

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Médecine

ANNEE 1997



106 027860 7

THESE N° 120/1

**UNE MERE, UN PERE, UN ENFANT,
EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE :
BILAN DE SIX ANNEES
DE PRISES EN CHARGE CONJOINTES
DANS L'UNITE DE JOUR MERE-ENFANT
DE LIMOGES.**

THESE

POUR LE

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

présentée et soutenue publiquement le 30 Mai 1997

par

MÉZANGE Isabelle

née le 29 Mars 1966 à La Garenne Colombes (Hauts-de-Seine)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur GAROUX	PRESIDENT
Madame le Professeur ARCHAMBEAUD	JUGE
Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR	JUGE
Monsieur le Professeur MOULIN	JUGE
Madame le Docteur SOUCHAUD	MEMBRE INVITE

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Médecine

ANNEE 1997

THESE N° 20

**UNE MERE, UN PERE, UN ENFANT,
EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE :
BILAN DE SIX ANNEES
DE PRISES EN CHARGE CONJOINTES
DANS L'UNITE DE JOUR MERE-ENFANT
DE LIMOGES.**



THESE

POUR LE

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

présentée et soutenue publiquement le 30 Mai 1997

par

MEZANGE Isabelle

née le 29 Mars 1966 à La Garenne Colombes (Hauts-de-Seine)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur GAROUX	PRESIDENT
Madame le Professeur ARCHAMBEAUD	JUGE
Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR	JUGE
Monsieur le Professeur MOULIN	JUGE
Madame le Docteur SOUCHAUD	MEMBRE INVITE

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD Philippe	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BOUQUIER Jean-José	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON Jean-Christian (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CATANZANO Gilbert (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GERMOUTY Jean	PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
HUGON Jacques	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES

A ma Mère,
Même si tu n'es plus là, je garde dans mon coeur tout l'amour maternel qui tu as su me donner pendant toutes ces années.
Ce cadeau était surtout pour toi, je suis sûr qu'il ira jusqu'à toi.

A mon Père et à mon frère Frédéric,
Ma tendresse et mon affection sont infinies.

A Frank,
Merci de ton aide pour ce travail.
Tu peux croire en la force et en la sincérité
de mon amour.

A Charles Q.,
Avec toute mon affection.

A Evelyne, Charles, Delphine et Alexandra,
Avec toute mon affection.

A Francine,
Merci de ta gentillesse et du temps
passé à la relecture de ce travail.

A Emmanuelle,
A Manuela et Dominique,
Pour leur sincère et longue amitié.

A Hélène,
Pour sa précieuse amitié.

A Cécile, Valérie, Christophe et à tous mes collègues internes,
Pour l'aide qu'ils m'ont apporté dans les moments difficiles.

A toute l'équipe de la crèche thérapeutique,
Pour le plaisir et la joie que j'ai éprouvé à travailler à leur côté pendant une année.
Merci de leur aide pour la réalisation de ce travail.

A toutes les toutes les dyades mère-enfant qui m'ont permis de réaliser ce travail.

A Mme le Docteur RAINELLI et Mr le Docteur MALAUZAT,
Nous avons véritablement découvert la psychiatrie dans votre service.
Nous vous remercions pour l'aide et la bienveillance que vous nous avez porté.

A Mr le Docteur AUBRETON et aux médecins psychiatres du secteur 3
Nous vous remercions de votre gentillesse et de votre aide compréhensive à notre égard.

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur GAROUX
Professeur des Universités de Pédiopsychiatrie
Médecins des Hôpitaux
Chef de service

**Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.
Nous avons apprécié votre enseignement de pédiopsychiatrie.
Nous regrettons sincèrement de ne pas avoir eu la possibilité de
travailler dans votre service.
Veuillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre
reconnaissance.**

A nos juges

Madame le Professeur ARCHAMBEAUD
Professeur des Universités de Médecine Interne
Médecins des Hôpitaux

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre respect.

Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR
Professeur des Universités de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux
Chef de service

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.
Veuillez trouvez ici nos sincères remerciements.

