'aller vers elles pour pouvoir instaurer et maintenir les soins. Seule une approche au domicile permet cela. Le passage régulier des thérapeutes permet l'instauration de repères temporels et le maintien d'une continuité de soin.

La stabilité des soignants et la continuité du cadre rend possible l'établissement d'une relation de confiance.

Le patient va maîtriser la composante spatiale de la rencontre (le domicile), ressentant alors ce dispositif comme moins intrusif.

## **2. Prises en charge des mères adolescentes.**

Il est souvent difficile de faire venir ces jeunes mamans en prise en charge traditionnelle (hospitalisation temps plein, hôpital de jour, consultations). Or elles sont souvent en difficulté pour trouver leur place de mère et ont alors besoin d'un étayage régulier et intensif dans leur fonction maternelle.

Le passage régulier des soignants au domicile a pour objectif thérapeutique de soutenir et requalifier les compétences maternelles de ces jeunes mères, et ainsi de traiter les troubles de la relation précoce pour aider ces bébés à se construire un attachement secure.

Dans d'autres situations, ces jeunes mamans vont vivre seules, et souvent sont prises en charge dans des foyers. Le passage régulier et intensif de soignants peut alors se faire au foyer.

## **3. Prises en charge actuelles des dyades quand la mère est psychotique.**

Selon J. Dayan <sup>1</sup> l'hospitalisation des mères psychotiques en unité mère-bébé a comme indications l'évaluation des capacités parentales et la prévention d'un dysfonctionnement majeur des interactions. Le travail des unités mère-bébé est un travail de séparation. L'objectif est de créer un écart psychique entre mère et enfant pour permettre à la mère de percevoir l'altérité de son bébé. L'équipe soignante a un rôle de médiation et de triangulation, qui va permettre d'éviter l'alternance proximité et séparation. Cet espace créé laissera ensuite une place pour un tiers qui permettra à l'enfant de s'inscrire dans un monde symbolique.

L'hospitalisation permet une continuité des soins, favorisant l'établissement d'une relation non dangereuse pour les deux partenaires. Elle a aussi un rôle de « contenant » psychique pour les émotions traversant la dyade. Mais le petit nombre de places en unité mère-bébé et le refus de certains parents d'une hospitalisation (éloignement du père parfois difficile à accepter dans ce moment de la vie, peur d'une stigmatisation, envie d'une certaine « normalité ») ne permettent pas d'accueillir toutes ces dyades. Il faut alors trouver des alternatives suffisamment contenant s'inscrivant dans la même idée de continuité. L'apport de soins intensifs au domicile semble dans ces cas une alternative intéressante.

Dans l'idéale le début de la prise en charge devrait se faire durant la grossesse pour pouvoir créer une alliance avec ces familles, permettre une aide face aux angoisses corporelles liées à la grossesse et préparer l'arrivée du bébé.

#### **4. Prises en charge des dépressions du post-partum.**

La majorité de ces femmes sont suivies en ambulatoire<sup>100</sup> (ces patientes exprimant des difficultés à venir en prise en charge hospitalière, elles se sentent souvent en décalage avec les mamans ayant des maladies psychiatriques « plus lourdes »). Or des études ont montré que le suivi ambulatoire, s'il permet une amélioration de la pathologie maternelle, ne semble pas avoir d'impact sur l'attachement et le développement des enfants.<sup>128,129</sup>

Seule une prise en charge plus intensive permettrait d'agir sur ces deux champs<sup>130,131</sup>. L'apport de soins intensifs au domicile semble dans ces cas une alternative intéressante qui permettrait une amélioration de la pathologie maternelle mais aurait aussi une action sur l'attachement et le développement de l'enfant.

#### **G. Dispositif actuel du centre D. Winnicott, La Roche-Sur-Yon**

Le travail réalisé par le centre D. Winnicott s'inscrit au sein du réseau « Bien Naître en Vendée ». Siège de ce réseau, il en assure la coordination.

Actuellement le centre du tout petit est doté de 4 places d'hôpital de jour (soit 4 dyades par jour). Les dyades y venant 1 à plusieurs fois par semaine selon la gravité des troubles. L'hôpital de jour est conçu pour s'adapter à une journée type d'une dyade. On y trouve des espaces séparés pour le repas, le bain, le jeu, le sommeil... Les infirmières sont présentes pour étayer les mamans dans les gestes de la vie quotidienne et dans leurs difficultés, de façon bienveillante. Il est en effet important que ces mamans, souvent fragiles, ne se sentent pas juger mais soutenue dans leur fonction maternelle. Les soignants se positionnent ainsi dans une fonction grand-parentale bienveillante. Chaque maman vient avec ses propres difficultés. Elles se retrouvent souvent en « miroir » et vont alors se soutenir entre elles, de façon souvent fraternelle. Au cours de ces journées vont intervenir la psychomotricienne, l'orthophoniste et, ou la psychologue.

Le service possède aussi un lit d'hospitalisation temps-plein, se situant dans le service d'hospitalisation temps-plein de pédopsychiatrie. Ce lit est en réalité très rarement utilisé. En effet au cours du temps, les équipes se sont aperçues des difficultés que pouvaient entraîner la séparation d'une maman et de son bébé du reste de la famille (papa et frères et sœurs essentiellement).

Ces derniers avaient tendance à venir de plus en plus souvent et longtemps dans le service, qui n'est pas adapté à les recevoir ainsi. Or le travail avec l'ensemble de la famille semble essentiel et de fait s'est imposé de lui-même.

## **H. Quelques exemples de situations cliniques qui nous ont conduit à évoquer la nécessité de soins plus intensifs au domicile.**

### **1. Cas clinique Alfred**

#### ***1<sup>er</sup> contact :***

Madame D appelle en urgence au centre Winnicott : elle dit souffrir de dépression, être angoissée par les pleurs de son bébé, Alfred, âgé de 2 mois.

L'angoisse de cette maman est telle, que l'infirmière se déplace dans la journée au domicile.

Elle arrive alors dans un logement exigu qui ne comporte qu'une seule pièce. Madame D est une femme imposante ; Monsieur D est présent lors de cette visite mais ne bougera pas de son lit. Alfred, un joli petit bébé métisse, est calme, très attentif à sa maman et intrigué par l'infirmière. Par sa présence contenante, l'infirmière pourra, au cours de cette visite, apaiser cette dyade.

La visite suivante aura lieu 2 mois après car entre temps, la famille part en vacances.

#### ***Histoire du couple :***

Madame D a 26 ans. Elle est issue d'une famille de gens du voyage. Elle est la quatrième d'une fratrie de 8.

Elle est la première fille du couple et « la préférée » de son père. Celui-ci a eu deux autres filles avec une première épouse dont l'aînée porte le même prénom que Madame D.

Les parents de Madame D ont « donné » leur 2<sup>ème</sup> fille à un oncle et une tante qui ne pouvaient pas avoir d'enfants.

Madame D souffre d'une déficience mentale. A l'âge de 7 ans, elle a été victime d'un accident de la voie publique dont elle garde des séquelles physiques notamment au niveau d'un pied.

Elle a été en IME (Institut Médico-Educatif) jusqu'à l'âge de 16 ans. Puis elle est restée au domicile parentale où elle n'avait pas d'autres activités que faire le ménage. Elle avait peu de relations en dehors du cercle familial.

Elle dit avoir été « séquestrée » par ses parents. Ceux-ci se sont sédentarisés, quelque temps après l'accident de leur fille, en achetant une maison avec l'argent de l'assurance.

Madame D est obèse et, à la suite de l'accident, garde des séquelles au niveau d'un pied.

Elle ne travaille pas et n'a par le passé jamais travaillé.

Actuellement les relations avec ses parents sont difficiles ; ils refusent sa relation avec Monsieur D, d'origine sénégalaise, et ne connaissent pas Alfred. Alors que Madame D était enceinte, sa mère lui aurait dit : « s'il est noir, jette le à la rivière ! ».

Monsieur D a 53 ans. Sa famille vit au Sénégal. Il est le second d'une fratrie de 3. Ses parents et son frère aîné sont décédés.

Enfant, Monsieur D est allé à l'école coranique. Sa famille ayant peu de ressources financières, il devait mendier pour survivre.

Monsieur D a déjà 2 enfants, 2 garçons de 6 et 15 ans, qu'il a eu avec l'épouse de son frère aîné. Elle lui avait été confiée par son frère avant qu'il ne meure. Ils vivent au Sénégal où Monsieur D part les rejoindre à chaque Noël pendant 2 mois.

En France, monsieur gagne sa vie en vendant des objets de son pays sur les marchés.

Le couple s'est rencontré quand Madame D avait 21 ans. Ses parents n'étant pas d'accord avec cette relation, ils l'ont alors séquestrée. À deux reprises, madame a fui de chez ses parents avant de revenir d'elle-même. La troisième fois, elle est restée chez Monsieur D. Ils concevront Alfred 2 mois plus tard.

### ***La grossesse :***

La grossesse était désirée par le couple. Durant celle-ci, Madame D a pris 20 kg.

Alors qu'elle était à 7 mois de grossesse, la belle-soeur de madame, qui était alors au même terme, perd son bébé. Madame évoque alors des angoisses de mort pour son propre bébé mais aussi pour elle-même.

### ***L'accouchement :***

Madame D a accouché, à terme par césarienne programmée pour hypertension artérielle. Monsieur D était présent lors de l'accouchement et c'est lui qui a accueilli Alfred. Madame D n'a pu voir son bébé que plusieurs heures après.

### ***Alfred et ses parents :***

Madame D désirait allaiter Alfred mais l'allaitement s'avère rapidement difficile car elle ne mange pas régulièrement, surtout quand elle est angoissée.

Elle présente des angoisses très envahissantes avec une thymie à tonalité dépressive lors de ces moments.

La première consultation médicale a lieu alors qu'Alfred a 4 mois:

La pédopsychiatre trouve un enfant éveillé, qui sourit et jase. Madame D ne lui propose pourtant que la nacelle et le transat. Elle dit « ne pas savoir » que lui proposer d'autre. Elle est angoissée par les pleurs d'Alfred et quand il pleure, elle le prend dans ses bras, collé contre son sein. Elle ne sait pas trouver la bonne distance, varie entre des rapprochés quasi-dévourants et de brusques éloignements, créant alors une discontinuité.

Madame D est en demande de soins pour elle et son bébé. Elle exprime une peur de mal faire, peur d'être seule avec son bébé. Elle montre une grande difficulté pour s'ajuster à son bébé.

Sa thymie reste triste, les angoisses sont de plus en plus envahissantes.

Devant ces difficultés, une prise en charge en hôpital de jour et des visites à domicile sont mises en place.

### ***Lors de la prise en charge :***

La famille ne semble pas avoir de repères temporels ; le bain, l'alimentation, les moments de sommeil et d'éveil ne sont pas fixés à un moment de la journée, Alfred ne peut alors pas anticiper.

Monsieur D est peu présent ; il communique peu avec son épouse, mais, quand il est là, il semble pouvoir contenir un peu la dyade mère-bébé.

Il part parfois plusieurs mois au Sénégal. Ces périodes sont très difficiles pour Madame D qui se retrouve alors seule avec son bébé ; elle est alors complètement débordée par ses angoisses, ne pouvant parfois plus ni sortir ni manger.

Ses enveloppes corporelles, qui semblent défaillantes, ne sont plus contenues par la présence de Monsieur D. Elle ne peut plus quitter son domicile qui semble alors faire fonction d'enveloppe, la protégeant d'un extérieur menaçant. Dans ces moments où les angoisses sont majeures, Madame D ne se nourrit plus.

Au début de la prise en charge en hôpital de jour, Alfred a 5 mois : c'est un bébé souriant, en relation avec les autres. Madame D le tient soit loin d'elle soit collé au sein, sans ajustement tonico-postural. Alfred, de son côté, bouge peu. Il semble vouloir se mouler aux attentes maternelles. Le « holding » est défaillant, que ce soit physiquement et psychiquement. Ce corps à corps parfois très proche contraste avec la pauvreté des interactions visuelles dans la dyade.

Certains jours, Madame D confie beaucoup Alfred au soignant car elle est très angoissée et demande à s'isoler du reste du groupe. Ses angoisses s'expriment corporellement par des douleurs multiples et réparties sur tout le corps ; son enveloppe corporelle semble douloureuse.

Au fur et à mesure des prises en charge, les soignants remarquent que Madame D a toujours du mal à ajuster la distance avec son bébé. Les pleurs d'Alfred continuent à l'angoisser ; elle y répond toujours de la même façon, en le prenant contre elle, collé.

Elle reste en grande difficulté pour s'accorder à son bébé, pour « le comprendre ». Comprendre son enfant nécessiterait qu'elle puisse avoir accès à sa propre « partie bébé », partie qu'elle ne semble pouvoir atteindre.

L'impossibilité pour Madame D d'être attentive aux manifestations émotionnelles de son bébé, d'y donner sens, empêche l'« accordage affectif ».

Elle ne peut pas non plus jouer un rôle de pare excitation pour son bébé. Les soignants doivent alors jouer ce rôle pour Alfred mais aussi pour Madame D.

Les soignants remarquent que souvent Madame D n'est pas disponible pour Alfred et ne s'adapte pas aux besoins de son bébé, pouvant par exemple ne pas remarquer que son bébé est

en sueur : elle ne le découvrirait pas si l'infirmière ne lui proposait pas de le faire. Ils observent qu'elle lui parle peu et ne le regarde pas.

À 11 mois, Alfred est un bébé qui bouge beaucoup et fuit le regard de sa maman quand elle est trop proche, intrusive, notamment lors de l'alimentation. Madame D reste dans de grandes difficultés avec les distances et les limites corporelles de son enfant, pouvant être fascinée par les orifices de son bébé, notamment la sphère orale, l'alimentation devenant alors très intrusive.

À 1 an, Alfred est dans l'expérience motrice : il veut marcher trop vite et il faut être derrière lui pour anticiper les dangers ; or Madame D ne bouge pas. Alfred ne nous semble alors pas dans ses pensées.

L'infirmière remarque qu'Alfred a du mal à s'endormir, qu'il crie beaucoup avant de tomber dans le sommeil. Ainsi il ne semble pas pouvoir créer d'espace « transitionnel », aconflictuel, pour lui permettre de s'abandonner dans le sommeil.

Devant ses pleurs, dans ces moments de passage, veille-sommeil Madame D ne va pas d'elle-même l'apaiser ; elle a besoin de l'étayage du soignant.

Au fur et à mesure, elle devient de plus en plus irritable, pouvant crier contre Alfred quand elle est en colère. Malgré les soins, elle reste dans l'incapacité à s'adapter au rythme de son bébé et se met souvent en colère quand Alfred ne répond pas à ses attentes. Il nous semble qu'elle ne peut pas lui poser un cadre sans brusquerie.

De son côté, Alfred fait de plus en plus de colère, teste les limites : il a alors besoin d'être contenu, ce que ne peut faire Madame D car elle ne supporte pas ses colères, s'énerve et est dans l'escalade.

Devant l'importance des troubles de la relation présents chez cette dyade, le pédopsychiatre décide d'intensifier les soins : les venues en hôpital de jour passe alors de 1 à 2 jours par semaine.

À 14 mois, Alfred est un bébé souriant, qui bouge beaucoup, bavard. Il reste un enfant hypervigilant, ayant toujours du mal à s'endormir.

Quant à Madame D, elle est soit dans un cadre très strict soit dans une acceptation de tout, ne s'occupant pas de son fils ; elle reste dans le tout ou rien. Elle n'est toujours pas contenante pour son bébé et ne lui parle pas si ce n'est pour crier.

Quand le soignant l'invite à s'occuper d'Alfred, elle est dans l'excitation, ne peut s'ajuster, s'énerve rapidement. Elle ne peut pas jouer un rôle de pare excitation pour Alfred.

Celui-ci se met de plus en plus en danger, remue, a souvent besoin d'être contenu dans les bras du soignant pour s'apaiser.

Alors qu'Alfred a 18 mois, Madame D tombe à nouveau enceinte (du même père), et désinvestit Alfred.

A cette période, Alfred teste de plus en plus les limites, a des gestes violents envers les autres enfants mais parfois aussi envers les adultes. Il reste dans l'agitation faute de contenant.

C'est un enfant éclaté, agité, intolérant à la frustration, qui s'oppose.

Madame D a aussi besoin d'être étayée, rassemblée, rassurée physiquement et corporellement. Par moments, ils semblent tous les deux se désorganiser, Alfred dans l'agitation et Madame D dans des angoisses corporelles très envahissantes ; ils ont alors besoin d'être tous les deux contenus.

À 2 mois de grossesse, Madame D est hospitalisée pour subir un curetage pour un « œuf clair » qu'elle ne verra jamais autrement qu'un bébé mort.

Tout se passe comme si cet évènement dramatique avait pu avoir un effet paradoxal positif en permettant à Madame D un meilleur investissement d'Alfred.

Parallèlement Alfred paraît pouvoir accéder à la symbolisation et l'on observe que son langage évolue rapidement.

Le sommeil alors s'améliore, Alfred peut appeler sa maman pour être rassuré, un « espace transitionnel » semble se créer et il peut se laisser aller dans le sommeil.

À plusieurs reprises, Madame D ne vient pas, parfois pendant plusieurs semaines, ne donnant pas toujours des nouvelles. Elle rompt alors les liens avec les soins. Ainsi elle alterne entre une prise en charge souvent intensive (HDJ (Hôpital de Jour) 2 fois par semaine et VAD) et une mise à distance des soins, comme elle le fait avec Alfred. Elle évoque aussi les difficultés qu'elle a à sortir de chez elle, les angoisses sont toujours présentes.

Madame D trouve dans les soignants du centre Winnicott des figures grand-maternelles qui vont lui apporter réconfort, réassurance et un accompagnement dans ses difficultés au niveau du portage, de l'ajustement et des repères.

Les visites à domicile permettent de rencontrer le papa d'Alfred dont l'investissement semble insuffisant à l'équipe.

Il est aussi évident que pour aider Madame D dans sa relation avec Alfred, elle doit accepter de faire un travail sur ses propres angoisses. Le pédopsychiatre lui propose alors un rendez-vous avec un psychiatre sur le Centre Médico-Psychologique de son secteur, ce qu'elle accepte.

Parallèlement aux soins au centre Winnicott, est mis en place un projet avec de multiples intervenants (Protection Maternelle et Infantile (PMI), Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF ), Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Centre Médico Psychologique (CMP)), afin de tisser un réseau « contenant » autour de cette famille et de Madame D pour qu'elle puisse contenir Alfred.