Monsieur le Professeur MOULIN
Professeur associé à mi-temps

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en
faisant partie de ce jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre respect.

A notre Directeur de Thèse

Madame le Docteur SOUCHAUD
Praticien Hospitalier
Pédopsychiatre

Vous nous avez fait découvrir et aimer la pédopsychiatrie.
Vous nous avez aidé et soutenu tout au long de ce travail.
Vous nous avez impressionné par la qualité de votre travail et votre
disponibilité au sein de l'unité mère-enfant.
Notre travail à vos côtés nous a beaucoup apporté.
Veuillez trouver ici le témoignage de toute notre admiration.

PLAN

INTRODUCTION

CHAPITRE I

LES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PUERPERALITE

- I Définitions
- II Historique de la psychose puerpérale
- III Epidémiologie
- IV Les formes cliniques
- V Ethiopathogénie
- VI Nosographie

CHAPITRE II

LES RELATIONS PRECOSES MERE-ENFANT

- I La théorie de l'attachement
- II Les interactions précoces
- III Les difficultés et les perturbations de l'interaction mère-nourrisson

CHAPITRE III

L'HOSPITALISATION MERE-ENFANT A TEMPS PLEIN

- I Historique
- II Les différents types d'hospitalisation conjointe à temps plein
- III Les indications et contre-indications
- IV Les intérêts et limites
- V L'exemple de l'unité BERGOUIGNAN

CHAPITRE IV

BILAN DE SIX ANNEES DE PRISES EN CHARGE MERE - ENFANT EN HOSPITALISATION DE JOUR A LA CRECHE THERAPEUTIQUE

I Introduction

II Présentation de l'unité

III Méthodes

IV Matériel d'étude

V Résultats et commentaires de l'étude de la dyade mère-enfant (première partie de l'étude)

VI Résultats et commentaires de l'étude concernant l'hospitalisation de jour (deuxième partie de l'étude)

VII Résultats et commentaires de l'étude des interactions mère-enfant (troisième partie de l'étude)

VIII Etude des interactions mère-enfant à travers le récit de quatre situations (quatrième partie de l'étude)

IX Discussion

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

Exemplaire du recueil de données

Grille d'évaluation des interactions mère-enfant du centre Claude BERNARD

INTRODUCTION

Dans un rapport sur les aspects psychosociaux de la santé mentale des femmes datant de 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé a attiré l'attention sur l'importance des troubles psychiatriques gravido-puerpéraux et sur la nécessité absolue de conduire des recherches et de proposer des mesures préventives dans ce domaine.

De même le ministère français de la Santé a mis l'accent dans la circulaire du n°70 du 11 Décembre 1992, sur l'importance de la prévention des troubles mentaux dans le cadre des distorsions du lien mère-enfant et incite fortement la recherche dans ce domaine.

Les unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant sont citées dans la circulaire comme étant des « structures encore expérimentales, répondant à des besoins nécessairement limités et à vocation intersectorielle ».

Les expériences pionnières françaises d'hospitalisation conjointe du Dr RACAMIER datent des années 1950. En Grande-Bretagne, les unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant qui ont vu le jour après la guerre sont actuellement au nombre de quarante.

Il existe actuellement en France seulement trois unités de jour mère-enfant (une à Brumath, une à Saint-Denis et une à Limoges), huit unités spécifiques d'hospitalisation temps plein mère-enfant et sept services de psychiatrie générale accueillant les dyades mère-enfant en hospitalisation complète.

De façon relativement récente, a été mise en évidence la complexité des processus d'organisation de la vie psychique du nouveau-né et la participation active du bébé dans une interaction constante avec son environnement, et plus particulièrement bien sûr sa mère.

Ces interactions sont repérables sur le plan comportemental, affectif et également fantasmatique, et leur qualité constitue une condition essentielle à l'organisation psychoaffective de l'enfant.