À un moment, un accueil provisoire d'Alfred a été envisagé, lorsque Madame D, très angoissée corporellement, s'est retrouvée aux urgences. Monsieur D étant absent, Alfred a été oublié à la halte-garderie. Un accueil séquentiel d'Alfred a été proposé par l'ASE aux parents qui refusent. L'ASE n'a pas donné suite ni décidé d'un placement faute d'éléments de dangerosité pour l'enfant. La menace de la séparation a permis à Madame D de se rapprocher d'Alfred, celui-ci ressentant les craintes parentales se raccrochait à sa maman et demandait son papa.

Actuellement Alfred a 2 ans et demi; c'est un joli petit garçon métisse, bavard, attentif à toutes les activités à condition qu'il soit intéressé et surtout contenu. Ce qui reste difficile pour Monsieur et Madame D au domicile.

À la maison, Alfred s'adapte aux repères de son papa (ceux de la culture sénégalaise) et à ceux de sa maman à qui il demande souvent « ça va maman ? »

Il va rentrer à l'école l'année prochaine.

Devant les symptômes d'agitation et de troubles de l'attention quand il n'est pas suffisamment contenu, que présente actuellement ce petit garçon ; on peut se demander si, avec la scolarisation, va se développer un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

## 2. Cas clinique Mélanie

### *Origine de la demande :*

La situation est évoquée au staff du réseau périnatalité « bien naître en Vendée » : Monsieur et Madame G sont schizophrènes, ils demandent de l'aide, ils veulent « bien faire » et commencent à penser au bébé.

Le premier entretien avec une infirmière du centre D. Winnicott a lieu à 7 mois de grossesse au domicile des parents.

### *Histoire du couple :*

Mademoiselle G a 30 ans et est la première d'une fratrie de 3. Ses parents sont séparés. Sa mère a un nouveau compagnon, avec lequel elle n'a pas eu d'autres enfants. Mademoiselle G est très proche de sa mère qui est atteinte de la maladie de Parkinson. Son beau-père, quant à lui, a un cancer du larynx. Mademoiselle G voit peu son père, leurs relations étant conflictuelles.

Elle a eu son bac à 18 ans, a fait 2 années de fac d'histoire puis est partie 2 ans en Angleterre. Elle est revenue en France où elle est allée en IUT à Bordeaux (gestion du développement et de l'action humanitaire). Elle a alors été hospitalisée pour un épisode délirant aigu et des troubles du comportement alimentaire en psychiatrie à Bordeaux puis à Fontenay et à La Roche-sur-Yon. La dernière hospitalisation date d'il y a 5 mois pour une prise de toxiques et des angoisses liées aux modifications corporelles dues à la grossesse. Elle dit qu'en ce moment, elle a « des manières bizarres pour manger », mais n'en dira pas plus.

Actuellement elle est suivie sur son CMP et a une prise en charge en thérapie à médiation corporelle 2 fois par semaine.

Elle était auparavant sous Halopéridol qui a été arrêté du fait de la grossesse. Elle dit se sentir mieux depuis l'arrêt des neuroleptiques. Elle suit actuellement un traitement par Lamotrigine. Elle ne travaille pas et touche l'allocation adulte handicapé (AAH).

Mademoiselle G et Monsieur G portent le même nom mais ne sont pas mariés et ne sont pas de la même famille ; posant la question d'une identification liée au fait d'avoir le même patronyme.

Monsieur G a 34 ans. Il est le premier d'une fratrie de 3. Il décrit son père comme « dur, manipulateur et égoïste ».

Il n'a pas eu son bac, ayant arrêté ses études en terminale. Après l'arrêt de ses études, il a travaillé durant 20 mois dans une association venant en aide aux personnes handicapées.

Il a été hospitalisé la première fois en psychiatrie pour un épisode délirant aigu sur une prise de cannabis. Puis ont ensuite suivi plusieurs hospitalisations où a été posé le diagnostic de schizophrénie. Il a arrêté sa consommation de cannabis il y a 4 ans et n'a pas été réhospitalisé depuis 3 ans. Il est régulièrement suivi sur son CMP et stabilisé. Un projet de prise en charge en Centre d'Aide par le Travail (CAT) est en cours.

Le couple s'est rencontré il y a 5 ans lors d'une hospitalisation en psychiatrie. Monsieur G s'est installé chez Mademoiselle G il y a 3 ans.

### ***La grossesse :***

La grossesse est décrite par les parents comme un « bel imprévu ». Mademoiselle G avait alors une contraception par patchs.

Quand ils évoquent la découverte de la grossesse Monsieur et Mademoiselle G expriment une joie mêlée d'inquiétude.

Le suivi gynécologique durant la grossesse est régulier. L'échographie des 12 semaines d'aménorrhée montrant une pyélectasie bilatérale, Monsieur et Mademoiselle G étaient inquiets, craignant que leur enfant ne soit atteint d'une trisomie 21. Ils ont pu être rassurés par la suite, le problème s'étant résorbé.

Mademoiselle G a pris 20 kg en 5 mois ; elle est angoissée par les modifications corporelles et par des douleurs qui malmènent son schéma corporel déjà fragile.

Elle suit des séances de préparation à l'accouchement 2 heures par semaine en individuel avec une sage-femme libérale.

Elle dit à la fois que le bébé bouge beaucoup mais qu'elle ressent peu ses mouvements, montrant son ambivalence et ses difficultés de perceptions corporelles.

Elle exprime ses craintes quant à l'accouchement, ayant peur que son bébé ne naisse prématurément.

Mademoiselle et Monsieur G pensent tous les deux au bébé, l'imaginent, font des projets, lisent des livres sur les bébés et la puériculture. Ils préparent la chambre du bébé. Ils savent que l'allaitement ne pourra pas être possible en raison du traitement psychotrope suivi par la mère.

Après la naissance du bébé, ils ont prévu de le laisser chez une assistante maternelle 2 jours par semaine et acceptent le passage d'une TISF. Ils n'ont pas encore fait de démarche pour rechercher cette assistante maternelle.

Dès la première consultation, ils sont défensifs, collés l'un à l'autre.

Ils refusent la prise en charge en hôpital de jour car ils n'acceptent pas que les pères « soient évincés de l'accueil mère-bébé » et estiment que les 2 heures de présence du papa auprès du bébé prévues dans ces journées ne sont pas suffisantes.

Vers la fin de la grossesse, une concertation avec les différents intervenants (psychiatres en charge des parents, puéricultrice et sage-femme de PMI, psychologues, sages-femmes de la maternité) gravitant autour de cette famille est organisée. Les sages-femmes et les psychiatres d'« adultes » ne sont pas inquiets contrairement aux autres intervenants. La différence de point de vue des soignants selon qu'ils s'occupent des parents ou du bébé est fréquente dans ce type de situation. Les soignants « adultes » attendent une réparation des parents par le bébé, celui-ci pouvant être considéré comme « un objet médicament »<sup>72</sup> ; alors que les soignants « enfants » sont inquiets pour le devenir du bébé. Il semble à tous que ce couple a du mal à accepter le nombre d'intervenants auprès d'eux et se sent rapidement persécuté.

Il est décidé qu'après l'accouchement, Mademoiselle G et son bébé resteraient une dizaine de jours à la maternité pour permettre une évaluation de la relation mère-enfant, une surveillance des troubles psychiatriques maternels à cette période de fragilité et un étayage des parents.

### *Mélanie :*

Mélanie naît à terme par césarienne. C'est un beau bébé de 3kg 950.

Des visites à la maternité par une infirmière du centre Winnicott sont organisées.

En réalité il n'y aura que 2 visites à la maternité, la sortie s'effectuant plus rapidement que prévue à la demande des parents. Lors de ces visites, Mademoiselle G paraît s'ajuster à son bébé et le couple est serein.

Mademoiselle G raconte son accouchement : elle craignait d'être endormie pour la césarienne, comme sa maman qui l'a été pour ses trois césariennes et elle est contente d'avoir pu être présente.

Il n'y a pas de distorsions entre le bébé imaginaire et le bébé réel; Mélanie est tout à fait « comme le bébé de l'échographie ». Mademoiselle G n'exprime pas d'inquiétudes par ailleurs.

Mais les sages-femmes de la maternité décrivent une maman qui pleure beaucoup, vite fatigable. Le fonctionnement archaïque du bébé semble réveiller les angoisses psychotiques de la mère.

Elles ont relevé des difficultés de Mademoiselle G autour de l'hygiène du bébé. L'approche du corps de son bébé est angoissante.

Dès leur retour au domicile, les parents vont évincer progressivement les différents intervenants (TISF, PMI).

Ils disent que c'est « trop », se sentent dévalorisés dans leur rôle de parents. Ils refusent toujours l'hôpital de jour mais acceptent les visites à domicile d'une infirmière du centre Winnicott.

Il n'y aura finalement que 2 visites à domicile, espacées de 1 mois.

### ***Première visite à domicile :***

Mademoiselle G accueille l'infirmière, Mélanie dans ses bras ; Monsieur G est également présent.

Le portage physique paraît adapté. Mais qu'en est-il du holding psychique ?

Monsieur et Mademoiselle G participent tous les deux aux soins de leur bébé. Mais les rôles de chacun ne semblent pas définis et les interactions ne paraissent pas différenciées selon le père ou la mère.

Monsieur et Mademoiselle G portent Mélanie de la même façon, collée, ventre contre ventre, mais la regardent peu.

Ils racontent que le week-end précédent, Mélanie a beaucoup pleuré. Ils ont alors consulté le pédiatre qui leur a dit que c'était une « mauvaise digestion du lait » et a prescrit des gouttes à mettre dans le biberon.

Ils disent qu'ils se relaient pour donner les biberons et notent sur un cahier les horaires et les quantités prises.

Mademoiselle G parle à son bébé, le rassure, lui fait des massages, mais la regarde peu.

*2<sup>ème</sup> visite à domicile (Mélanie a presque 3 mois) :*

Comme à la visite précédente la triade est présente au complet. Mademoiselle G explique que Mélanie boit à heures régulières. Mélanie commence à se mobiliser, à se mettre sur le côté, elle essaie de se retourner sur le ventre. Elles touchent ses mains, pouvant alors se rassembler autour d'un axe vertical. Elle commence à découvrir l'extérieur, attrape les objets.

Les parents ne se précipitent pas dès qu'elle pleure ; ils ont remarqué qu'elle arrêta quand Mademoiselle G entra dans la chambre ; depuis ils attendent avant d'aller voir. Mélanie est un bébé sage qui semble s'adapter aux attentes maternelles.

La triade est toujours très collée les uns aux autres.

L'infirmière n'aura pas l'occasion d'assister à l'heure du biberon ni du bain.

Les observations de l'infirmière rapportent peu d'affects et d'émotions. Ce fait traduit probablement la relation parents-bébé très « en surface », « bidimensionnelle ». Les parents « collent » aux conseils donnés, ne semblant pas percevoir l'enfant réel.

La prise en charge s'arrêtera après cette visite à domicile, à la demande des parents. Il leur est proposé de venir le signifier au pédopsychiatre. Ils ne viendront pas à la consultation.

Ils semblent s'être sentis rapidement persécutés par les intervenants extérieurs, notamment par la multitude de ces intervenants.

### 3. Cas clinique Nicolas

#### *Demande :*

Mademoiselle N appelle le centre Winnicott sur conseil de la psychologue du foyer où elle réside depuis sa sortie de la maternité. Elle dit qu'elle n'arrive pas à s'occuper de son bébé, qu'elle est triste et qu'elle pense au placement.

#### *Histoire du couple :*

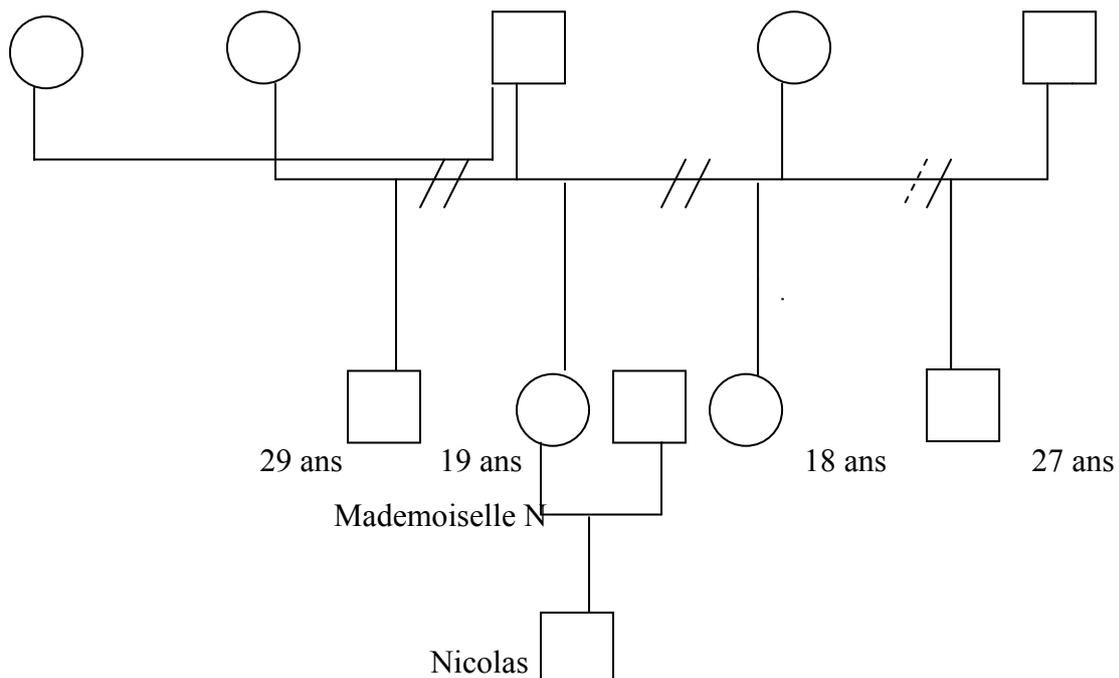
Mademoiselle N a dix-neuf ans et est l'aînée d'une fratrie de deux.

Ses parents sont séparés depuis plusieurs années. Depuis, Mademoiselle N et sa sœur vivent en alternance chez leur père et leur mère.

Malgré les bonnes relations qu'elle entretient avec sa soeur, elle la voit peu, car sa soeur est en internat pendant la semaine.

La mère de Mademoiselle N souffre d'éthylisme chronique.

Génogramme de Mademoiselle N :



Mademoiselle N voit sa mère un week-end sur deux et la décrit comme « non soutenante ». Elle voit son père une semaine pendant les vacances quand il le lui propose. Elle ne l'a pas revu depuis plusieurs mois d'ailleurs il ne connaît pas Nicolas.

Mademoiselle N a été au collège, elle a été en difficulté scolaire dès la 4<sup>ème</sup> ; elle a ensuite fait une 3<sup>ème</sup> professionnelle « hôtellerie », a préparé un CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle) d'agent polyvalent restauration puis un BEP (Brevet d'Etude Professionnel) « secrétariat » ; mais elle n'a pas trouvé de stage.

Monsieur R est le second d'une fratrie de deux. Il a dix-neuf ans. Ses parents sont séparés et depuis il vit chez sa mère. Il est actuellement en première année de faculté de mathématiques et entretient de bonnes relations avec ses parents.

Mademoiselle N et Monsieur R se sont rencontrés en mars 2008; Mademoiselle N est tombée enceinte en novembre 2008 à la suite d'un oubli de pilule. La grossesse a été découverte au 5<sup>ème</sup> mois.

Mademoiselle N n'allait alors plus en cours car elle n'avait pas trouvé de stage.

Elle s'est alors installée chez sa mère où elle préparait « des trucs pour le bébé » dans sa propre chambre.

Elle a eu un suivi gynécologique régulier durant les derniers mois de grossesse.

### ***L'accouchement :***

Mademoiselle N a accouché à terme d'un petit Nicolas de 3kg 600. L'accouchement a été long et a nécessité des forceps ; Monsieur R, qui était présent auprès d'elle, l'a soutenu.

Mademoiselle N a pu prendre son bébé contre elle tout de suite : « ça m'a fait bizarre » dit-elle en en parlant.

### ***Nicolas et sa maman :***

L'allaitement s'est bien passé durant les premières semaines.

La mère et l'enfant sont restés deux semaines à la maternité car Mademoiselle N était en difficulté : elle était angoissée par les pleurs de son bébé et ne savait pas comment y répondre.

De plus, la mère de Mademoiselle N partant en post-cure, il ne semblait pas possible à l'équipe de la maternité de laisser cette jeune maman sortir seule avec son bébé. Une prise en charge en foyer maternel a alors été organisée.

Le foyer a pu les accueillir dès la sortie de la maternité ; là-bas Mademoiselle N s'isole de plus en plus, pleure beaucoup et est en grande difficulté pour s'occuper de son bébé.

Monsieur R, quant à lui, vit chez sa mère, à 80 Kms.

### ***1<sup>er</sup> entretien :***

Mademoiselle N se présente très triste.

Elle explique qu'elle a arrêté d'allaiter car elle « n'a plus de lait ». Elle a demandé au foyer que Nicolas puisse dormir dans une autre chambre si bien qu'elle ne sait pas s'il fait ses nuits. Elle dit qu'il est beau et qu'il lui ressemble mais aussi qu'il est difficile pour elle de passer du temps avec lui: « Nicolas est moins bien avec moi » dit-elle. Ce sont donc les éducatrices du foyer qui s'en occupent. Mademoiselle N trouve que c'est mieux comme ça, car « elles, elles savent faire ». Elle se dévalorise dans sa fonction maternelle et n'arrive pas à s'identifier à une « bonne mère ».

Le pédopsychiatre lui propose d'une part de venir à l'hôpital de jour (HDJ) 1 fois par semaine et d'autre part de recevoir des visites à domicile (au foyer) d'une infirmière du centre Winnicott.

Plusieurs visites au foyer ont pu être réalisées mais la prise en charge en HDJ ne s'est jamais réellement mise en place, Mademoiselle N et Nicolas n'étant venus qu'une seule fois.

### ***Visites au foyer :***

Mademoiselle N et Nicolas dorment dans des chambres séparées, chacun à un bout du couloir. Mademoiselle N ne cherche pas à s'occuper de son bébé; le plus souvent ce sont les « professionnels du foyer » qui s'en occupent.

### ***1<sup>ère</sup> VAD (Nicolas a 2 mois) :***

Les phrases entre guillemets sont des citations des observations de l'infirmière.

« Nicolas est un beau petit garçon qui ressemble à sa maman. Il ne regarde que sa maman pendant tout un temps, puis me regarde et écoute, les yeux grands ouverts, lorsque que je m'adresse à lui. Il lâchera à plusieurs reprises sa sucette pour faire quelques sourires et laisser échapper quelques « r-r-r ».(...) Mademoiselle N le prendra ensuite mais ne lui parlera pas. Pendant le temps où Mademoiselle N est détendue, Nicolas arrive à se détendre dans ses bras. Puis il a besoin de changer de position : c'est alors difficile pour Mademoiselle N de s'y adapter (...) ». Le holding est chaotique et l'on n'observe pas d'ajustement tonico-postural. Mademoiselle N n'est pas contenante. Nicolas, de son côté, semble chercher à animer sa maman ; il est hypervigilant et s'agrippe au regard maternel.

La suite de la visite est plus difficile : Mademoiselle N pleure beaucoup, elle se sent seule au foyer et elle a besoin d'aide pour s'occuper de Nicolas. Elle se dévalorise en permanence sur ses capacités maternelles. D'ailleurs dès que l'infirmière partira, l'aide puéricultrice viendra s'occuper de Nicolas.

*2<sup>ème</sup> VAD (Nicolas a 2 mois et 3 semaines) :*

À l'arrivée de l'infirmière, Nicolas est dans son lit : « dans la chambre au fond du couloir, il est censé dormir. Mademoiselle N ne vérifierait pas si je n'insistais pas. En fait il a le regard vide, tourné sur le côté, immobile. »

Mademoiselle N est quant à elle presque mutique, triste, passive.

Nicolas et sa maman se dépriment.

*3<sup>ème</sup> VAD (Nicolas à 3 mois) :*

Nicolas, son papa et sa maman vont passer le week-end chez la mère de Mademoiselle N. Cette visite se déroule donc chez la grand-mère maternelle :

« la maison est impressionnante, comme laissée à l'abandon de l'extérieur et très pleine à l'intérieur. Je dois demander où l'on s'installe. C'est Monsieur R qui propose le jardin. Nicolas a été posé dans la chambre. » L'infirmière ne verra donc pas Nicolas lors de cette visite.

Mademoiselle N voudrait quitter le foyer et Monsieur R exprime son souhait d'être accueilli avec Nicolas dans un foyer ; mais cela n'étant pas possible, les parents envisagent de placer Nicolas dans une famille d'accueil la semaine et de le récupérer les week-ends.

*4<sup>ème</sup> VAD, au foyer, (Nicolas a 3 mois et 1 semaine) :*

Mademoiselle N exprime que s'occuper de Nicolas lui semble trop difficile.

Elle évoque son agressivité et sa haine envers ce bébé qui non seulement la met en échec mais dont les pleurs réveillent également ses propres angoisses et sa tristesse.

*5<sup>ème</sup> VAD, au foyer, (Nicolas a 3 mois et 2 semaines) :*

Cette visite est l'occasion de voir un temps de biberon donné par Mademoiselle N. Elle le lui donne avec plaisir ; Nicolas est détendu, attrape les doigts de sa maman, la regarde et regarde aussi beaucoup les couleurs vives des murs. Nicolas arrive dans cette séquence à valoriser sa maman, le regard mutuel est possible et ainsi chacun des partenaires semble pouvoir se nourrir de ce moment.

Mais arrêter le biberon est difficile, Mademoiselle N craignant les pleurs de son bébé... ce qui l'amène à évoquer avec l'infirmière les pleurs de tristesse et les pleurs de frustration.

*6<sup>ème</sup> VAD, au foyer, (Nicolas a 4 mois) :*

Au cours de cette visite, l'infirmière observera chez Nicolas une fuite du regard, une difficulté à attraper les objets qu'on lui présente, une hypertonie et une tristesse. Parfois il regarde sa maman mais celle-ci ne lui répond pas.

Nicolas régurgite souvent et Mademoiselle N a du mal à supporter ses régurgitations mais aussi ses selles, sa bave, ses pleurs... tout ce qui sort de son bébé.

Quand elle le porte, c'est contre elle, collé, ce que refuse Nicolas, qui cherche alors à s'éloigner du corps maternel.

Nicolas paraît en grande souffrance ; il semble complètement désorganisé, utilisant l'hypertonie comme carapace musculaire pour se protéger d'angoisses de chute et de morcellement.

Ses angoisses archaïques semblent renvoyer à Mademoiselle N ses propres angoisses (liquéfaction de son enfant...)

Il est alors clair que Nicolas et sa maman sont très en souffrance et que les VAD, une fois par semaine, ne suffisent pas.

Cependant Mademoiselle N ne se présente pas en HDJ et l'alliance entre l'équipe du centre Winnicott et le foyer est précaire.

Au cours des visites suivantes, Mademoiselle N et son bébé présenteront à l'infirmière le même tableau : celui d'une maman et de son bébé tous deux déprimés.

Nicolas est de plus en plus tendu dans les bras de sa maman, il crie, il régurgite... il renvoie à Mademoiselle N une image de « mauvaise mère ». Il se désorganise de plus en plus.

Nicolas sera placé en famille d'accueil à 7 mois; le projet d'hôpital de jour se poursuit mais Nicolas y vient seul; Mademoiselle N ne s'y présentera pas, ne donnant aucune nouvelle à l'équipe du centre D. Winnicott.

Mademoiselle N a en parallèle repris un suivi psychiatrique pour elle et un traitement anti-dépresseur par Escitalopram.

#### **4. Cas clinique Laura**

##### ***La demande :***

Madame M a été suivie lors de sa première grossesse sur le centre Winnicott pour un syndrome dépressif majeur ; elle a alors bénéficié de visites à domicile jusqu'à la naissance de Marie, son premier enfant. Elle est à nouveau enceinte de 5 mois lorsqu'elle rappelle pour un nouveau suivi, exprimant une grande tristesse.

##### ***Antécédents :***

Madame M souffre depuis sa première grossesse d'un syndrome dépressif majeur pour lequel elle était traitée par Venlafaxine à dose efficace prescrite par son médecin traitant, traitement qu'elle a arrêté dès qu'elle a su qu'elle était de nouveau enceinte (à 1 mois de grossesse).

##### ***Histoire de la famille:***

Madame M est la deuxième d'une fratrie de 3. Elle a une sœur d'un an son aînée qui a elle-même quatre enfants. La mère de Madame M s'occupe beaucoup de cette fille aînée car elle la considère comme étant plus « fragile ».

Madame M dit que sa mère ne la comprend pas.

Madame et Monsieur M ont une fille Marie âgée de 3 ans. Marie a été gardée par sa grand-mère maternelle jusqu'à ses deux ans ; puis Marie étant parfois un peu turbulente sa grand-mère maternelle a arrêté de la garder.

Monsieur M est le second d'une fratrie de 3. Il voit peu ses parents, surtout depuis la naissance de Marie. Sa mère leur a renvoyé les photos de Marie. Madame M la décrit comme une femme très autoritaire qui n'hésite pas à lui dire qu'elle est « une mauvaise mère, une dépressive ».

Monsieur et Madame M se sont rencontrés il y a 7 ans et sont mariés depuis 4 ans.

Madame M est enseignante à la Chambre des Métiers : elle travaille beaucoup, enseigne les sciences physiques alors qu'elle a une formation de professeur de mathématiques.

Monsieur M est chef d'équipe dans les travaux publics.

### ***La grossesse :***

La grossesse était désirée par le couple.

Dès qu'elle a su qu'elle était enceinte, Madame M a arrêté son traitement par Venlafaxine mais elle s'inquiète quand même d'éventuelles répercussions du médicament sur le bébé.

Elle compare les deux grossesses et pense que « ça ne va pas être facile ».

Elle a décidé de continuer à travailler le plus longtemps possible car elle s'angoisse à l'idée de rester chez elle, où elle « s'ennuie » et « s'inquiète ».

Durant les trois premiers mois de grossesse, elle a eu beaucoup de nausées avec une perte d'appétit si bien qu'elle a alors perdu 3 kgs.

Elle a des contractions depuis le début du cinquième mois : son médecin lui prescrit alors du Phloroglucinol que cependant elle ne prend pas. Elle dit qu'elle sent son bébé bouger et qu'elle s'inquiète dès qu'il bouge moins. Malgré les consultations avec son gynécologue tous les mois elle reste anxieuse pour son bébé et pour elle-même.

Au cours des entretiens, elle parle peu de son bébé; de même elle ne prépare rien pour lui (chambre, vêtements...) préférant attendre le huitième mois.

### ***1<sup>er</sup> consultation***

Lors de cette consultation Madame M pleure beaucoup, exprimant une grande tristesse. Au domicile elle s'efforce à ne pas paraître triste surtout quand elle est avec Marie.

Le médecin retrouve également une anhédonie et des angoisses importantes.

Madame M se plaint de faire de plus en plus de cauchemars, d'avoir des difficultés pour s'endormir en raison de ruminations anxieuses.

Elle appréhende le congé maternité où elle restera seule au domicile avec Marie.

Elle exprime ses craintes : de ne pas pouvoir allaiter, de ne pas savoir s'occuper de son bébé et d'être seule avec les 2 enfants.

Elle dit que son mari ne la comprend, qu'il est peu au domicile et peu soutenant.

Lors de cette consultation, le médecin conseille à Madame M de reprendre son suivi avec son psychiatre; ce qu'elle ne fera pas.

Suite à cette consultation, des visites au domicile d'une infirmière du centre Winnicott et une prise en charge en relaxation avec la psychomotricienne du centre sont organisées.

Quelques jours plus tard, alors qu'une seule visite au domicile n'avait pu s'effectuer, la sage-femme libérale s'occupant de Madame M appelle au centre Winnicott pour prévenir qu'il est déconseillé à Madame M de faire des trajets en voiture.

La prise en charge devra se faire alors uniquement au domicile, avec des visites de l'infirmière mais aussi de la psychomotricienne.

Ces visites se feront à une fréquence de trois par semaine quand Madame M est la plus angoissée, et ont été poursuivies à la maternité puis de nouveau au domicile après la naissance de Laura; elles se poursuivent encore actuellement une fois par mois alors que Laura a 9 mois.

### ***Les visites à domicile :***

Les textes entre guillemets sont des citations des observations infirmières.

*1<sup>ère</sup> visite à domicile :* « il me faut du temps pour trouver comment entrer dans la grande maison rénovée de Madame M : il y a une grande balustrade mais pas de porte d'entrée. Finalement je trouve une petite porte à l'arrière de la véranda... Madame M est levée, elle semble fatiguée bien que je la trouve plus « rose » et ayant pris un peu de poids. Il pleut, la maison est triste bien que jolie (comme Madame M)(...). Madame M est seule dans la journée. Elle va conduire et chercher sa fille à l'école ; elle ne lit pas, ne bricole pas, elle est seule... fait des jeux... Elle n'a pas préparé la venue du bébé ou très peu. »

Devoir rester au domicile semble avoir accentué le syndrome dépressif de Madame M. De plus les contractions et le risque d'accouchement prématuré majorent ses angoisses de mort.

*Lors des visites suivantes,* Madame M parle de sa mère, exprime son désir de la voir plus souvent et d'être maternée.

Elle en veut aussi à son mari d'être peu présent; elle n'arrive cependant pas à lui faire part de son mal-être et à lui demander de l'aide. Elle n'a pas réussi à lui demander de prendre son congé paternité après la naissance du bébé pour l'aider à s'occuper des 2 enfants.

Marie, quant à elle, « fait beaucoup de bêtises » selon de Madame M. C'est une enfant de plus en plus agitée qui s'éloigne progressivement de sa mère, ce qui angoisse celle-ci. Elle teste de plus en plus les limites ; Madame M essaie de ne pas céder mais elle a peur que sa fille ne « l'aime plus ».

Madame M évoque sa crainte de ne pouvoir aimer deux enfants, rappelant les propos qu'elle a tenus sur sa mère selon lesquels celle-ci n'aimerait que sa fille aînée.

Madame M semble se sentir abandonnée par ceux qui l'entourent, ne pouvant trouver aucun étayage dans son entourage.

L'infirmière remarque que lors de ses visites, Madame M parle essentiellement de Marie, le bébé est toujours peu évoqué.

Lors d'une des visites au domicile Monsieur M et Marie sont présents.

Marie essaie de capter l'attention du soignant, sa maman lui demande alors d'aller jouer dans sa chambre, ce qu'elle accepte sans difficultés.

Madame M pourra ensuite aborder la naissance de Marie: elle avait le cordon autour du cou, et Madame M a alors eu très peur de la perdre.

Tout au long de la visite, Madame M fait des reproches à son mari : ses absences au domicile, son manque de participation aux tâches ménagères... Elle se pose en victime et semble avoir constamment peur d'être abandonnée. Le sentiment de perte est très présent (perte de son mari, de Marie, du bébé, de sa propre mère...)

Au travers de ses multiples demandes, on repère qu'elle voudrait que son mari soit en permanence près d'elle.

On retrouve des angoisses de mort importantes. Le couple ne peut mettre des mots sur le bébé à venir. Ils semblent vouloir protéger ce bébé en ne l'évoquant pas, dans la pensée magique que sa non évocation pourrait le protéger.

Une visite sera organisée par la suite autour de Marie pour la préparer à l'arrivée du bébé.

Parallèlement la psychomotricienne va au domicile une fois par semaine pour des séances de relaxation.

*À la maternité :*

Laura naît à terme et l'accouchement se passe bien.

Des visites de l'infirmière et de la psychomotricienne sont organisées à la clinique :

À J2 : Madame M est inquiète pour l'allaitement : elle a le sentiment qu'elle n'y arrivera pas et est dans une demande de réassurance.

À J3 : l'équipe de la maternité est très inquiète : Madame M présente des angoisses très importantes, psychotiques, avec un sentiment de transformation corporelle notamment au niveau de ses seins.

Elle pleure beaucoup, passe son temps à se masser les seins exprimant sa peur d'avoir un cancer du sein.

L'équipe soignante de la maternité décide alors de mettre en place un étayage très contenant sur les moments d'allaitement qui semblent être des moments particulièrement angoissants, évoquant des angoisses de dévoration par l'enfant.

Il est aussi proposé à Madame M de prolonger son séjour à la maternité, ce qu'elle refuse, mettant en avant ses difficultés à être séparée de Marie et ses propres angoisses de séparation.

#### *Retour au domicile :*

Une visite est organisée au domicile deux jours après le retour à la maison.

L'allaitement se passe bien. L'infirmière remarque que Laura « se tortille beaucoup », semblant être gênée au niveau abdominal. Madame M se sent seule avec Laura. Toutes les deux pleurent beaucoup.

Madame M s'occupe de Laura de façon ritualisée, lui donnant le sein dès qu'elle pleure, la changeant après chaque tétée et la laissant dans son landau le reste du temps. Elle ne peut s'ajuster à son bébé et le prendre près d'elle. Madame M dira que sa fille fait « des caprices ». Les interactions dysfonctionnent, les signaux de Laura ne sont ni vus ni entendus, Madame M n'y répondant pas.

Cette situation se répète sur plusieurs visites à domicile. Madame M a besoin de la présence de l'infirmière pour pouvoir être avec Laura et jouer avec elle. Elle ne lui parle pas et ne la regarde pas. Madame M a besoin d'accompagnement dans les soins donnés à son bébé et s'appuie sur le soignant, figure grand-maternelle qui la soutient dans chaque geste, chaque soin et l'aide à voir les signaux de Laura.

Lorsque Madame M reprend son travail, Laura est gardée par une nourrice.

Madame M critique beaucoup la nourrice d'autant plus que Laura dort peu chez celle-ci. En effet, alors qu'elle se montre très éveillée chez la nourrice, il nous semble que Laura se

réfugie dans le sommeil quand elle est au domicile familial. Ainsi elle utilise ses états de vigilance pour se protéger.

Madame M a du mal à différencier ses deux filles; elle achète peu de vêtements et de jouets pour Laura et les doudous ont tous été investis par Marie. Laura semble peu présente dans l'esprit de sa mère qui paraît toujours envahie par la crainte de perdre Marie.

Lors d'une visite à domicile, alors que Laura a deux mois et demi, Monsieur M est présent. Laura est alors souriante, babille et écoute. Elle semble à l'aise dans les bras de son papa mais beaucoup moins dans ceux de sa maman où elle bouge beaucoup et à qui elle sourit peu.

Monsieur M semble être une personne ressource pour Laura : il est contenant, s'ajuste à son bébé.

Probablement en partie grâce à cette présence paternelle contenant, Laura se développe bien et c'est un bébé harmonieux. Mais à certains moments, l'infirmière trouvera un bébé triste, bougeant peu, dormant beaucoup.

Trois mois après l'accouchement, Madame M retourne voir son psychiatre et reprend son traitement par Venlafaxine. Son humeur s'améliore et elle est plus détendue. Mais les troubles de la relation mère-bébé persistent, rendant nécessaire le passage de l'infirmière au domicile.

Lors d'une visite à domicile, alors que Laura a huit mois, l'infirmière trouve Laura dans son parc, dans une pièce sombre, coincée entre les coussins et les jouets... quasiment dans l'impossibilité de bouger. Madame M, qui supporte mal les mouvements de Laura, ne lui laisse pas la possibilité de bouger.

L'infirmière évoque alors le besoin de découverte de Laura.

Certains temps de VAD se passe à regarder des livres, chanter des comptines et bouger. Madame M se laisse alors porter. L'infirmière a parfois le sentiment de s'occuper de deux bébé : Laura et le bébé à l'intérieur de sa mère permettant à celle-ci d'intérioriser une expérience de bons soins maternels qu'elle pourra reproduire avec Laura.

Actuellement Laura a plus d'un 1 an et les troubles graves de la relation précoce mère-enfant perdurent, nécessitant le passage de l'infirmière au domicile. Etant donné les disponibilités de l'équipe soignante, les VAD ne peuvent se faire qu'à une fréquence de 1 à 2 visites par mois, fréquence très insuffisante au regard de la gravité du tableau clinique.

. **Ce qui existe actuellement en France en termes d'HAD**  
**mère-bébé**

## A. L'hospitalisation à domicile, qu'est ce que c'est ?

### **1. Historique de l'HAD<sup>132133</sup>**

En 1945, le Professeur Bluestone, de l'hôpital Montefiore de New York, crée la première forme d'hospitalisation à domicile. Ce sont les premières expériences américaines du « Home Care ». Cette expérience fait suite à une hospitalisation médicochirurgicale encombrée. Il s'agit alors de privilégier le maintien à domicile du malade, tout en lui assurant la même qualité de soins qu'en hospitalisation traditionnelle. C'était d'une posture chirurgicale précoce.