En France, ce sont surtout les psychiatres d'enfants qui se sont intéressés aux aspects relationnels mère-bébé. L'accent a été mis d'emblée sur la prévention des conséquences psychiques pour le nourrisson de la pathologie du lien mère-bébé. Ces mêmes équipes ont été les promoteurs dans le champ de la pathologie des interactions mère-enfant. Elles ont pour objectif de prévenir les troubles graves de la relation précoce mère-bébé qui risquent d'être suivis de troubles de la

personnalité de l'enfant, mais aussi de troubles persistants chez la mère qui ne peut vivre sa maternité.

L'ambition modeste de ce travail est de contribuer à l'évolution et au développement de soins intensifs requis pour la dyade mère-enfant, quand une souffrance psychique grave de la mère vient entraver le développement psychique de l'enfant.

Il nous est apparu nécessaire de sensibiliser les différents intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux et juridiques, partenaires indispensables d'une action qui se doit d'être pluridisciplinaire.

Nous proposons donc dans ce travail de rapporter les six années d'expérience d'une des trois unités d'hospitalisation de jour mère-enfant existant actuellement en France, à travers l'étude de 49 dyades. Et ainsi nous espérons, attirer l'attention sur l'importance de ce type de prise en charge, apporter quelques éléments de réflexion et permettre une meilleure compréhension des troubles de la relation mère-enfant.

CHAPITRE I

LES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PUERPERALITE

Sur l'échelle d'événements de vie RSSR (HOLMES et RAHE), la naissance d'un enfant pèse 40 points. Dans le DSM-III-R 1987, l'échelle de « sévérité des stress psychosociaux pour les adultes » considère comme un « stress sévère » (coté 4 sur une échelle allant de 1 à 6) la naissance du premier enfant (82).

En effet, la grossesse et la naissance sont considérées comme des périodes de « crise », de mutation, qui nécessitent des capacités de réorganisation et d'adaptation intrapsychique et interpersonnelle de bonne qualité. Pendant cette période, les troubles émotionnels et psychiatriques semblent relativement fréquents.

I- DEFINITION

RACAMIER introduit en 1961(68), dans son article sur « la mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum », le terme de « maternité »(traduction de l'anglais « motherhood »). Par là, il désigne « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme durant la maternité ». Ainsi, le problème de la psychose puerpérale se situe-t-il dans une perspective plus large où sont également reconnus importants les accidents apparemment plus mineurs pouvant survenir pendant la grossesse.

Selon la définition donnée par l'E. M. C. (54), la psychose puerpérale est une « psychose délirante aiguë avec désorganisation de la conscience et note thymique plus ou moins manifeste », caractérisée par un début brutal, une symptomatologie polymorphe et labile, une problématique délirante généralement centrée sur la naissance et l'enfant, et une évolution en règle favorable.

Certains auteurs (1) donnent une définition plus large indiquant que « les psychoses puerpérales recouvrent tous les états psychopathologiques liés à la période gravido-puerpérale, c'est à dire, la grossesse, la fausse couche, l'accouchement, l'allaitement, le sevrage, l'avortement, et non pas seulement les petites dépressions ou les délires du post-partum. »

Les événements psychologiques du post-partum regroupent ainsi des manifestations telles des états névrotiques simples, des troubles psychosomatiques, des psychoses aiguës graves, et des troubles confuso-oniriques.

Dans le DSM IV(27), cette pathologie est classée dans le chapitre des troubles psychotiques non spécifiés : « une psychose du post-partum qui ne répond pas aux critères d'un Trouble de l'humeur , avec caractéristiques psychotiques, d'un Trouble psychotique bref, d'un Trouble psychotique dû à une affection médicale générale ou d'un Trouble psychotique induit par une substance psychoactive » .

Dans la CIM -10/ ICD-10(22), cette pathologie est répertoriée dans le chapitre des troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs. Cette classification internationale distingue les troubles légers associés à la puerpéralité dont font partie la dépression après un accouchement et la dépression du post-partum , les troubles sévères dont fait parti la psychose puerpérale, les autres troubles et enfin les troubles sans précision.

A noter que de nombreux auteurs ont refusé de faire des psychoses puerpérales une entité clinique à part entière, niant le caractère « spécial, particulier de cette folie puerpérale » , considérant les troubles de la puerpéralité comme de banales décompensations qui auraient pu se produire en d'autres circonstances . Il existe, pourtant, des cas où les patientes présentent des « récurrences » à chaque grossesse ou accouchement avec des intervalles indemnes de tout trouble psychiatrique.

II- HISTORIQUE DE LA PSYCHOSE PUERPERALE

C'est à HIPPOCRATE (45), en 400 avant J-C, que nous devons la description originelle de la psychose puerpérale dans le Livre Premier des Epidémies , à travers la fièvre que présenta l'épouse de Dromeades deux jours après son accouchement ; fièvre associée à un état d'agitation avec insomnie, douleurs de l'hypochondre, épistaxis, troubles digestifs et urinaires puis hallucinations au cinquième jour et décès de la jeune mère le lendemain. HIPPOCRATE attribua la cause de la mort « au sang des lochies qui remonte au cerveau » .

MARCE (61) en 1858 , faisant suite à ESQUIROL (32), en donna probablement la description la plus précise et surtout fit de la psychose puerpérale une entité nosologique . Il décrivit dans son traité un tableau

symptomatique apparaissant chez les nouvelles accouchées et comprenant une désorientation temporo-spatiale, une perplexité, des troubles mnésiques avec fausses reconnaissances, des visions oniroïdes vécues et agitées. « Les femmes enceintes, les nouvelles accouchées et les nourrices sont exposées à des troubles intellectuels qui, tout en se confondant intimement avec les formes ordinaires de la folie, n'en diffèrent pas moins d'une manière notable par les conditions organiques au milieu desquelles elles se développent » (61).
 ESQUIROL et MARCE attribuèrent à la « modification fonctionnelle et organique de l'utérus et de ses annexes » un rôle pathogène sur le cerveau des nouvelles accouchées.

A l'opposé MAGNAN, en 1877 dénia toute spécificité nosologique aux psychoses puerpérales par rapport aux grandes entités psychiatriques. En fait « il n'y a pas une psychose puerpérale mais des psychoses puerpérales » comme l'a rappelé BALLEST (5) pour qui les conceptions sur la psychose puerpérale rejoignent celles de MAGNAN, notamment dans l'importance accordée au terrain et à la prédisposition morbide. BALLEST considère que les psychoses puerpérales ne présentent aucune spécificité symptomatique évolutive ou étiopathogénique et les étudie selon les modèles neurologiques de l'époque.

Ensuite, l'hypothèse de l'infection fut évoquée, en raison de sa gravité et de sa fréquence au siècle dernier, comme on peut le voir dans la thèse de médecine de Louis-Ferdinand CELINE (21) consacrée à SEMMELWEIS, médecin hongrois (1818-1905) qui travailla sur les fièvres puerpérales et leurs origines. SIVANON dans sa thèse (78) observait cette étiologie infectieuse dans 80% des cas. En 1948 DELAY ne retrouvait qu'un cas d'infection chez 21 psychoses puerpérales.

Puis l'avènement des antibiotiques ne confirma pas cette hypothèse.

DELAY et ses collaborateurs (26) évoquèrent par la suite une étiologie hormonale, par rétention anormale de fragments déciduaux microscopiques dans la cavité utérine. Le retour à des règles normales consacrait la guérison des psychoses puerpérales.

Ensuite, on proposa d'expliquer les troubles observés chez les accouchées par la simple chute des taux d'oestrogène et de progestérone enregistrés après l'accouchement, par l'élévation des 17 hydroxy-stéroïdes d'origine surrénalienne ou encore par l'insuffisance de sécrétion thyroïdienne.

Aucune de ces hypothèses ne put être confirmée.

C'est sous l'influence des travaux de FREUD et de MEAD (64) qu'une nouvelle orientation, psychanalytique, fut prise en compte dans le cadre des hypothèses étiologiques. ZILBOORG (88, 89) se référa lui également aux écrits

de FREUD sur l'envie du pénis chez la femme et sur les fantasmes oedipiens et préoedipiens propres aux stades infantiles du développement psychosexuel pour interpréter les troubles psychiques du post-partum.