C'est en 1950 que commence une réflexion en France sur comment soigner les malades à domicile notamment ceux qui sont atteints de cancer. Le premier exemple français est l'association Santé-Service de Puteaux, en 1956, prenant en charge ces malades.

Puis l'hospitalisation à domicile s'est développée petit à petit. Elle apparaît dans la loi portant sur la réforme hospitalière du 31 décembre 1970 dans son article 4, la liant à l'hôpital comme porte d'entrée et comme posture. Nous pouvons lire à l'article 4 que : « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ».

En 1974, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie fixe les règles de fonctionnement des établissements d'HAD.

La réforme hospitalière de 1991 va reconnaître l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle. Les conditions techniques de fonctionnement des services seront précisées par le décret du 2 octobre 1992. Il stipule que « les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »

Mais le développement reste limité par le « taux de change », qui consiste à n'autoriser la création d'une place en HAD qu'en échange de la fermeture de 2 lits d'hospitalisation classique. Malgré cela, le nombre de places offertes augmente. En 2000, il y avait 78 services d'HAD offrant près de 3900 places.

La circulaire du 30 mai 2000 va structurer le contenu des prises en charge.

L'ordonnance de simplification administrative du 30 septembre 2003 va supprimer le taux de change. C'est-à-dire qu'il n'est alors plus nécessaire de supprimer deux places d'hospitalisation conventionnelle pour pouvoir créer une place d'HAD.

De plus cette ordonnance oblige le schéma régional d'organisation sanitaire à intégrer le développement des alternatives à l'hospitalisation, dont l'hospitalisation à domicile.

La circulaire du 4 février 2004 aborde les modalités de prise en charge. L'objectif de ce texte est de répondre à la demande des patients et de diminuer la durée de séjour en hospitalisation classique.

La circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'hospitalisation à domicile et son positionnement au sein d'une offre de soin locale.

La circulaire du 5 octobre 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement des personnes âgées médicalisées ou non (EHPAD et EHPA).

## **2. HAD et psychiatrie<sup>132</sup>**

Avant l'hôpital psychiatrique, il y avait des pratiques d'intervention à domicile qui liaient le médecin, le patient, la famille, voir la domesticité autour du projet de soin. Par exemple l'isolement, décrit par Esquirol comme principe thérapeutique, était au départ un isolement à domicile. Puis ces pratiques ont disparu avec le développement de l'hôpital.

Les premières expériences d'HAD en psychiatrie datent des années 1960 et 1970. Elles s'affirment dans la logique sectorielle ou présectorielle : soit comme dans le XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, avec Paumelle et Woodbury, l'HAD est née dans les vacances de l'hôpital et l'implantation d'équipe sur le terrain, soit elles sont nées juste avant la sectorisation comme des presciences de la sectorisation, avec des conventions locales.

Dans les années 1970-72, elles se sont adaptées à la sectorisation, devenant même pour certaines équipes l'axe de leur soin sectoriel.

Puis, avec la réglementation, les initiatives en psychiatrie ont diminué, l'HAD psychiatrique s'est perdue dans l'arsenal des structures sectorielles et dans des financements différents.

Parmi les textes fondateurs du « secteur », le décret 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique précise à l'article 9 que « la prévention, le diagnostic et les soins sont assurés notamment à la résidence des patients ». Par ailleurs l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement mentionne à l'article 11 que les services d'HAD en psychiatrie « organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient ».

Actuellement en France, Il existe plusieurs unités d'HAD psychiatrique. En psychiatrie adulte, on peut citer les unités de Lille (5 places), d'Argenteuil (5 places) et de Rouen (8 places)<sup>134</sup>.

### **3. Définition et organisation de l'hospitalisation à domicile (HAD) en France.**

#### ***Définition***<sup>135</sup>

L'hospitalisation à Domicile est une alternative à l'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement. Elle permet d'assurer, au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés et continus.

Cette hospitalisation concerne les malades de tous âges atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques ; en l'absence de prise en charge en HAD, ces malades seraient hospitalisés dans un établissement de santé.

Les structures HAD sont des établissements de santé. Elles sont soumises aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers publics et privés avec hébergement. Elles doivent ainsi assurer la continuité des soins 24h/24 et 7j/7. Elles sont certifiées par la Haute Autorité de Santé.

Ces établissements sont généralistes et polyvalents, les malades sont pris en charge dans leur globalité. Si la polyvalence de ces structures semble une condition importante, la circulaire du 1<sup>er</sup> octobre 2006 précise qu'une structure d'HAD peut « développer en son sein des compétences propres, des expertises sur des activités particulières »<sup>136</sup>.

#### **4. Tarification<sup>137</sup>**

Depuis 2005 l'HAD est financée en totalité par les organismes d'assurance maladie par le biais de la tarification à l'activité, système de financement identique à celui des hôpitaux et des cliniques.

Ainsi l'HAD est tenue à une obligation d'évaluation et d'analyse des activités de soins par le biais de Résumés par Sous-Séquence (RPSS).

Celle-ci est définie en amont par un Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC).

Un GHPC est une combinaison de 3 éléments :

Le mode de prise en charge principal (MP)

Le mode de prise en charge associé (MA)

L'indice de mesure de dépendance (Indice de Karnofsky)

À chaque GHPC est associé un indice pondération selon la durée de la prise en charge. On obtient ainsi un Groupe Homogène de Tarif (GHT) applicable à l'Assurance maladie.

Donc les actes et les prestations délivrés lors de l'hospitalisation au domicile du malade sont pris en charge, sous couvert d'un tarif journalier pondéré selon : la charge de soins, le degré de dépendance du patient et la durée de son séjour.

Ce tarif journalier comprend tous les frais liés à l'hospitalisation notamment les honoraires des médecins (dans les établissements HAD publics et participant au service public hospitalier) et des professionnels paramédicaux, la fourniture de médicaments, la mise à disposition de matériels médicaux et le transport sanitaire.

## 5. Développement<sup>135</sup>

Les établissements d'HAD ne sont pas soumis à des objectifs quantitatifs d'activité. Une fois qu'ils ont obtenu une autorisation d'implantation par l'Agence Régionales d'Hospitalisation, ils peuvent se développer librement sur un territoire donné.

Les établissements d'HAD peuvent être publics, PSPH (participant au service public hospitalier), privés lucratifs et être associés à un établissement de santé avec hébergement ou indépendants.

Tous les établissements d'HAD sont soumis aux mêmes obligations réglementaires et ont les mêmes financements.

## 6. HAD en Pays de La Loire<sup>135</sup>

Dans les Pays de La Loire on trouve des établissements d'HAD à : Angers, Cholet, La Roche-sur-Yon, Laval, Le Mans, Mayenne, Nantes, Saint-Nazaire et Château-Gontier.

En 2008, en Vendée, on comptabilisait 25862 journées d'HAD pour 100000 habitants.

## 7. Prises en charge actuelles<sup>135</sup>

Actuellement les principales pathologies prises en charge en HAD en France sont la cancérologie, les pathologies neuro-dégénératives, les traitements post-chirurgicaux complexes, les maladies infectieuses graves, l'ante et post-partum pathologique, et l'onco-pédiatrie (cette dernière indication semble rare en France)

Les soins délivrés se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes.

## 8. Organisation<sup>135</sup>

Tous les métiers de santé peuvent être représentés, ils interviennent de façon coordonnée. Le médecin traitant est responsable de la prise en charge médicale du patient. L'équipe de coordination de l'HAD est le lien entre le malade et les différents professionnels de santé intervenant au domicile du patient.

Le projet thérapeutique est élaboré de façon concertée par le médecin traitant, les médecins hospitaliers et le médecin coordonnateur.

Ce dernier est le référent médical de l'établissement d'HAD. Il veille à la bonne transmission des informations et au bon accomplissement des actes.

L'infirmière de coordination assure la coordination des soins auprès des personnels paramédicaux.

L'équipe en charge des soins est composée de professionnels salariés de la structure ou libéraux, elle se compose, selon les besoins du patient : d'infirmières, d'aides-soignantes, de masseurs kinésithérapeutes, de sages-femmes, d'orthophonistes, de diététiciennes, de podologues pédicures et, ou d'ergothérapeutes.

Une équipe psychosociale peut apporter un soutien social, psychologique et administratif au patient.

### **B. HAD Vendée : échanges avec le Dr Moreau, directrice de l'HAD Vendée**

L'HAD Vendée est un établissement de santé géré par une association et composée de structures représentatives de santé à domicile et des centres hospitaliers de Vendée. Elle a été créée en 2001 et est en activité depuis 2003.

Les professionnels intervenant au domicile sont les partenaires de proximité : médecin traitant, infirmiers libéraux ou du centre de soins infirmiers, pharmacien, masseur kinésithérapeute, aides-soignants, auxiliaire de vie sociale ...

Inscrit dans la démarche qualité, HAD Vendée a été accréditée en mai 2006 par la Haute Autorité de Santé.

Elle dispose de plusieurs instances : Conférence Médicale d'Etablissement (CME), Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) et la Commission de Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge (CRUQ).

Elle couvre actuellement les 3/4 du département avec une capacité de 100 places (annexe 3 : liste des communes couvertes).

Le territoire couvert est réparti en antennes, pour faciliter les relations entre les équipes HAD Vendée et les intervenants du domicile.

Chaque antenne possède un médecin coordonnateur et un infirmier coordinateur (annexe 4 : organigramme). Ceux-ci ont pour mission d'enregistrer les demandes d'hospitalisation à domicile, de contacter les intervenants de secteur, de coordonner les prises en charge, d'assurer leur qualité et de les évaluer chaque semaine.

L'accord du médecin traitant est nécessaire pour que cette prise en charge puisse se mettre en place. Le patient et sa famille doivent adhérer au projet thérapeutique.

#### La prise en charge HAD se déroule en plusieurs étapes :

- Demande d'hospitalisation par un professionnel de santé.
- Évaluation de la prise en charge par l'équipe de coordination HAD (rencontre avec les professionnels demandeurs et visite de pré-admission auprès du patient et de sa famille).
- Organisation de l'admission en HAD : Une concertation entre le médecin coordonnateur HAD Vendée, le médecin traitant et le médecin hospitalier permet l'élaboration du projet thérapeutique.
- Le médecin adresseur envoie les prescriptions à l'HAD, précisant le matériel et le traitement nécessaires au domicile ainsi que l'intervention des professionnels de santé. Si le patient était hospitalisé, un double du courrier de sortie est transmis au médecin coordonnateur de l'antenne HAD Vendée concernée. L'équipe de coordination HAD Vendée contacte les professionnels du domicile choisis par le patient, planifie les interventions, évalue le matériel nécessaire et transmet les prescriptions au pharmacien.
- L'HAD Vendée organise une réunion de coordination au domicile du patient, pour finaliser le projet thérapeutique.
- Au domicile : le dossier patient permet la traçabilité des soins. Ce dossier suit le patient lors de ses différentes consultations et, ou hospitalisations. L'équipe HAD suit le projet thérapeutique et coordonne les soins.

La permanence téléphonique est assurée par un infirmier coordonnateur de l'HAD Vendée, 24H/24 et 7j/7.

Une fiche résumant l'état de santé et les prescriptions du patient, rédigée par le médecin coordonnateur, est transmise au centre de régulation des appels (centre 15).

### **C. Cadre législatif**

#### **1. Textes de références :**

Articles L. 6121.1 et L. 6121.2, articles L.6122-1 et 6122-2 du Code de la Santé Publique modifiés par l'ordonnance du 4 septembre 2003 ;

Articles R. 712-2-1 et R. 712-2-3, D.712-35 à 39 du Code de la Santé Publique ;

Circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile et circulaire du 11 décembre 2000 complémentaire précisent le rôle et le fonctionnement de ces structures et donnent des indications sur les patients qui peuvent relever de cette prise en charge.

Circulaire DHOS n°2003-485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification administrative et du fonctionnement du système de santé. Elle fait évoluer le statut de l'HAD en énonçant que « la carte sanitaire n'est plus opposable aux structures de l'hospitalisation à domicile ». Elle met aussi fin au « taux de change ».

Circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. Elle fait le constat que « la spécialisation des structures se développe » et qu' « elle paraît inévitable pour certains secteurs comme la psychiatrie et la périnatalité ». Cette circulaire développe les rôles, les objectifs et les modalités de prise en charge en HAD psychiatrique.

Circulaire DHOS/03/2006/506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Elle rappelle son mode d'organisation et ses missions. Elle énonce aussi que « toute structure HAD peut développer en son sein des compétences propres, des expertises sur

des disciplines particulières dominantes (...) ces interventions étant assurées par des personnes spécialisées ».

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (Loi HPST).

Pour approfondir les obligations, missions et organisation de notre projet, nous allons développer notre lecture de la circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004. Si cette circulaire a pu fixer un cadre, prenant en compte les particularités de la discipline, des clarifications apparaissent aujourd'hui indispensables, dans la mesure où l'utilisation du terme « HAD » a souvent été abusive. Puis nous dirons quelques mots de la loi HPST.

## **2. Circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile<sup>138</sup>**

Le Code de Santé Publique (art. R. 712-2-1) définit les structures d'HAD comme des « structures permettant d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » .

Il s'agit donc de soins coordonnés, au chevet du malade, faisant intervenir plusieurs professionnels, de spécialités ou de disciplines différentes et de modes d'exercice différents, la coordination entre ces différents intervenants étant assurée par un médecin coordonnateur.

Les soins sont régulièrement réévalués et l'état du patient fait l'objet d'une évaluation médicale régulière. Ainsi la prise en charge est adaptée de façon continue pour être au plus près des besoins du patient.

La charge de soins est importante et pluridisciplinaire. L'intensité des actes et des interventions au chevet du patient permet de distinguer la prise en charge en HAD des autres modes de prise en charge à domicile.

La continuité et la permanence des soins sont assurées par la tenue et la circulation du dossier médical.

Les soins délivrés en HAD pose le principe de la polyvalence, permettant de se préserver d'un morcellement de l'offre de soins et d'éviter les cloisonnements entre services.

La circulaire fait le constat que progressivement la spécialisation des structures d'HAD se développe, répondant alors à des pathologies complexes ou à la demande des patients.

« Elle paraît inévitable pour certains secteurs comme la psychiatrie et la périnatalité. Une telle approche pourra être développée en fonction des orientations du SROS et des besoins de santé régionaux. »<sup>138</sup>

L'HAD est prescrite pour une durée limitée, mais qui est renouvelable (art. R. 712-2-1).

Le projet thérapeutique est établi par l'équipe médicale pour chaque patient. Il comprend toutes les différentes facettes de la prise en charge : médicale, sociale et psychologique.

L'HAD peut se situer en amont ou en aval de l'hospitalisation, constituant ainsi un relais soit vers un retour à domicile normal soit vers une prise en charge par un réseau de soins soit vers une hospitalisation complète.

L'intervention d'un réseau important d'acteurs différents nécessite de réfléchir et de préciser le rôle de chacun, les modalités de liaison entre eux, les modalités de ré-hospitalisation et les modalités de prise en charge en urgence.

Les projets d'HAD doivent être inscrits dans le projet d'établissement.

La place du médecin traitant doit être précisée et préservée et cela malgré une spécialisation de certaines activités. La place des autres intervenants libéraux doit faire l'objet d'une définition et d'une formalisation.

La transmission de l'information relative au patient doit être assurée dans les conditions de sécurité en vigueur.

Les équipes d'HAD ont un rôle de formateur auprès des professionnels libéraux et des stagiaires.

*Concernant l'HAD en psychiatrie : cahier des charges de la prise en charge en HAD en psychiatrie*<sup>138</sup>

La Circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile L'HAD en psychiatrie rappelle que: comme toute hospitalisation en psychiatrie, l'HAD psychiatrique est soumise à des dispositions qui lui sont propres (art. R. 712-2-2 du Code de Santé Publique).

Ainsi l'article L.3221-4 du Code de Santé Publique prévoit que les services et équipements de lutte contre les maladies mentales mis en œuvre par un établissement assurant le service public hospitalier, exercent leurs missions non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

Le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à l'organisation de la sectorisation psychiatrique précise en son article 9 que les actions de ces établissements sont « assurées notamment (...) à la résidence des patients ».

L'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques n'inclut pas l'HAD dans l'indice global de besoin afférent aux équipements de psychiatrie : leur autorisation n'implique donc pas de gage de lits d'hospitalisation complète sur la carte sanitaire de psychiatrie.

Cette circulaire présente les objectifs et le cadre que doit respecter l'HAD psychiatrique : L'HAD en psychiatrie a pour rôle d'apporter au patient, à son domicile, des soins coordonnés, d'une particulière intensité. Des objectifs plus spécifiques sont poursuivis pour la prise en charge de la relation mère-bébé.

La prise en charge en HAD psychiatrique s'articule autour d'une équipe identifiée par le patient, en collaboration avec les professionnels extérieurs (professionnels de santé libéraux, travailleurs sociaux, professionnels de l'aide sociale à l'enfance, de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire, de la protection judiciaire de la jeunesse).

L'intervention de l'équipe d'HAD psychiatrique doit être principalement centrée sur le domicile du patient ou le substitut de domicile.

« L'intervention d'un membre de l'équipe au titre de l'HAD est au moins quotidienne en psychiatrie générale, voire pluri-quotidienne. En psychiatrie infanto-juvénile, cette fréquence ne peut être inférieure à 3 interventions par semaine. Les évaluations médicales sont au moins hebdomadaires. »<sup>138</sup>

La prise en charge doit être limitée dans le temps, mais elle peut être renouvelable.

Les équipes d'HAD sont tenues de garantir la permanence et la continuité des soins (7 jours sur 7, 24 heures sur 24) sur la base d'une organisation permettant une réponse lisible et effective pour le patient et son entourage (notamment face à des situations d'urgence et de crise). La mise en place d'un dossier partagé garantit alors la circulation et la protection des informations relatives au patient.

Il convient que les équipes d'HAD psychiatrique organisent et formalisent des relais téléphoniques vers d'autres structures (structures de secteur, service d'urgences ou de pédiatrie).

Au-delà et en fonction des moyens disponibles, il convient de permettre l'intervention à domicile de soignants et, ou le recours au psychiatre de garde ou d'astreinte.

La prise en charge en HAD psychiatrique repose sur un projet de soin individuel prenant en compte les dimensions somatique et sociale. Il doit être élaboré et régulièrement réévalué par l'équipe d'HAD psychiatrique avec le médecin prescripteur et le médecin traitant du patient.