DEUTSCH souligna en 1947 (28) que la maternité est un fait psychologique ne pouvant être réduit à une simple « péripétie » hormonale. La maternité se situe, selon lui, dans la vie générale de la femme, elle est fonction de son statut social, de l'environnement familial, des caractéristiques de la société dont elle dépend et surtout de son histoire personnelle.

Si bien qu'il fallut chercher à aborder les accidents psychiques de la puerpéralité en envisageant une réactivation des conflits inconscients lors de la grossesse et de l'accouchement.

Dans les années 60 ensuite, les recherches de BENEDEK (9), BAKER (4), et les articles de RACAMIER et collaborateurs (67, 68) en France, montrèrent combien la séparation mère-nourrisson pouvait déterminer une expérience traumatisante pour l'un comme pour l'autre ; cette séparation pouvant confirmer à la mère ses sentiments hostiles vis-à-vis de son enfant .

Et c'est à partir de ces réflexions que les premières unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé virent le jour .

III-EPIDEMIOLOGIE

A - Généralités

La fréquence des désordres mentaux des femmes enceintes et des accouchées par rapport à l'ensemble des affections psychiatriques féminines, va diminuant depuis les années 1950. De 10 à 15%, les accidents puerpéraux sont passés à 5, puis à 2 ou 3% actuellement.

La faible incidence des hospitalisations psychiatriques au cours de la puerpéralité (1 à 2 pour 1000 accouchements) a longtemps fait souligner le rôle protecteur de la grossesse vis-à-vis des accidents psychiatriques majeurs, les contacts psychiatriques (consultation et hospitalisation) étant fortement concentrés en post-partum (KENDELL , WAINWRIGHT, HANDLEY et coll.).(83)

En effet, 80% des hospitalisations en psychiatrie, pour des troubles psychiques liés à la puerpéralité, ont lieu pendant le premier mois, dont 40% pendant la première semaine après l'accouchement.

Selon un travail très documenté d' HEMPHILL (70), effectué sur une population de 40 000 parturientes, , la fréquence des psychoses puerpérales était de 1,4 % de l'ensemble des grossesses et des accouchements .

Les psychoses puerpérales représentent, en moyenne, 4% des hospitalisations psychiatriques en Occident, avec des extrêmes allant jusqu'à 15% en pays économiquement défavorisés (69). La majorité des troubles survient au décours de l'accouchement, au cours du post-partum ; en effet 5% se produisent au cours de la grossesse , 85% lors du post-partum immédiat (dans les 15 jours) et 10% après un avortement (48).

La psychose puerpérale concerne, en moyenne, 70% de primipares et 30% de multipares ; la moyenne d'âge des patientes est de 25 ans (écart type : 17 à 40 ans) .

Les résultats d'une enquête menée par AMAR (2), effectuée auprès de 100 patientes atteintes de psychose puerpérale divergent des chiffres précités : 29% de primipares , 71% de multipares ; âge moyen de 18 ans (écart type : 15 à 41 ans) . 19% des sujets avaient décompensé au cours de la grossesse , 65% au cours du post-partum immédiat , 6% au cours de l'allaitement , 10% après un avortement.

L'âge de vulnérabilité pour les femmes serait compris entre 28 et 35 ans. C'est la primipare de 30 ans et plus qui se trouve le plus souvent affectée. Les faits sont encore plus constants pour le post-partum que pour la gestation. En effet, selon certains auteurs, l'incidence des accidents gravidiques serait plus grande parmi les multipares(69) .

B - Les troubles psychiques en cours de grossesse

Les troubles psychiques majeurs en cours de grossesse comme les psychoses gravidiques sont 5 fois moins fréquents que les psychoses du post-partum. La prévalence des états dépressifs mélancoliques reste inférieure à 1%, et concerne électivement la deuxième moitié de la grossesse.

Si l'on retient les études les plus récentes utilisant des instruments standardisés, l'incidence globale de l'anxiété en cours de grossesse se situe autour de 15% et autour de 12% pour la dépression mineure.

Dans trois enquêtes menées auprès de femmes ayant fait une tentative de suicide, la proportion de parturientes a été évaluée entre 5% et 6,2%. La grossesse étant considérée comme le motif du geste suicidaire dans 43% des cas. L'incidence de ces tentatives de suicide décroît nettement à partir du deuxième

trimestre de grossesse, et diffère peu de celle retrouvée dans la population générale.

Par ailleurs, un âge inférieur à 20 ans, la primiparité, le célibat, seraient des facteurs influençant les tentatives de suicide pendant le premier trimestre de la grossesse (83).

C - Les troubles psychiques du post-partum

Les troubles affectifs, dépressifs ou maniaques, représenteraient 80% des admissions en psychiatrie selon une étude menée par LEMPERIERE et coll. Les schizophrénies à début puerpéral ne représenteraient en fait qu'une très faible proportion des psychoses du post-partum, dont 10% au maximum évolueraient vers un trouble schizophrénique (JONQUIERE , WICHMAN).

La fréquence du post-partum blues varierait de 20 à 80% des cas en fonction des moyens d'évaluation adoptés dans les études (liste de symptômes ou échelle de Pitt ou de Zerssen).

Les dépressions majeures sont retrouvées selon les enquêtes dans 15 à 47% des cas, les dépressions mineures dans 15 à 41% des cas, les manies représentent elles 12 à 31% des cas et enfin les troubles schizo-affectifs sont retrouvés dans 2 à 22% des cas (83).

IV- LES FORMES CLINIQUES

A- Pendant la grossesse

Les « réactions anxieuses » sont très fréquentes , elles se présentent sous l'aspect de symptômes isolés (douleurs diverses, angoisses, palpitations, spasmes, oppressions) et ne nécessitent en général pas d'intervention spécifique mais surtout une réassurance par le médecin traitant des futures mères .Les principales inquiétudes concernent la morphologie de l'enfant à naître, la peur de mourir au cours de l'accouchement, la crainte d'être une mauvaise mère. Parfois, il peut s'agir de véritables crises de panique, de phobies (peur de la rue, peur de la solitude) ou d'idées obsédantes avec peur de tuer l'enfant .

On admet classiquement que les vomissements sont physiologiques jusqu'au 3^o mois. Leur signification psychosomatique est cependant constante. Ils se rattachent aux incidents mineurs qui accompagnent le bouleversement à la fois biologique et psychosocial de la grossesse.

L'étude statistique de GLADSTONE ROBERTS (1946) montrait que sur 100 femmes étudiées après le 3^o mois, il existait 57 vomisseuses et 43 non vomisseuses. L'étude psychologique a permis de retrouver 3 principaux facteurs dans le groupe des vomisseuses : une dyspepsie neurotonique antérieure dans 6 cas, un attachement excessif à la mère dans 20 cas, et des relations sexuelles troublées dans 40 cas. Dans le groupe des non vomisseuses, on ne retrouvait que 4 cas présentant un attachement excessif à la mère et 4 cas présentant des relations sexuelles troublées(2).

Ces vomissements gravidiques peuvent devenir parfois franchement pathologiques, et constituer un danger pour la mère et l'enfant nécessitant une hospitalisation urgente en raison de la gravité de la déshydratation et des troubles hydro-électrolytiques occasionnés.

Des manifestations d'hystérie peuvent également apparaître avec notamment la négation de la grossesse, image symétrique et inversée de la grossesse « nerveuse » ou hystérique, surtout observées chez les femmes très frustrées. Les principaux symptômes observés sont : l'asthénie, les plaintes somatiques, les comportements régressifs et infantiles d'exigence affective, liée à l'exagération du narcissisme hystérique (55).

On peut également citer les accidents psychosomatiques sévères (ulcères digestifs, spasmes viscéraux, asthme, dermatoses) relevant de mécanismes plus complexes et exprimant la lutte de l'organisme contre l'angoisse de la grossesse (33).