Sur le plan institutionnel, afin de garantir une organisation de soins lisible pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de même que pour les patients et leur entourage, la formalisation d'un protocole de fonctionnement permet de préciser :

- les principes généraux du fonctionnement médical (modalités d'admission, fréquence et lieux d'intervention, organisation de la permanence des soins, modalités de sortie) ;
- le rôle du médecin coordonnateur ;
- l'organisation générale des interventions du personnel
- les modalités de coordination internes et externes.

Celui-ci est remis à chaque patient à son admission.

L'équipe comprend un médecin coordonnateur, de préférence psychiatre, qui veille à la permanence et à l'adéquation des soins en collaboration avec un cadre de santé.

Des temps de synthèses doivent être organisés avec les intervenants extérieurs. Le travail en réseau est privilégié notamment, dans notre cas, avec le réseau périnatalité.

### **3. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires<sup>139</sup>.**

La loi HPST votée en juillet 2009, accorde à l'hospitalisation à domicile une place spécifique dans le paysage hospitalier. Elle définit le domicile comme un lieu possible d'exercice des missions des établissements de santé.

Elle reconnaît l'HAD comme une modalité d'hospitalisation à part entière. Elle protège l'appellation HAD d'éventuels abus dans l'utilisation du terme « hospitalisation à domicile ».

Le champ d'application de l'HAD est élargi : ainsi le domicile est étendu à l'ensemble des structures médico-sociales avec hébergement.

Cette loi permet aussi un assouplissement des règles de gestion du médicament et des règles de rémunération des professionnels de santé libéraux intervenant en HAD.

Elle donne à l'HAD une place particulière au sein des territoires de santé, grâce aux liens noués avec les différents professionnels hospitaliers ou libéraux ainsi que dans la dimension médico-sociale.

#### **D. Réunion de travail avec le Dr E.Hubert (Présidente de la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) et ancien ministre de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie)**

L'HAD est une activité de soin en tant que telle et n'est en aucun cas un substitut de l'ambulatoire. La circulaire de décembre 2006 la définit comme une structure « généraliste et polyvalente » et ainsi elle ne peut être « spécialisée ».

La création d'HAD spécialisées pourrait entraîner un morcellement de la prise en charge du patient par différentes structures au risque de perdre la vision globale du patient.

L'HAD est une prise en charge intensive qui n'est légitime que dans des situations qui relèveraient d'une hospitalisation classique, ainsi elle n'a pas vocation à prendre en charge des situations comme l'ante ou le post-partum physiologiques.

La structure HAD a un rôle essentiellement de coordination des soins. Ceux-ci peuvent être réalisés par des professionnels paramédicaux libéraux ou des hôpitaux (publics ou privés).

Ainsi nous avons plusieurs possibilités :

Créer une structure HAD spécialisée au sein du centre Winnicott, mais devant garder une vision globale du patient.

Créer les conditions d'une possibilité d'intervention spécifique pédo-psychiatrique mère-bébé au sein de l'HAD Vendée dans le cadre des partenariats en cours de l'HAD Vendée avec les établissements de santé du département. Les soins psychiatriques seraient réalisés par les soignants du centre Winnicott. En effet, ces soins sont spécifiques et nécessitent d'être réalisés par des soignants ayant les connaissances et l'expérience de la psychiatrie et des troubles de la relation mère-enfant. Les consultations pédo-psychiatriques peuvent se dérouler soit au centre D. Winnicott soit au domicile. L'équipe de l'HAD Vendée aurait un rôle de coordination et assurerait la prise en charge globale des patients (faisant intervenir pédiatre, puéricultrices, gynécologues obstétriciens, sages-femmes...selon les besoins). C'est elle qui prendrait les contacts avec les différents intervenants, qui recueillerait l'accord des patients et mobiliserait les différents acteurs.

Dans le souci de garder une vision globale du patient, cette solution nous semble la plus adéquate. Le problème qui se pose est un problème de financement, la psychiatrie n'étant pas financée à la TAA (tarification à l'acte).

Il est aussi important de prendre en compte les distances. Nous devons adapter notre zone géographique d'intervention aux moyens qui nous seront alloués.

Pour expliciter l'intérêt de notre projet il nous faudra identifier les besoins et bâtir des projets de soins sur des cas cliniques.

### E. L'hospitalisation à domicile psychiatrique mère-bébé actuellement en France

Informations recueillies, par email ou par téléphone, auprès des différentes Unités Mère-Bébé en France et à partir du site Internet de la société Marcé Francophone<sup>140</sup>. État des lieux de décembre 2008.

<u>Ville</u>	<u>Temps plein</u>	<u>Hôpital de jour</u>	<u>Hospitalisation à domicile</u>
Aix-en-Provence	Non	Oui	
Albi	Oui		
Besançon	Oui		Non, mais travail en lien avec le service HAD de la maternité.
Bordeaux	Oui		
Brumath	Oui	Oui	Non, mais VAD
Créteil	Oui		Non. VAD ponctuels
Erstein	Non	Oui	Non
La Roche-sur-Yon	Non	Oui	Projet
Le Vésinet	Oui		Non
Lille	Oui		Non
Limoges	Oui		Non
Lyon Bron	Non	Oui	Non
Lyon-Monplaisir	Oui	Oui	
Marseille	Oui	Oui	Non, mais VAD et souhait de relancer l'HAD
Montesson	Oui		Non mais VAD
Montfavet	Non	Oui	Oui
Nantes	Oui	Oui	Non, mais VAD
Paris	Oui		Non, mais équipe mobile petite enfance réalisant des consultations à domicile en

			périnatalité
Poitiers	Oui		
Rennes	Non	Oui	Non
Saint Cyr l'Ecole	Oui		
Saint Denis	Non	Oui	
Saint Malo	Non	Oui	Non, mais équipe mobile se rendant à domicile
Strasbourg	Oui		En projet
Villejuif	Oui		Non

### 1. Expérience d'HAD en pédopsychiatrie à Montfavet

Ce dispositif a été créé sur Montfavet en mars 1971, à une période où le service de pédopsychiatrie du Centre hospitalier de Montfavet ne fonctionnait qu'en hospitalisation temps plein et où les lits étaient occupés par des enfants ayant des pathologies très lourdes.

Le projet de création s'appuyait sur l'article 4 de la réforme hospitalière de 1970 : « les services hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve de consentement du malade et de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ». Dénommé « service de soins à domicile » à l'origine, il s'est ensuite appelé: « service de traitement en milieu naturel » ou « service de traitement en milieu ouvert ».

Le principe thérapeutique de cette hospitalisation à domicile repose sur l'établissement d'une relation transférentielle qui se met en place par un travail soutenu et personnalisé du soignant auprès de l'enfant et de sa famille. Le lien thérapeutique est ensuite repris et analysé en équipe. Le soignant peut alors s'y appuyer pour engager, par son intervention une modification des attitudes des uns et des autres, qui va aboutir à une amélioration de la pathologie. <sup>141</sup>

## ***Organisation<sup>141</sup>***

Le temps de prise en charge par le soignant référent est de 6 h par semaine. Ce temps est fractionné en deux ou trois séances par semaine.

L'hospitalisation à domicile est organisée en petites structures implantées au plus près de la population desservie, facilitant alors l'accès aux soins. Les équipes sont constituées de trois ou quatre soignants, infirmiers ou éducateurs, d'un cadre soignant, d'un médecin référent, d'un psychologue, d'une assistante sociale et d'une secrétaire. Les orthophonistes et psychomotriciennes interviennent à la demande.

### *Les indications :*

Elles sont larges :

- Les troubles graves de la relation mère-enfant
- Les troubles graves du développement psychoaffectif
- Les troubles graves du caractère.

M. Paillot (cité par M. Anicet<sup>141</sup>), en 1993, excluait les psychoses infantiles graves qui mettent en danger le milieu naturel et les psychoses de l'adolescent qui relèvent d'une hospitalisation de jour ou temps plein. Cependant, un travail de préparation de la famille et de l'enfant à l'hospitalisation peut être réalisé dans ce cadre.

## ***Spécificité de l'unité mère-bébé<sup>141</sup>***

L'hospitalisation à domicile, mère-bébé a été mise en place en 1990 avec comme moyen humain deux infirmières temps plein.

Les indications en étaient les pathologies maternelles et les troubles relationnelles.

Puis en 1991, s'est ouverte une place d'hospitalisation mère-bébé en temps plein.

En 1992 le pavillon mère-bébé a été créé avec deux places temps plein et une place en hôpital de jour.

L'hospitalisation temps-plein permet une prise en charge intensive des troubles relationnels graves, lorsque les troubles présentés par la mère sont importants ou font courir un risque à l'enfant. Elle permet ainsi de gérer la crise sans séparer le bébé de la mère.

L'hospitalisation de jour peut être mise en place lorsqu'une prise en charge discontinuée est suffisante.

L'hospitalisation à domicile permet de traiter les troubles relationnels en étroite collaboration avec l'entourage. Elle est particulièrement indiquée lorsqu'il y a des fratries en bas âge ou pour les femmes enceintes ne pouvant se déplacer.

Le projet est évalué au cas par cas. La structure est souple permettant facilement le passage d'hôpital de jour en HAD et inversement.

La durée de passage du soignant peut être longue, parfois une demi-journée.

Actuellement l'HAD est délaissée au profit de l'hospitalisation de jour. Le docteur M. Anicet émet plusieurs hypothèses : « Peut-être l'hospitalisation de jour garantie -t-elle plus de sécurité pour l'enfant ? ou est-ce plus confortable pour les soignants ? De plus il semble que les mères acceptent facilement de quitter leur domicile où souvent elles se sentent enfermées avec leur bébé pour se retrouver dans le cadre rassurant de l'unité ». <sup>142</sup>

## 2. **L'expérience de Denain :** <sup>143</sup>

L'HAD du service de pédopsychiatrie 59 I 10 du centre hospitalier de Denain a été créée en 1985. Elle s'adresse à une population pour laquelle l'accès aux soins classiques est difficile, c'est-à-dire les familles dites à « problèmes multiples ». En effet, la démarche psychiatrique traditionnelle, consistant à attendre une demande du patient, s'est avérée insuffisante et ne pas répondre aux besoins de la population dans la mesure où une large partie de celle-ci ne faisait pas appel au C.M.P. C'est ce qui a conduit à la fondation de l'HAD.

Leur réflexion s'est axée sur la psychopathologie des familles dites à « problèmes multiples » et sur les particularités du travail à domicile.

Elle permet un travail au domicile auprès des bébés mais également dans les lieux de vie du bébé : crèches, nourrices, familles d'accueil, hôpital, écoles maternelles.

Son objectif est de prévenir les troubles précoces de la relation mère-enfant.

Le travail en réseau, notamment avec les partenaires travaillant dans le milieu de la petite enfance, a permis le développement de ce projet.

En 1992, une extension pour la prise en charge des nourrissons a été créée (10 places en plus des 15 existantes).

### ***Les objectifs***

Ils sont :

- D'améliorer l'accessibilité aux soins.
- De ne pas attendre une demande explicite verbalisée des familles, mais d'être attentif aux signes d'appel équivalant à une demande implicite d'aide.
- De proposer un cadre solide résistant aux attaques des liens.
- D'agir au sein de l'environnement familial et extra familial.
- De travailler en partenariat avec les équipes déjà présentes sur le terrain.

### ***L'équipe de soins :***

Elle se compose d'un médecin psychiatre, de deux psychologues à mi-temps, de deux infirmières de secteur psychiatrique, d'une infirmière puéricultrice, de deux éducatrices, une spécialisée et une de jeunes enfants, d'une psychomotricienne, d'un cadre infirmier commun au secteur, d'une secrétaire à temps partiel, d'un agent hospitalier. Il existe également dans le secteur un instituteur spécialisé. Au cours de chaque prise en charge, travaillent trois intervenants essentiels avec chacun un rôle défini, un intervenant principal, un intervenant psy et un intervenant médical.

### ***L'intervenant principal :***

Une infirmière psychiatrique, une éducatrice ou une psychomotricienne organise l'hospitalisation. Il intervient au domicile, dans l'environnement de la famille et dans les locaux de l'HAD. En lien avec les autres intervenants et le reste de l'équipe, il va essayer de réduire les clivages, la paralysie de la pensée, les passages à l'acte. Son implication physique et psychique assure la continuité du cadre et participe à son efficacité contenante.

### L'intervenant psy :

Psychologue ou psychiatre, il rencontre régulièrement l'enfant, la famille, en consultation ou au domicile. Il a un rôle d'écoute, d'observation et de compréhension. Il aide l'enfant et la famille à élaborer, à relier le passé à l'actualité et au vécu du traitement.

Son but est d'avoir un effet thérapeutique par le biais du transfert, mais aussi de comprendre certains éléments à mettre en commun avec ceux qui sont amenés par l'intervenant principal.

La vision et l'élaboration de la situation par deux intervenants ayant des rôles différents apporte une sorte de vision binoculaire de la situation.

### L'intervenant médical :

Le médecin responsable de l'unité, par une consultation en début de prise en charge, garantit l'indication médicale du traitement. Puis il peut assurer un suivi de loin en loin, en ne rencontrant l'enfant et sa famille qu'une ou deux fois par an. Il est responsable de toutes prises en charge et doit donc être informé de l'évolution de la situation du traitement.

Le but du travail thérapeutique se situe à deux niveaux : il permet l'analyse de la situation par deux personnes différentes ayant chacune une position différente et utilisant des techniques différentes. Il est important que chaque fonction soit remplie de la façon la plus claire possible. À chaque synthèse, le projet et l'intervention de chacun sont précisés afin que les débordements soient analysés et qu'un sens leur soit donné.

### ***Déroulement d'une prise en charge en hospitalisation à domicile à Denain :***

Pour ces familles, il s'agit souvent au départ d'une demande masquée, en effet cette demande est parfois non verbalisée directement, s'exprimant par des démarches répétées auprès de divers acteurs sociaux et médicaux (hospitalisations répétées, symptômes somatiques...).

L'HAD n'est alors médicalement prescrite que si la famille en accepte le principe.

Le professionnel qui a repéré la demande d'aide implicite, vient présenter la situation à l'équipe de l'HAD. Un temps d'analyse de la situation permet de réfléchir l'indication et l'adéquation de la prise en charge HAD.

Dans l'idéale la prise en charge commence au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse.

### *Les indications :*

- Les familles à détresses multiples et multifactorielles, à risque de carences affectives et éducatives.
- Les dysfonctionnements de la relation mère-bébé lorsqu'un suivi ambulatoire s'avère impossible et insuffisant, que les possibilités de suppléance familiale sont inexistantes.
- Les familles déprimées à la suite d'un événement traumatique, où le soin à l'enfant désigné ne serait pas suffisant.
- Les familles maltraitantes, ou à risque de maltraitance, où existe un phénomène de répétition transgénérationnelle sur lequel une action semble être possible.
- En cas de pathologie somatique ou psychiatrique grave de l'enfant avec d'importantes répercussions sur son développement relationnel.
- Les pathologies nécessitant un suivi intensif impossible au Centre Médico-Psychologique et où l'insertion sociale est importante à conserver.

La période d'observation comprenant au moins trois visites à domicile sur une à deux semaines de l'intervenant principal, et une consultation avec un psychologue ou un psychiatre, permet de prendre contact avec les familles, de créer l'alliance thérapeutique ; puis de faire une observation et une évaluation.

Au terme de cette période est évaluée la possibilité de travailler avec la famille : si une demande verbalisée n'est pas nécessaire, une absence de souffrance exprimée rend tout travail impossible. L'élaboration du projet de soin se fera lors d'une première synthèse suite à cette période.

Le projet de soin est ensuite présenté aux parents.

Il est proposé :

- Des visites à domicile par un ou deux intervenants au moins une fois par semaine.
- Des séances « en salle », dans les services d'HAD, à contenu concret (éducatif, ludique, corporel).
- Des contacts avec l'environnement de l'enfant (crèche, école) pour restaurer le lien famille-société.

- Des rencontres entre le psychothérapeute et la famille, au domicile de la famille ou dans le service HAD.

Au total, chaque patient bénéficie de 2 à 4 prises en charge par semaine.

Le soin repose sur des bases théoriques psychanalytiques.

La prise de notes détaillées est faite avec soin après chaque observation. Elle permet au soignant de retranscrire ce qu'il a pu observer et de mettre en mots les émotions parfois très archaïques qu'il a pu ressentir.

Régulièrement un temps d'élaboration en équipe permet la mise en commun du matériel d'observation et d'écoute des différents intervenants. Pendant ces temps l'équipe tente d'analyser la dynamique conflictuelle dans laquelle sont projetés les professionnels, qui reproduisent malgré eux les clivages, mécanisme psychologique prévalent dans les familles à problèmes multiples. Ce travail permet de déjouer l'attaque des liens et de maintenir le cadre. À chaque synthèse, une personne extérieure à la prise en charge rappelle le projet de soins et le cadre, exerçant alors une fonction tiercisante.

Le travail en équipe a aussi pour but d'éviter l'enfermement du thérapeute avec la famille ou en miroir de celle-ci.

Dans cette optique, sont organisées, en plus, des synthèses élargies avec d'autres partenaires médicaux et sociaux. Chaque équipe doit aider une autre à ne pas rompre la relation établie pour ne pas répéter les situations de rejet et d'abandon vécues par les familles.

### **3. L'expérience de Lille<sup>144</sup>**

L'équipe travaille avec comme arrière-plan le réseau « ombrelle », regroupant 11 maternités.

La structure HAD n'existe pas, mais il est à noter sur l'unité mère-bébé, l'existence de visites à domicile à une fréquence importante (facilement plus de 3 par semaine).

Ces visites à domicile sont mises en place le plus souvent à la sortie de la maternité et de la néonatalogie. Leur fréquence est d'au moins trois par semaine avec un relais téléphonique le reste du temps.

L'objectif de cette équipe est de pouvoir offrir un panel de dispositifs souple et adaptable.

### ***Les indications :***

- Bébés très vulnérables, que ce soit au niveau somatique ou relationnel, avec un contexte familial permettant difficilement les déplacements (fratrie nombreuse, jeune âge de la fratrie, grossesses multiples, femmes enceintes ne pouvant se déplacer...)
- Les troubles de la relation précoce quand le bébé est très jeune (moins de deux mois) avec passage à domicile de la puéricultrice et de la psychomotricienne. Le travail à domicile permet alors de mieux penser les conditions de pare-excitation.