A noter également et de façon très sommaire, les accidents organiques avec signes psychiques tels que la psycho-polynévrite gravidique observée chez la jeune primipare (véritable syndrome de Korsakov avec paralysie atrophique douloureuse, confusion mentale, vomissements incoercibles souvent associés), la chorée gravidique pouvant s'accompagner de troubles de l'humeur et dans les cas graves d'un état confusionnel ; et enfin l'éclampsie, où les céphalées, l'irritabilité, l'obnubilation, annoncent un accident majeur que la surveillance attentive des femmes enceintes rend aujourd'hui exceptionnel.

On peut également assister au cours de la grossesse à des accidents psychotiques, avec une nette prédominance des mélancolies ; ces incidents sont toutefois rares et de même type que ceux apparaissant dans le post-partum (33).

D'une manière générale, la grossesse joue un rôle protecteur, les manifestations graves étant rares et tardives, au voisinage du terme.

Bien que les troubles psychiques soient très fréquents au cours de la grossesse, le remaniement psychobiologique de la gestation entraîne parfois la disparition de troubles antérieurs ; certaines névrotiques supportent paradoxalement très bien leur grossesse, celle-ci pouvant être l'occasion d'une réelle maturation psychologique et d'une meilleure intégration au groupe social(55).

B- Le post-partum blues

Ce syndrome également appelé « baby blues », survient vers le 3^o ou le 5^o jour après la naissance.

Il s'agit d'un épisode survenant dans 30 à 80% des cas, comprenant une asthénie majeure, des crises de larmes, une humeur triste et changeante, un désarroi profond devant la responsabilité d'élever un enfant, des idées d'incompétence, d'insuffisance, de mauvaise mère ; une agressivité vis-à-vis du mari peut également être notée.

Il est parfois discret et même non perçu par l'entourage, il disparaît souvent rapidement et peut ne se manifester qu'une seule journée ; dans moins de 10% des cas la dépression persiste plus d'une semaine.

En revanche, il est indéniable que la qualité de l'environnement de la jeune mère peut favoriser la survenue de ce syndrome ou au contraire minimiser son expression.

Il s'agit d'un syndrome bénin souvent attribué par les gynécologues à la montée de lait (1), ou expliqué par des modifications hormonales des suites de couches quoique l'on n'ait pas constaté de changement significatif dans les taux d'hormones entre les femmes présentant ce post-partum blues et les autres(20 durant). Ces manifestations seraient expliquées également comme un moment de flottement psychologique devant l'adaptation à une situation nouvelle(54).

Quoi qu'il en soit, le post-partum blues ne nécessite pas de traitement chimiothérapique. Son évolution sera d'autant plus rapide et favorable que la jeune mère trouvera auprès d'elle une présence aidante et chaleureuse qui la rassure sur ses capacités à être mère.

C- Les psychoses du post-partum

Elles apparaissent dans les jours qui suivent l'accouchement, avec un temps de latence allant de quelques heures à 15 jours. Le tableau le plus fréquent est « un syndrome confuso-onirique » débutant de façon brutale, sans prodromes, par une confusion pouvant aller jusqu'à la stupeur. Les céphalées intenses sont presque toujours présentes, il existe des troubles du comportement tels que des actes aberrants, une agitation, une agressivité, des fugues, des actes antisociaux. Le faciès est particulier : hagard, hébété, teint pâle.

Le délire est spécifique, centré sur des thèmes de négation du mariage, de la grossesse et de la naissance de l'enfant, dont la patiente affirme qu'il est imaginaire ou né d'une autre femme. Parfois, il s'agit de thèmes de perte avec affirmation de la mort de l'enfant ou de sa transformation. Le délire est souvent accompagné d'hallucinations visuelles, auditives ou cénesthésiques. Des signes physiques préoccupants peuvent apparaître tels que l'amaigrissement, l'anorexie, ou l'asthénie majeure.

En dehors de ce tableau, on peut observer des manifestations de type maniaque avec cliniquement : fantaisie dans l'habillement, exaltation, grande labilité de l'humeur, logorrhée, comportement ludique, avec un discours centré sur la puerpéralité.