Ces prises en charge ne présentent pas de difficultés si l'alliance avec les parents est présente. De plus le CHRU organise une HAD adultes (soins palliatifs), prénatale, et pédiatrique. L'équipe de pédopsychiatrie peut être amenée à y intervenir en périnatalité. Leur créneau de collaboration se limite alors à 2 indications pédiatriques: difficultés d'instauration des premiers liens et syndrome de sevrage.

#### **4. Projet de l'équipe de Strasbourg : échanges avec le Pr. Danion-Grilliat, le Dr Zimmermann et le Dr Vecchionacci. (Unité mère-nourrisson de Strasbourg)**

L'unité mère-bébé de Strasbourg dépend d'un service de psychiatrie adulte. Y interviennent donc un psychiatre d'adultes mais aussi un pédopsychiatre qui travaille en collaboration avec cette unité.

Dans ce service, le travail au domicile du patient est important, sous la forme de visites à domicile. L'idée de monter une HAD dans ce contexte date d'il y a déjà plusieurs années. Mais à cette époque, le projet fut freiné par la limitation du nombre de lits due au taux de change.

L'unité mère-nourrisson s'est ouverte au sein de ce service de psychiatrie adulte, il y a une dizaine d'années. Elle a actuellement une capacité de 4 lits (parfois 5 voire 6). Sa situation au sein d'un service de psychiatrie adulte permet l'accueil de pathologies lourdes, parfois en HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers).

À la sortie de cette unité, le suivi pédo-psychiatrique se fait sous forme de consultations avec des visites à domicile si nécessaires.

Le projet d'HAD de l'unité de Strasbourg est un projet du pôle, réunissant alors la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie. Il prévoit 4 lits mère-bébé, 1 lit adolescent (début de psychose, repli) et 5 lits adultes (pour les psychoses essentiellement).

Les objectifs de cette prise en charge HAD sont :

- La délivrance au domicile de soins individualisés, coordonnés et d'une particulière intensité.
- Le maintien ou le développement de l'autonomie du patient
- Son insertion ou sa réinsertion sociale.

Les indications pour les lits mère-bébé sont les dyades qui relèveraient d'une hospitalisation conventionnelle sur l'unité mère-nourrisson mais qui refusent cette hospitalisation, entre autres les dépressions névrotiques du post-partum et les femmes ne souhaitant pas quitter leur domicile (pour ne pas être séparée de leur famille).

L'HAD dans le cadre de l'unité mère-nourrisson aurait aussi pour objectif d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation standard, en offrant au domicile des patients, une prise en charge et des conditions de sécurité et de qualité des soins suffisantes pour le maintien au domicile.

L'HAD permettrait d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire et pluri professionnelle en coordonnant l'intervention d'acteurs différents.

Pour garantir une intensité des soins, l'HAD nécessiterait une équipe spécifique composée d'un médecin coordonnateur, d'infirmiers et d'aides-soignants. Elle pourrait aussi mobiliser d'autres intervenants comme des travailleurs sociaux, des éducateurs. Elle travaillerait en collaboration avec des professionnels extérieurs qu'ils soient médicaux, sociaux, éducatifs, de la protection maternelle et infantile...

L'intervention au domicile serait au moins quotidienne pour un membre de l'équipe et les évaluations médicales hebdomadaires.

La durée de cette prise en charge serait déterminée initialement en accord avec le patient et formalisée dans le projet thérapeutique individuel.

Ce projet thérapeutique serait individualisé. Il préciserait pour chaque patient la durée indicative de la prise en charge, la fréquence, le lieu, les horaires, les aides complémentaires et les modalités de recours du patient hors des heures d'intervention de l'équipe.

Le service HAD serait ouvert du lundi au vendredi, matin et après-midi et assurerait une couverture de 7h30 le samedi et le dimanche. Le reste du temps, un relais téléphonique serait assuré par l'accueil-urgences de la clinique psychiatrique. En cas de nécessité, l'HAD pourrait avoir recours à l'équipe extrahospitalière.

La coordination serait assurée par un médecin coordonnateur qui travaillera en collaboration avec un cadre de santé sur l'adéquation et la permanence des soins aux besoins des patients.

Tout en étant une unité individualisée au niveau des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, car apportant une prise en charge spécifique, cette unité d'HAD s'insérerait dans le réseau d'HAD que les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg mettront en œuvre, en offrant sa spécificité aux autres disciplines et en profitant de leurs prises en charge.

**. Le projet d'Hospitalisation à Domicile du réseau « Bien Naître » en Vendée.**

La création de places d'hospitalisation à domicile mère-bébé s'inscrit dans le Projet Médical de Territoire validé par la Conférence Sanitaire de novembre 2006. L'objectif de cette HAD est défini par ce projet de territoire : « pour étayer dans la cadre de vie familial la construction de la relation précoce parents-bébé sur l'ensemble du territoire »<sup>145</sup>.

Il a été validé ensuite par la Conférence Sanitaire du 20 février 2008 : « un dispositif de prise en charge de la relation parents-enfant précoce est instauré. Il s'agit principalement de favoriser les actions de prévention afin de limiter les situations de maltraitance des enfants. La Vendée a été le premier Centre régional mère-enfant, et à ce titre des besoins particuliers ont été identifiés notamment la nécessité de réaliser un entretien prénatal précoce au bout du 4ème mois de grossesse. La Projet Médical de Territoire (PMT) souhaite généraliser ces entretiens sur le département en partenariat avec les sages-femmes et les structures départementales de l'enfance et de la petite enfance. Le PMT envisage également de mettre en œuvre un dispositif d'hospitalisation à domicile mère-bébé pour étayer la construction de la relation mère-enfant. »<sup>146</sup>

### **A. Le projet d'établissement**

La mise en oeuvre d'un dispositif d'HAD mère-bébé a pour objectif d'apporter un étayage, dans le cadre de vie familial, à la construction de la relation mère-enfant, dans les troubles graves de l'interaction.

Cette structure va permettre de prendre en charge l'enfant et son entourage dans son environnement familial et social. Elle s'adresse aux situations requérant des soins coordonnés et intensifs. Elle centre son action sur l'ante et le post-partum pathologiques et travaille en collaboration avec le médecin traitant référent de l'enfant et les équipes de néonatalogie, de pédiatrie et de PMI (préférentiellement les maternités de niveau 2).

En permettant une intervention au domicile du patient, l'HAD favorise l'accès aux soins des patients et des familles fragiles qui n'ont pas recours aux structures de prise en charge traditionnelles.

La prise en charge d'une dyade en HAD repose sur un projet individuel, pour une période limitée et régulièrement réévaluée et réactualisée par les partenaires concernés par la situation. La continuité des soins est assurée par un relais téléphonique par l'équipe du centre Donald Winnicott.

Ainsi pour une même situation, l'HAD va permettre de mettre en œuvre les soins nécessaires et d'assurer une bonne coordination de l'ensemble des intervenants.

### ***Les indications***

Cette prise en charge s'adresse aux situations nécessitant des soins complexes et coordonnés. Elle comporte une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins techniques pluri-hebdomadaires. Le projet thérapeutique comprend les aspects cliniques et psychosociaux et inclut des dimensions préventives et éducatives pour l'enfant et son entourage.

Les indications principales en sont les pathologies de l'attachement ou de troubles graves des interactions mère-enfant. Ces troubles, s'ils ne sont pas pris en charge de façon suffisamment intensive, peuvent évoluer vers des troubles du développement psychomoteur et affectif.

### ***Les modalités thérapeutiques :***

Dans les cas les plus sévères de troubles de la relation, une simple prise en charge en psychothérapie mère-bébé ne suffit pas. Ces situations nécessitent une prise en charge plus intensive. L'hospitalisation à domicile permet alors un étayage de la fonction maternelle et la relance de la « capacité de rêverie » dont on sait l'importance dans le développement d'une interaction mère-bébé harmonieuse.

### ***Les moyens humains demandés :***

Des temps de praticiens hospitaliers, de secrétaire, de psychologue, de psychomotricienne, de sage-femme, d'infirmière-puéricultrice et d'infirmière.

## **B. Évaluation des besoins :**

Cette évaluation a été faite à partir des prises en charge en hôpital de jour et en visite à domicile sur les années 2008-2009 (données recueillies auprès de la Fédération de l'Information et de la Recherche Médicale du CHS Georges Mazurelle). (Annexe 5)

Nombre de dyades prises en charge en hôpital de jour : 43

Nombre de journées d'HDJ par dyade : 1 à 57

Nombre de « ruptures » : dyades arrêtant d'elles-mêmes rapidement la prise en charge : 4, ou dont la présence est égale ou inférieure à 10 (prise en charge de plus de 3 mois): 4

Nombre de dyades ayant bénéficié de VAD : 80

Nombre de VAD/an par dyade : de 1 à 18

Nombre de dyades ayant bénéficié de VAD mais pas d'HDJ (refus, impossibilité pour causes de places ou déplacement impossible) : 37

Ainsi sur 2 années : 45 dyades auraient pu relever d'une prise en charge en HAD (37+4+4)

## **C. Exemples de prise en charge HAD à partir des cas cliniques :**

### **1. Projet HAD pour Alfred:**

Dans ces familles dites « à problèmes multiples » ou « sans qualités », il est important de déjouer l'attaque contre les liens avec le personnel soignant, et de reconnaître leur difficulté à sortir de leurs lieux de vie, l'extérieur étant vécu comme dangereux. Ainsi pour qu'elles aient accès aux soins il faut aller vers elles. M. Lamour<sup>24</sup> insiste sur l'importance de « l'établissement d'une relation de confiance s'appuyant sur la stabilité des soignants et la continuité du cadre thérapeutique » dans la prise en charge de ces familles ; ce qui est rendu possible par le travail au domicile.

L'HAD permettrait d'apporter à cette famille des soins plus intensifs et continus, et donc plus contenant pour la maman et le bébé.

Les soins, dans cette situation clinique, ont souvent été interrompus du fait de la pathologie maternelle, les liens ont été à plusieurs reprises attaqués. L'HAD aurait permis de maintenir le lien et la continuité, favorisant la mise en place du fonctionnement psychique du nourrisson.

De plus aller au domicile permettrait aux soignants d'accéder à l'environnement de cette dyade pour y travailler directement, avec ses contraintes et non dans l'artificialité hospitalière. Devant la gravité des troubles de la relation précoce, il nous semble nécessaire qu'un soignant aille quotidiennement au domicile et à une fréquence minimum de 4 fois par semaine, avec au moins une visite de la psychomotricienne par semaine. Une consultation avec le pédopsychiatre à une fréquence hebdomadaire nous paraît nécessaire pour réévaluer le projet de soins.

L'objectif est d'apporter un étayage au domicile et de travailler directement au sein de l'environnement de cette famille avec le père, si possible. En parallèle l'hôpital de jour doit être maintenu pour aider cette maman à aller vers l'extérieur et à être en relation avec d'autres mamans dans un cadre sécurisant et contenant.

## **2. Projet HAD pour Mélanie:**

Il paraît important de pouvoir maintenir des soins pour ce bébé. Comme le rappelle A. Danion-Grilliat<sup>99</sup> : « La souffrance du nourrisson dans sa relation avec sa mère psychotique est évidente et n'est pas sans impact sur l'émergence de sa vie psychique ». Or dans cette situation, continuer les soins selon les modalités dont nous disposons actuellement n'a pu être possible.

L'objectif de l'hospitalisation à domicile serait de pouvoir maintenir le lien et les soins dans une prise en charge coordonnée et centralisée au sein d'une même entité, permettant d'apporter des soins plus contenant et rassurants à cette famille. La multiplicité des intervenants a probablement participé à ce que la famille se sente dévalorisée et persécutée par un extérieur déjà persécutant du fait de la pathologie psychiatrique des parents.

L'objectif de l'hospitalisation est de prévenir les effets néfastes de la pathologie maternelle sur le nourrisson et d'aider à la création de liens affectifs entre mère et enfant.

De plus l'HAD permettrait de mieux prendre en compte la présence et le rôle du père, ce qui est une des demandes de ce couple.

Il semble important de pouvoir aider ces parents dans l'individuation de leur enfant, et de pouvoir les aider à trouver chacun une place distincte dans la famille.

Par ailleurs le regard du soignant sur l'enfant réel permettrait aux parents de voir cet enfant, et à Mélanie d'exister dans sa réalité et d'accéder à un sentiment de continuité.

Dans cette situation le passage des soignants quotidiennement et au minimum trois fois par semaine avec passage de l'infirmière et de la sage-femme pour apporter des soins à la mère autour de ses angoisses corporelles nous paraîtrait adaptés. On pourrait envisager en plus le passage de la puéricultrice (1 fois par semaine) lorsque Mélanie présente des troubles digestifs. La consultation avec le pédopsychiatre 1 fois par semaine pour réévaluer le projet de soins semble nécessaire.

### **3. Projet HAD pour Nicolas :**

Pour cette jeune maman très déprimée et isolée et pour son bébé dont l'état s'aggrave au fil du temps, des soins plus intensifs que ceux qui sont réalisés auraient été nécessaires. L'hôpital de jour n'a jamais pu se mettre en place, Mademoiselle N ne s'y rendant pas. Une prise en charge en HAD au foyer nous semble nécessaire avec le passage de l'infirmière de pédopsychiatrie, de la psychomotricienne et d'une sage-femme apportant aussi des soins « maternants » pour Mademoiselle N.

La présence intensive de soignants auprès de cette maman et de son bébé très en souffrance a pour objectif d'étayer cette femme dans sa fonction maternelle et de la requalifier en tant que mère, tout en assurant une continuité des soins à l'enfant.

Ces soins créeraient ce que A. Danion-Grilliat<sup>99</sup> nomme « une métaphore maternelle temporaire » pour le bébé tout en aidant la maman à gagner « sa place de mère en faisant avec elle »<sup>99</sup>.

Devant la gravité des troubles de la relation précoce de cette dyade, le passage quotidien d'un soignant au domicile nous semble adapté, avec au minimum : 2 passages de l'infirmière, 1 passage de la sage-femme et 1 passage de la psychomotricienne par semaine. Une consultation avec le pédopsychiatre une fois par semaine nous paraît nécessaire pour réévaluer le projet de soins.

#### **4. Projet HAD pour Laura :**

Nous avons vu l'importance de soins intensifs pour les bébés de mamans souffrant de syndrome dépressif.

Cette situation a nécessité une prise en charge intensive durant les derniers mois de grossesse et dans les jours suivant l'accouchement. Le soignant a ici une fonction de soutien et de requalification de la fonction maternelle.

La mère doit être maternée par l'équipe soignante et étayée dans ses capacités maternelles.

Mais il est aussi important de penser à ce bébé, de le faire exister dans sa réalité et ainsi de créer une continuité du regard, regard pas uniquement visuel.

Le père semble, dans cette situation, être contenant pour son bébé et présent dans les soins de Laura. Il aurait été intéressant de pouvoir travailler avec lui. En effet « le père joue un rôle essentiel pour reconnaître son épouse comme la mère de son enfant et soutenir l'étayage des premiers liens mère-enfant »<sup>99</sup>.

Il nous semble que le passage des infirmières devrait être quasi quotidien et au moins 4 fois par semaine au domicile avec par exemple 2 passages de l'infirmière, 1 passage de la sage-femme et 1 passage de la psychomotricienne, en ante et en post-partum avec une consultation par semaine avec le pédopsychiatre.

#### **D. Le projet actuel**

Le projet actuel est de créer une spécificité pédopsychiatrique mère-bébé au sein de la structure HAD Vendée. L'HAD Vendée aurait un rôle de coordination des soins dans une prise en charge globale de la dyade. Ainsi elle permettrait aux mamans et à leur bébé de pouvoir bénéficier au domicile des soins pluridisciplinaires, à la fois pédopsychiatriques mais aussi somatiques (gynécologique, pédiatrique...).

Les soignants apportant les soins pédopsychiatriques seraient des soignants du centre D. Winnicott, donc dépendant du CHS G. Mazurelle. Ces soignants auraient la double appartenance HAD et centre D.Winnicott, leur permettant de garder une spécificité pédopsychiatrique et un lien avec le travail réalisé au centre D. Winnicott.

De plus cette double appartenance permet aux dyades prises en charge conjointement ou successivement en HAD et en HDJ de garder les mêmes soignants référents.

Les équipes de l'HAD et de Georges Mazurelle concernés par ces situations, se rencontreraient régulièrement pour permettre de coordonner et réévaluer les soins. Ce temps est aussi un temps d'élaboration en équipe pour permettre d'analyser la dynamique conflictuelle dans laquelle sont projetés les professionnels, qui risquent de reproduire les clivages, mécanisme psychologique présent dans certaines familles.

## **. Conclusion**

Depuis plusieurs années des expériences de soins au domicile sur les troubles de la relation mère-bébé ont pu être menées en France et à l'étranger, et chacune a montré l'intérêt de ce travail sur l'évolution de cette relation et le développement du bébé.

Les questionnements que nous avons soulevés dans cette thèse sur la place d'un tel dispositif et du travail au domicile en périnatalité est un questionnement que de nombreux professionnels intervenants auprès des mères et de leurs bébés se posent actuellement. Ainsi un congrès s'est tenu récemment à Marseille<sup>147</sup> ayant pour thème : « intervenir au domicile en psychiatrie périnatale ». Il réaffirmait la nécessité d'interventions « personnalisées, coordonnées et cohérentes » dans cette période particulière qu'est la périnatalité.

Il engageait aussi à penser les articulations entre le public, le privé et l'intime, l'intervention à domicile interrogeant les problématiques de dedans/dehors et de patients/professionnels d'une façon qui questionne le cadre institutionnel de l'intervention, l'identité du professionnel, et au-delà de son mandat, son positionnement personnel.

Nous avons souligné au cours de ce travail l'intérêt d'une telle modalité de soins pour certaines de ces familles qui souvent ne sont pas en capacité de pouvoir maintenir un suivi ambulatoire suffisant ou refusent une hospitalisation traditionnelle.

Mais il est important de rappeler que l'HAD est une formule de soins qui doit être différenciée du travail au domicile classique notamment par son intensité. C'est pourquoi elle ne semble légitime que dans des cas qui, s'ils n'étaient pris en charge en HAD, échapperaient aux soins et verraient leur état se dégrader.

Les indications en sont donc limitées à des situations de troubles sévères de la relation mère-bébé pour qui une hospitalisation standard est impossible (souvent par refus des patients). Or, pour ces dyades, les prises en charge ambulatoires traditionnelles ne sont pas suffisantes. C'est dans ces cas-là que l'HAD nous semble particulièrement indiquée. De plus le travail au domicile du patient permet une meilleure appréhension du cadre habituel de la relation parents-bébé et du contexte familial.

Pour respecter l'une des particularités de l'HAD, celle d'être une prise en charge globale du patient, il nous semble intéressant d'inscrire cette activité dans le cadre de l'HAD Vendée déjà existante dont elle viendrait compléter et enrichir la palette de réponses thérapeutiques. En effet il nous semble important que les soins soient apportés par des soignants formés et expérimentés en psychiatrie et dans le champ des troubles de la relation précoce.

Ce type de prise en charge nécessite un ancrage institutionnel suffisamment solide et présent, au sein d'une équipe spécialisée pour permettre un travail d'élaboration et d'analyser la dynamique conflictuelle dans laquelle les professionnels sont projetés. Ce temps de réflexion en équipe permet de déjouer l'attaque des liens (attaque contre la liaison entre les idées, contre l'activité mentale mais aussi contre la liaison du sujet avec autrui) et de maintenir le cadre. Ainsi la double appartenance de ces soignants HAD/ mère-bébé est nécessaire.

À une heure où chacun mesure combien le dispositif sanitaire français gagnerait à développer des stratégies de dépistage et de prises en charge précoces, cette formule de soins paraît devoir faire partie de l'arsenal thérapeutique essentiel du dispositif de soins.

## **. Annexes**

### **A. Annexe 1 :Spirale transactionnelle. M. Lamour, M. Barraco.<sup>24</sup>**

-----

**B. Annexe 2 : Auto-questionnaire de dépistage de la dépression post-partum :**

**Edinburgh Postnatal Depression Scale**

Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the french version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry. 1998 ; 13 : 83-89.

1. Dans les sept derniers jours, j'ai été capable de rire et de voir le bon côté des choses

0 Autant que d'habitude

1 Pas tout à fait autant que d'habitude

2 Moins souvent que d'habitude

3 Pas du tout

2. J'ai été dans l'attente heureuse des événements à venir

0 Plus que jamais

1 Un peu moins qu'avant

2 Vraiment moins souvent qu'avant

3 Presque jamais

3. Je me suis adressée des reproches inutiles quand les choses allaient mal

3 Oui, presque toujours

2 Oui, parfois

1 Pas souvent

0 Non, jamais

4. J'ai été anxieuse ou préoccupée sans raison valable

0 Non, pas du tout

1 Presque jamais

2 Oui, parfois

3 Oui, très souvent

5. J'ai été effrayée ou paniquée sans raison valable

3 Oui, souvent

2 Oui, parfois

1 Non, pas très souvent

0 Non, pas du tout

6. Je suis dépassée par les événements

3 Oui, la plupart du temps

2 Oui, parfois

1 Non, presque jamais

0 Non, pas du tout

7. J'ai été si malheureuse que cela m'empêche de dormir

3 Oui, la plupart du temps

2 Oui, parfois

1 Pas trop souvent

0 Jamais

8. Je me suis sentie triste ou malheureuse

3 Oui, la plupart du temps

2 Oui, assez souvent

1 Parfois

0 Jamais

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

3 Oui, la plupart du temps

2 Oui, assez souvent

1 Parfois

0 Jamais

10. J'ai eu l'idée de me faire du mal

3 Oui, assez souvent

2 Parfois

1 Presque jamais

0 Jamais

TOTAL

**C. Annexe 3: Liste des cantons couverts par HAD Vendée.**

- Chaillé
- Challans
- Chantonay
- Fontenay le Comte
- La Châtaigneraie
- La Mothe Achard
- La Roche sur Yon
- Legé
- Le Poiré sur Vie
- Les Essarts
- Les Sables d'Olonne
- L'Herminault
- L'île d'Yeu
- Luçon
- Machecoul
- Maillezais
- Mareuil sur Lay
- Montaigu
- Moutiers les Mauxfaits
- Noirmoutier en l'Ile
- Palluau
- Rocheservière
- Saint Fulgent
- Saint Gilles Croix de Vie
- Saint Hilaire des Loges
- Saint Jean de Monts
- Sainte Hermine
- Talmont Saint Hilaire

## **D. Annexe 4 :Organigramme de l'HAD Vendée**

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (LZW)  
sont requis pour visionner cette image.

**E. Annexe 5 :Dyades ayant bénéficiées d’HDJ et/ou de visites à domicile sur les années 2008-2009. Données recueillies auprès de la FIRM (Fédération de l’Information et de la Recherche Médicale) de l’Hôpital Georges Mazurelle.**

BB en 2008		Actes À DOMICILE en 2008
A2	HJ du 17/12/07 au 28/08/09	18
B3	HJ du 19/10/07 au 04/07/08	10
B6	HJ du 14/03/07 au 10/04/08	8
C1	HJ/CA du 01/02/08 au 18/07/08	9
C3	-	5
C5	HJ depuis le 23/10/08	6
C4	-	9
C7	-	6
C8	HJ du 20/07/06 au 20/01/09	13
C10	HJ du 24/05/07 au 17/07/08	12
C11	-	2
D2	HJ du 16/09/08 au 23/06/09	4
D3	HJ du 18/11/08 au 05/05/09	4
D4	HJ du 19/03/08 au 09/12/09	13
E2	-	9
E3	-	3
F1	HJ/CA du 01/02/08 au 18/07/08 + HTP du 01/09/08 au 01/10/09	7
F3	-	9
F4	HJ du 21/03/08 au 27/06/08	4
F5	HJ du 08/09/08 au 22/06/09	3
G2	HJ du 19/07/06 au 17/12/08	21
G4	HJ du 03/03/08 au 16/02/09	10
J1	-	8
J2	-	3
K1	HJ du 12/09/06 au 27/05/08	14
L1	HJ du 19/10/07 au 25/06/08 + du 15/10/08 au 19/11/08	16
L2	-	5

L3	-	1
L5	HJ du 05/07/07 au 08/01/09	11
L7	HJ du 24/10/07 au 06/02/08	16
L8	-	4
M1	-	3
M2		
M3	HJ depuis le 09/04/08	13
M5	HJ du 22/05/08 au 25/06/09	9
N2	HJ du 24/04/07 au 15/04/08	10
P3	HJ du 16/02/09 au 31/08/09	1
R1	HJ du 28/01/08 au 09/03/09	15
R2	HJ du 17/12/07 au 28/01/08	1
R4	HJ depuis le 04/06/08	14
S3	HJ du 19/10/07 au 11/04/08 + du 06/06/08 au 04/07/08	16
S4	-	3
T1	-	3
T3	-	9
T4	HJ du 06/11/07 au 24/06/08	11
W1	HJ du 11/05/07 au 29/06/07	4

BB L07 en 2009	Actes À DOMICILE en 2009	CIM10
A1		Z004
A2	HJ du 17/12/07 au 28/08/09	F930
B1	-	Z004
B2	HJ depuis 19/06/09	F844
B3	HJ du 19/10/07 au 4/07/08	F930
B4	-	Z004
B5		Z004
B6	HJ du 14/03/07 au 10/04/08	Z004
C2	-	Z004
C4	-	-
C5	HJ depuis le 23/10/08	Z004
C6	HJ depuis 16/09/09	Z004
C7	-	Z004
C8	HJ du 20/07/06 au 20/01/09	F83
C9	HJ depuis le 23/07/09	Z004
C10	HJ du 24/05/07 au 17/07/08	Z004
D1	HJ depuis le 15/09/09	-
D2	HJ du 16/09/08 au 23/06/09	F901
D3	HJ du 18/11/08 au 05/05/09	Z004
D4	HJ du 19/03/08 au 09/12/09	Z004
D5	HJ depuis le 16/10/09	Z004
D6	HJ depuis le 16/05/09	Z004
E1	HJ depuis le 17/09/09	Z004
E2	-	12Z004

E4	-	3	-
F2	-	1	-
F5	HJ du 08/09/08 au 22/06/09	4	Z004
F6	-	1	Z004
G1	-	3	-
G2	HJ du 19/07/06 au 17/12/08	21	Z004
G3	HJ du 16/10/09 au 20/11/09	1	Z004
G4	HJ du 03/03/08 au 16/02/09	1	Z659
G5	-	3	-
G6	-	2	-
G7	-	14	Z004
J1	-	11	Z004
K1	HJ du 12/09/06 au 27/05/08	7	Z004
L1	HJ du 18/02/09 au 13/05/09	4	Z004
L2	-	14	Z004
L3	-	13	Z004
L4	-	9	Z004
L5	HJ DU 05/07/07 AU 08/01/09	19	Z004
L6	HJ depuis le 18/05/09	10	Z004
L7	HJ du 24/10/07 au 06/02/08	1	Z004
M2	HJ du 27/04/09 au 27/04/09	1	Z004
M3	HJ depuis le 09/04/08	17	Z004
M4	-	14	Z004
M5	HJ du 22/05/08 au 25/06/09	7	F519
N1	-	5	Z004
N2	HJ du 24/04/07 au 15/04/08	9	Z004
O1	HJ depuis le 01/10/09	9	Z004
P1	-	1	F88
P2	HJ depuis le 18/11/09	17	F321
P3	HJ du 16/02/09 au 31/08/09	19	Z004
R1	HJ du 28/01/08 au 09/03/09	15	Z004
R3	-	4	-
S1	-	2	-
S2	-	9	Z004
S3	HJ du 06/06/08 au 04/07/08	7	F930
T2	-	2	-
T3	-	12	Z004
T4	HJ du 06/11/07 au 24/06/08	3	Z004
V1	-	4	-
V2	-	4	F432

## **. Bibliographie**

---

<sup>1</sup> Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris. Masson ;1999.

<sup>2</sup> Racamier P.C. Sens C., Carretier L. La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum. Evolution psychiatrique. 1961 ; XXVI :525-570.

<sup>3</sup> Freud S. Sur les transpositions des pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal. In : La vie sexuelle. Paris : PUF ; 1969.

<sup>4</sup> Klein M. La psychanalyse des enfants. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : PUF ; 1969.

<sup>5</sup> Deutsch H. La psychologie de femmes. In : Maternité. Tome 2. Paris : PUF ; 1949.

<sup>6</sup> Groddeck G. Le livre du ça. Paris : Gallimard ; 1963.

<sup>7</sup> Bydlowski M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. 6<sup>ème</sup> éd. Paris : Le fil Rouge, Presses Universitaires de France ; 2008.

<sup>8</sup> Bibring G.L. Some considerations on the psychological processus in pregnancy. Psychoanal. Study of the Child. 1959 ; 14 : 113-123.

<sup>9</sup> Erikson E. Adolescence et crise. Paris : Flammarion ; 1968.

<sup>10</sup> Winnicott D.W. La Préoccupation maternelle primaire. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Payot ; 1969.

<sup>11</sup> Winnicott D.W. La crainte de l'effondrement. Nouvelle Revue de Psychanalyse. 1975 ; 11 : 35-44.

---

<sup>12</sup> Guedeney A. La théorie de l'attachement : l'histoire et les personnages. In : Guedenet N, Guedeney A. L'attachement. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson ; 2006.

<sup>13</sup> Hermann H. Les instincts archaïques de l'homme. Paris : Denoël ; 1972.

<sup>14</sup> Ainsworth M.D. Infancy in Uganda. Baltimore : John Hopkins University Press ; 1967.

<sup>15</sup> Guedeney N, Dugravier R. Concepts-clefs de la théorie de l'attachement. In : Guedenet N, Guedeney A. L'attachement. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson ; 2006.

<sup>16</sup> Ainsworth M.D. Attachment beyond infancy. Am Psychologist. 1989 ; 44 : 709-716.

<sup>17</sup> Rabouam C, Moralès-Huet M, Miljkovitch R. Soins parentaux et attachement. In : Guedenet N, Guedeney A. L'attachement. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson ; 2006.

<sup>18</sup> Cassidy J. The nature of the child ties. In : Cassidy J, Shaver P.R. Handbook of attachment : theory, research and clinical applications. New York : The Guilford Press ; 1979.

<sup>19</sup> George C, Solomon J. Representational models of relationships : links between caregiving and attachment. Infant Mental Health Journal. 1996 ; 17 : 198-216.

<sup>20</sup> Stern DN. Le monde relationnel du bébé. Paris : PUF ; 1989.

<sup>21</sup> Rabouam C. Evaluations de l'attachement chez le bébé. In : Guedenet N, Guedeney A. L'attachement. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson ; 2006.

<sup>22</sup> Ainsworth M.D, Wittig B.A. Attachment and the exploratory behavior in one-years-olds in a strange situation. In : Foss B.M. Determinants of infants behavior. Vol 4. Londres : ed. Methuen ; 1969.

<sup>23</sup> Mazet P, Stoleru S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3<sup>ème</sup> ed. Paris. Masson ; 2003.

---

<sup>24</sup> Lamour M., Barraco M. Souffrances autour du berceau. Paris. Gaëtan Morin Editeur Europe ; 1998.

<sup>25</sup> Winnicott DW. le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In : Winnicott DW, editor. Jeu et réalité. Paris :Gallimard ; 1975.

<sup>26</sup> Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson ; 1974.

<sup>27</sup> Winnicott D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Payot ; 1969.

<sup>28</sup> Lebovici S. Les liens intergénérationnels (transmission, conflits). Les interactions fantasmatiques. In : Lebovici S. Weil-Halpern F. Psychopathologie du bébé. Paris : PUF ; 1989 ; p142-146.

<sup>29</sup> Stoleru S, Lebovici S. L'interaction parent-nourrisson. In : Lebovici S, Soule M, Diatkine R. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF ; 1997. Tome 1. p319-333.

<sup>30</sup> Cupa Perard D, Moinet I, Chassin F, Thoret N, Bel C, Valdes L. Devenir père ou la grossesse du père. Revue de médecine psychosomatique. 1994 ; 37-38 : 85-106.

<sup>31</sup> Cyrulnik B. Ethologie de la naissance du père. Devenir. 1989 ; 1(4) :36-46.

<sup>32</sup> Le Camus J. Pères et bébés. Paris :L'Harmattan ; 1995.

<sup>33</sup> Yogman M. Observations of the father-infant relationships. In : Cath S.H, Gurwitt A.R, Ross J.M. Father and child developmental and clinical perspectives. Boston : Brown and Company ; 1982.

<sup>34</sup> Kestenberg J.S, Marcus H, Sossin K.M, Stevenson R. The development of paternal attitudes. In : Cath S.H, Gurwitt A.R, Ross J.M. Father and child developmental and clinical perspectives. Boston : Brown and Company ; 1982.

- 
- <sup>35</sup> Brazelton T.B. Neonatal behavioral assessment scale. In : Clinics in developmental Medicine. 2<sup>ème</sup> éd. Londres : Heineman ; 1984 ; 50.
- <sup>36</sup> Escalona S. The roots of individuality. Chicago : Adline ; 1968.
- <sup>37</sup> Corboz A. Observation et traitement des crises familiales au post-partum : échanges père-mère-bébé. In : 3<sup>ème</sup> congrès mondial de la Waipad. Stockolm ; 1986.
- <sup>38</sup> Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. 4<sup>ème</sup> ed. Paris : PUF ; 2004.
- <sup>39</sup> Fraiberg S. Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. Devenir. 1993 ; 5(1) : 7-29.
- <sup>40</sup> David M, Lamour M, Kreisler A, Harnish R. Recherche sur les nourrissons de familles carencées. Pyschiatry de l'enfant. 1984 ; 27 (1) : 175-222.
- <sup>41</sup> Mazer M. Characteristics of multi-problem households. A study in psycho-social epidemiology. Am. J. Orthopsychiat. 1972 ; 42 : 792-802.
- <sup>42</sup> Barraco M, Pain M. F, Lamour M. Mécanismes psychopathologiques à la source de la maltraitance : Actions préventives précoces chez les nourrissons de familles atypiques et de mères psychotiques .In : Vème congrès international des enfants maltraités et négligés. 1984 ; Montréal.
- <sup>43</sup> Diatkine G. Familles sans qualités : les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples. La psychiatrie de l'enfant. 1979 ; 22 :237-273.
- <sup>44</sup> Greenspan S.I, Wieder S, Lieberman A, Nover R, Lourie R, Robinson M. Infants in Miltirisk Families. Case studies in Preventive Intervention. Madison : International Universities Press ; 1987.
- <sup>45</sup> Lebovici S. L'enfant de mère marginale ou exclue. In : Manciaux M, Lebovici S, Jeanneret O, Sand A.E, Tomkiewicz S. L'enfant et sa santé. Paris : Doin ; 1987.

- 
- <sup>46</sup> Sand A.E. Les familles vulnérables. In : Manciaux M, lebovici S, Jeanneret O, Sand A.E, Tomkiewicz S. L'enfant et sa santé. Paris : Doin ; 1987.
- <sup>47</sup> Stoleru S, Moralès-Huet M. Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. Paris : Le Fil Rouge, Presses Universitaires de France ; 1989.
- <sup>48</sup> Bion W.R. Attacks on linking. International Journal of Psychoanalysis. 1959 ; 40 : 308.-315.
- <sup>49</sup> David M. Le placement familial. De la pratique à la théorie. Paris : ESF ; 1989.
- <sup>50</sup> Seince N, Pharisien I, Uzan M. Grossesse et accouchement des adolescentes. Encycl. Med. Chir, Gynécologie/obstétrique. 5-016-D-10,2008.
- <sup>51</sup> Pawlak C. Grossesse à l'adolescence. In : Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF ; 2000.
- <sup>52</sup> Coin-Bariou Laura. Grossesse à l'adolescence : évènement de vie, avènement du sujet. Th D Med, Angers : 2005.
- <sup>53</sup> Marcelli D. Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. 6<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson ; 2004.
- <sup>54</sup> Deschamps J-P. La mère adolescente, le couple adolescent et l'enfant. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF ; 1997. p2663-2677.
- <sup>55</sup> Igert B. Corps sexué, adolescence et maternité. Rev. Fr. de Psychanal. 1987 ; 6 : 1613-1626.
- <sup>56</sup> Freud S. Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse. Paris : Gallimard ; 1984.

---

<sup>57</sup> Osofsky J-D, Eberhart-Wright A, Ware L-M, Hann D-M. Les enfants de mères adolescentes. *Psych. Enf.* 1993 ; 36(1) :253-287.

<sup>58</sup> Dalery J, D'Amato T. *La schizophrénie : recherches actuelles et perspectives.* Paris. Masson ; 1995.

<sup>59</sup> Raboch J. The sexual development and life of female schizophrenic patients. *Archives of sexual behavior.* 1984 ; 13 : 341-349.

<sup>60</sup> Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Services.* 1996 ; 47 : 502-506.

<sup>61</sup> Inspection générale des affaires sociales. *Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées.* Ministère des affaires sociales. 1998.

<sup>62</sup> Erlenmeyer-Kimling L, Adamo U. H, Rock D, Roberts S.A, Bassett A.S, Squires-Wheeler E et al. Gottesman II The New York High-Risk Project. Prevalence and comorbidity of axis I disorders in offspring of schizophrenic parents at 25-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1997 ; 54 : 1096-1102.

<sup>63</sup> Schubert E.W, Blennow G, Mc Neil T.F. Wakefulness and arousal in neonates born to women with schizophrenia : diminished arousal and its association with neurological deviations. *Schizophr. Res.* 1996; 22 : 29-59.

<sup>64</sup> Fish B. Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children. Evidence for an inherited, congenital neurointegrative defect. *Arch Gen Psychiatry.* 1977; 34 : 1297-1331.

<sup>65</sup> Mc Neil TF, Kaji L, Malmquist-Larsson A. Pregnant women with non-organic psychosis : life situation and experience of pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983; 68 :445-457.

<sup>66</sup> Speilvolgel A, Wile J. Treatment and outcomes of psychotic patients during pregnancy and hildbirth. *Birth.* 1992; 19(2) : 131-137.

---

<sup>67</sup> Miller L.J. Psychotic denial of pregnancy : phenomnology and clinical management. *Hospital and Community Psychiatry*. 1990; 41 : 1233-1237.

<sup>68</sup> Howard LM et al. The psychosocial outcome of pregnancy in women with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*. 2004 ; 71 : 49-60.

<sup>69</sup> Mc Neil TF. A prospective study of postpartum psychoses in high-risk group I. Clinical characteristics of the current post-partum pisodes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987 ; 74 : 205-216.

<sup>70</sup> David M. Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel. *Perspectives psychiatriques*. 1987 ; 6-1 : 7-21.

<sup>71</sup> Winnicott D. W. L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant. In : Winnicott D. W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot ; 1969. p 90-110.

<sup>72</sup> Bursztejn C, Boussidan G, Coppens R, Danion-Grilliat A, Paul C, Ebtinger R. L'expérience de psychiatres d'enfants avec des parents psychotiques. *Revue Française de Psychiatrie*. 1988 ; 8 : 41-45.

<sup>73</sup> Bourdier P. L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. *Revue Française de Psychanalyse*. 1972 ; 140 (7) : 825-832.

<sup>74</sup> Bourdier P cité par Du Pasquier Y, Bailly L, Covello A ; A propos des destions thérapeutiques de mère et d'enfants troublés. *L'évolution psychiatrique*. 1992 ; 57 : 85-100.

<sup>75</sup> Fish B. Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children. Evidence for an inherited, congenital neurointegrative defect. *Arch Gen Psychiatry*. 1977 ; 34 : 1297-1331.

<sup>76</sup> Parnas J. Enfants de mère schizophrène : suivi longitudinal prospectif de 1962 à 1989, problèmes méthodologiques et résultats diagnostiques de l'enquête dano-américaine. *L'information psychiatrique*. 1993 ; 5 :479-486.

---

<sup>77</sup> Pitt B. « Atypical » depression following childbirth. *Br. J. Psychiatry.* 1968 ; 114 : 1325-1335.

<sup>78</sup> Teissedre F, Chabrol H. Etude de l'EPDS (Echelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale.* 2004 ; XXX :376-81.

<sup>79</sup> Boath E, Hensaw C. The treatment of postnatal depression : a comprehensive literature review. *J Reprod Inf Psychol.* 2001 ; 19 :215-48.

<sup>80</sup> Lemperiere T, Rouillon F, Lepine J-P. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie.* 37660-A-10. 1984 ; 7.

<sup>81</sup> Cox J, Holden J. Perinatal psychiatry, use and misuse of the edinburgh Postnatal depressions scale (EPDS). London . Gaskell ; 1994.

<sup>82</sup> Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the french version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry.* 1998 ; 13 :83-89.

<sup>83</sup> Harding JJ. Postpartum psychiatric disorders : a review. *Comp. Psychiatry.* 1989 ;30 (1) : 109-112.

<sup>84</sup> Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br. J. Psychiatry.* 1995 ; 166 : 191-195.

<sup>85</sup> Tronick E, Als H, Adenson L, Brazelton TB. The infant's response to entrapment between contradictory message in face-to-face interaction. *J. Am. Acad. Child Psychiatry.* 1978 ; 17 : 1-13.

<sup>86</sup> Murray L, Trevarthen C. Emotional regulation of interactions between 2 month olds and their mothers. In : Fields TM, Fox NA. *Social perception in infants.* New Jersey. Ablex Pub. Corp ; 1985. P177-197.

---

<sup>87</sup> Marcelli D. Enfance et psychopathologie. Paris : Masson, 7<sup>ème</sup> éd ; 2006.

<sup>88</sup> Rosenblum O, Bénony H, Mazet P. Mères déprimées, développement psycho-affectif et conduites d'attachement chez leurs jeunes enfants âgés d'un an. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. 1999 ; 47 (1-2) : 72-77.

<sup>89</sup> Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. Dev. Med. Child Neurol. 1996 ; 38 : 109-119.

<sup>90</sup> Marcelli D. « La dépression dans tous ses états » du nourrisson à l'adolescent... et après. 2<sup>ème</sup> partie : le nourrisson. Neuropsychiatr. Enfance Adoles. 1999 ; 47 (1-2) : 1-11.

<sup>91</sup> Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. J Off, 18 nov 2004.

<sup>92</sup> Circulaire DHOS/01/03 du 30 mars 2006 relative au cahier des charge national des réseaux de périnatalité.

<sup>93</sup> Molenat F. Rapport Molénat : « périnatalité et prévention en santé mentale : collaboration médico-psychologique en périnatalité ». Rapport de mission auprès de la DHOS, janv 2004.

<sup>94</sup> Cramer B, Palacio-Espasa F. La pratique des psychothérapies mère-bébé. Paris : PUF ; 1993.

<sup>95</sup> Garret-Gloanec N, Gloanec Y. De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-25 ; 2007.

<sup>96</sup> Sandri R. La maman et son bébé : un regard. Lyon : De Cesura ; 1994.

<sup>97</sup> Garret N, Gloanec Y, Guillemot F. Une expérience de psychiatrie périnatale, le centre nantais de la parentalité. Inf Psychiatrique. 2004 ; 80 : 659-666.

---

<sup>98</sup> Martin T, Dayan J, Dutordoit A. Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie, état des lieux en France. *Annales médico-Psychologiques*. 2003 ; 161 : 504-509.

<sup>99</sup> Danion-Grilliat A, Zimmermann M.-A, Hild-Pham-Trong M, Becache E. Les hospitalisations conjointes mère-nourrisson en psychiatrie. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*. 2000 ; 40 : 32-42.

<sup>100</sup> Glangeaud-Freudenthal NMC and the MBU-SMF Working Group. Mother baby psychiatric units : national data collection in France and in Belgium (1999-2000). *Arch Women Ment Health*. 2004 ; 7 : 59-64.

<sup>101</sup> Cuynet P. Revisiter son berceau : habitat et identité. *Dialogue. Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2000, 2<sup>ème</sup> trimestre ; 148 : 3-15.

<sup>102</sup> Anzieu D. *Le Moi-peau*. Paris. Bordas ; 1985.

<sup>103</sup> Fraiberg S. *Clinical Studies in Infant Mental Health, The first year in Life*. New-York : Basic Book ; 1980.

<sup>104</sup> Paumelle P, Prevost J. Les modalités de l'intervention à domicile en psychiatrie de secteur ; l'équipe de secteur et les soins à domicile ; le service d'hospitalisation à domicile et d'urgence. *L'information Psychiatrique*. 1969 ; 45 (10) :1060.

<sup>105</sup> Cohier-Rahban V. Le psychologue en libéral : périnatalité et déplacement à domicile. *Dialogue. Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2007, 1<sup>er</sup> trimestre ; 175 : 129-147.

<sup>106</sup> Hall E.T. *La dimension cachée*. Paris : les Editions du Seuil ; 1971

<sup>107</sup> Greenspan S.I, Wieder S. Dimensions and levels of therapeutic process. In : *Infants in Multirisk Families*. Madison : International University Press ; 1987.

---

<sup>108</sup> Freud S. Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans. In : Freud S. Cinq psychanalyses. 23<sup>ème</sup> éd. Paris : PUF ; 1954. P94-198.

<sup>109</sup> Bick E. Notes sur l'observation de bébé dans la formation psychanalytique. 1964. In : Harris Williams M. Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick. 2<sup>ème</sup> éd. Larmor-Plage : Editions du Hublot ; 2007. p253-267.

<sup>110</sup> Haag M. et G. L'observation du nourrisson selon Esther Bick (1901-1983) et ses applications. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF ; 1997. p531-547.

<sup>111</sup> Watillon-Naveau A. L'impact de l'observation mère-enfant sur les mères et leur nourrisson. Revue Belge de Psychanalyse. 1985 ; 6 : 81-93.

<sup>112</sup> Haag G. Une expérience de travail préventif en crèche. In : Journées d'avril 1985 du CREA de Bretagne, 61 rue Jean-Guéheno, 35000 Rennes. P79-100.

<sup>113</sup> Athanassiou C. L'enfant et la crèche. Lyon : Cesura ; 1987.

<sup>114</sup> Bintz C. L'observation, un outil de travail en crèche. Diplôme de psychopathologie du bébé, Bobigny ; 1990.

<sup>115</sup> Maufras du Châtelier A. Expérience d'une consultation jumelée pédiatre-psychiatre dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI). In : 2<sup>ème</sup> cong. Mond. Psych. Nourrisson. 1983 : Cannes, France.

<sup>116</sup> Jardin F, Loreau A, Letronnier P. Un berceau pour deux. Devenir. Cité par Haag M. et G. L'observation du nourrisson selon Esther Bick (1901-1983) et ses applications. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF ; 1997. p531-547.

<sup>117</sup> Quiniou Pizzoglio Y. bébés vivants, bébés mourants en réanimation néonatale. 4<sup>ème</sup> congrès mond. Psych. Nourrisson. Lugano. 1989.

---

<sup>118</sup> Druon C. L'aide au bébé et à ses parents en réanimation néonatale. *Devenir*. 1985 ; 1 : 47-64.

<sup>119</sup> E. Kestemberg. *Autrement vu*. Paris : PUF ; 1981.

<sup>120</sup> Houzel D. Une application de la méthode d'observation des nourrissons : les traitements à domicile. In : Lebovici S, Soule M, Diatkine R. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF ; 1997. p519-530.

<sup>121</sup> Bion W.R. *Learning from experience*. New York. Basic Books ; 1962. Traduction française par Robert F. *Aux sources de l'expérience*. Paris. PUF ; 1979.

<sup>122</sup> Meltzer D. *Le processus psychanalytique*. Paris. Payot ; 1971.

<sup>123</sup> Fraiberg G. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris : PUF ; 1999.

<sup>124</sup> Stoleru S, Morales-Huet. Psychothérapie mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. *Devenir*. 1990 ; 20(3) :8-28.

<sup>125</sup> Bibring G.C, Dwyer T.F, Huntington D.S, Valenstein A.F. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The psychoanalytic Study of the Child*. 1961 ; 16 : 7-92.

<sup>126</sup> Cazenave M.T. Une thérapie mère-bébé dans le XVIIIème arrondissement de Paris : intervention et prévention dans une famille à difficultés multiples et anciennes. *Devenir*. 2007 ; 19(4) :327-373.

<sup>127</sup> Dugravier R, Guedeney A, Saias T, Greacen T, Tubach F, le groupe de recherche CAPEDP. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de la santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009 ; 57 : 482-486.

- 
- <sup>128</sup> O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arc Gen psychiatry*. 2000. ; 57(11) : 1039-1045
- <sup>129</sup> Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *Br Med J* . 1997 ; 314 : 932-936.
- <sup>130</sup> Buist A, Minto B, Szego K, Samhuel M, Shawyer L, O'Connor L. Mother-baby psychiatric units in Australia- the Victorian experience. *Arch Womens Ment Health*. 2004 ; 7 : 81-87.
- <sup>131</sup> Quek J. Mediators of the mother-infant interaction in postnatal depression. RANZCP Dissertation, unpublished. 2003. Cité par Buist A, Minto B, Szego K, Samhuel M, Shawyer L, O'Connor L. Mother-baby psychiatric units in Australia- the Victorian experience. *Arch Womens Ment Health*. 2004 ; 7 : 81-87.
- <sup>132</sup> Bernard H. Présentation du 3 juin 2004. La Bussière.
- <sup>133</sup> FNEHAD. L'HAD. Histoire. [www.fnehad.fr](http://www.fnehad.fr), consulté le 5 mars 2010.
- <sup>134</sup> Schlessler A. L'hospitalisation à domicile (HAD) : Une alternative à l'hospitalisation. Présentation récupérée auprès du service de psychiatrie 5. Hôpital Saint Jacques. Nantes.
- <sup>135</sup> FNEHAD. L'hospitalisation à domicile. Plaquette de présentation.
- <sup>136</sup> Circulaire DHOS/03/2006/506 du 1<sup>er</sup> octobre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.
- <sup>137</sup> ATIH. Informations médicales. HAD. [www.atih.santé.fr](http://www.atih.santé.fr), consulté le 13 juillet 2009.
- <sup>138</sup> Circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.

---

<sup>139</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>140</sup> Société Marcé Francophone. Hospitalisation conjointe mère-enfant. [www.marcé-francophone.asso.fr](http://www.marcé-francophone.asso.fr), consulté le 1<sup>er</sup> octobre 2008.

<sup>141</sup> Anicet M. Historique et sens de l'HAD en pédopsychiatrie à Montfavet. In : l'Hospitalisation à domicile en psychiatrie. Colloque du 18 octobre 2002 à Montfavet.

<sup>142</sup> Anicet M. L'unité de traitement de la relation mère-bébé du centre hospitalier de Montfavet. In : Dugnat M, Mosnier G, Anicet M, Arama M, Aubert Godard A, Bolle O et al. Troubles relationnels père-mère-bébé : quels soins ? Hospitalisation conjointe et réseaux de soins précoces en périnatalité. Paris : Eres, Arip ; 1996. 179-185.

<sup>143</sup> Plet MA. L'expérience de Denain auprès des jeunes enfants. In : l'Hospitalisation à domicile en psychiatrie. Colloque du 18 octobre 2002 à Montfavet.

<sup>144</sup> Informations recueillies par téléphone auprès du Dr V. Lemaitre, CHRU Lille. Le 7 juillet 2008.

<sup>145</sup> Conférence Sanitaire. Procès Verbal de la séance du mercredi 20 novembre 2006-15h. CHS G. Mazurelle, La Roche sur Yon.

<sup>146</sup> Compte rendu de la Conférence Sanitaire du 20 février 2008- 14h30, amphithéâtre du CHS G. Mazurelle, La Roche sur Yon.

<sup>147</sup> Intervenir à domicile en psychiatrie périnatale. XIIIème journée annuelle de la société Marcé francophone. 18 et 19 mars 2010 ; Marseilles.

---

« Mme Darling eut vent de Peter pour la première fois alors qu'elle était occupée à mettre de l'ordre dans l'esprit de ses enfants. C'est une habitude nocturne de toute bonne mère, de fouiller dans l'esprit de ses enfants dès qu'ils sont endormis et de remettre toute chose d'aplomb pour le lendemain, rangeant à leur place les nombreux objets égarés dans la journée.

Si vous pouviez rester éveillés (mais c'est impossible, bien sûr), vous verriez comment s'y prend votre maman et trouveriez très intéressant de l'observer à ce moment. C'est exactement comme fouiller dans des tiroirs. Vous la surprendriez à genoux, je pense, se demandant perplexe où diable vous avez bien pu dénicher ce machin, faisant des découvertes agréables et d'autres qui le sont moins, pressant cette chose contre sa joue comme si c'était aussi doux qu'un chat, et faisant vivement disparaître cette autre de la vue; quand, le matin, vous rouvrez les yeux, votre méchanceté et les passions mauvaises qui vous accompagnèrent au lit, vous les retrouvez pliées en une pile serrée, et repoussées tout au fond de votre conscience. Par-dessus sont rangées vos jolies pensées, attendant que vous les enfiliez. »

James M. Barrie

Peter Pan

---

Nom : Bouchard-Fernandes

Prénom : Marie-Charlotte

Titre de Thèse :

Peut-on adapter notre dispositif de soins pour en faciliter l'accès à certaines populations vulnérables présentant des troubles graves de la relation précoce parents-bébé ?

Place de l'Hospitalisation à Domicile mère-bébé du réseau « Bien-Naître en Vendée » dans le cadre du dispositif global de prévention et de soin périnatal.

---

## RESUME

-Le travail réalisé par le centre D. Winnicott s'inscrit au sein du réseau départemental « Bien Naître en Vendée ». Il en assure la coordination mais prend également en charge les situations pathologiques qui lui sont adressées.

Il nous semble nécessaire de compléter les modalités de réponses thérapeutiques actuelles du centre D. Winnicott par la mise en place d'un dispositif d'Hospitalisation à Domicile (HAD), notamment pour des populations dont la fragilité ne permet pas l'accès aux soins dans le cadre de notre dispositif actuel, alors qu'elles présentent des troubles graves de la relation précoce relevant de soins intensifs.

Les indications d'une telle modalité de soins nous semblent être limitées à des situations de troubles sévères de la relation parents-bébé pour qui une hospitalisation standard est impossible et une prise en charge ambulatoire insuffisante.

Notre travail décrit dans un premier temps, en s'appuyant sur les données de la littérature, les aspects psychopathologiques et cliniques des troubles maternels qui nous semblent relever d'une prise en charge en Hospitalisation à Domicile, et les troubles de la relation précoce parents-bébé qui en découlent.

Dans un second temps, nous définissons l'HAD, son cadre législatif, ses obligations et ses objectifs. Puis nous développons les différentes expériences d'HAD psychiatrique mère-bébé existant actuellement en France.

Enfin nous présentons notre projet d'HAD psychiatrique mère-bébé s'inscrivant au sein de l'HAD Vendée.

---

## MOTS-CLES

HOSPITALISATION A DOMICILE, TROUBLES DE LA RELATION PRECOCE, HAD VENDEE, DEPRESSION DU POST-PARTUM, FAMILLES DITES « A PROBLEMES MULTIPLES », PSYCHOSE, ADOLESCENT, GROSSESSE, POST-PARTUM, PERINATALITE, RESEAU « BIEN NAITRE EN VENDEE », RESEAU PERINATAL