Dans quelques cas, des états « schizophréniformes » sont notés, avec automatisme mental, délire mal systématisé, anesthésie affective, hallucinations, sentiment d'étrangeté.

D- Les dépressions du post-partum

On a longtemps sous-estimé semble-t-il, la fréquence des états dépressifs du post-partum, dont les conséquences sur le premier développement du bébé sont pourtant loin d'être négligeables.

La plupart des hospitalisations ont lieu dans le mois ou dans les trois premiers mois qui suivent l'accouchement.

Le tableau clinique des dépressions franches est celui d'une dépression mélancolique associant inhibition, tristesse, douleur morale intense, insomnie, angoisse de mort, idées d'auto-accusation. Très souvent, il s'agit d'une mélancolie de type délirante avec une grande labilité de l'humeur. Les idées délirantes concernent très souvent le bébé avec la conviction de la mère de ne pas

être capable d'élever son enfant, qu'il va être malheureux ou mourir à cause d'elle, ou bien que le bébé n'est pas le sien et qu'il a été substitué à la naissance. Il est dans ce cas nécessaire et même urgent d'entreprendre un traitement, d'autant qu'un geste suicidaire ou un infanticide sont toujours possibles. Ces épisodes mélancoliques inaugurent souvent une maladie maniaco-dépressive (25 à 30% des cas) et ils apparaissent deux fois sur trois dès la première naissance.

Il faut également rapprocher de ces épisodes dépressifs majeurs les accès maniaques, dont la symptomatologie est dominée par l'agitation et les hallucinations. Le début en est brutal, dans les suites immédiates de l'accouchement et ils évoluent souvent vers une phase dépressive. Il faut noter d'ailleurs la fréquence des états mixtes dans les troubles thymiques du post-partum.

A noter également l'existence de dépressions névrotiques graves du post-partum, accompagnées de plaintes hypochondriaques. Celles-ci ont une évolution souvent traînante et rebelle aux antidépresseurs classiques(31).

Les dépressions mineures, encore trop souvent méconnues, représenteraient selon les études épidémiologiques (83), entre 10 et 20% des accouchements. Elles évoluent souvent discrètement dans la suite d'un post-partum blues traînant. C'est souvent après le retour au domicile que la jeune mère continue de ressentir une grande fatigue et un sentiment d'abattement. Elle est irritable, pleure facilement, supporte mal les pleurs du bébé, pense que son lait est mauvais, se reproche volontiers de ne pas bien s'en occuper, et ce d'autant plus qu'elle n'en éprouve aucun plaisir. L'anxiété par rapport à l'enfant est importante et explique la multiplicité des consultations pédiatriques ou de médecine générale.

Parfois, on peut observer des phobies d'impulsion, comme la peur de faire mal à l'enfant, ou bien de le jeter par la fenêtre. Cette angoisse apparaît surtout lorsque la maman se retrouve seule avec son enfant, et s'accompagne d'un sentiment de culpabilité très fort ; mais il n'existe jamais de passage à l'acte.

Il existe et de façon très fréquente également des troubles du sommeil et un désintérêt persistant pour la sexualité .

Ces manifestations correspondent sur un plan nosographique à des personnalités névrotiques ou à des états limites.

Leur reconnaissance est impérative, elles peuvent en effet évoluer à bas bruit sur plusieurs mois et avoir un retentissement sur la qualité des interactions précoces entre la mère et le bébé, et par conséquent sur le développement du nourrisson. Il n'est pas rare qu'un des signes d'appel de la souffrance maternelle soit un trouble fonctionnel du nourrisson.

La prescription d'un traitement antidépresseur est souvent nécessaire, mais insuffisant. Une prise en charge psychothérapique mère-enfant, représente une des modalités thérapeutiques privilégiées, tant pour la mère que dans une perspective de prévention pour le bébé.

V- ETIOPATHOGENIE

A- Les facteurs biologiques

1- Les hormones

Au cours de la grossesse et de l'accouchement, on note une modification des sécrétions hormonales, au niveau de l'axe hypophyso-ovarien. L'équilibre hormonal qui s'est établi au cours de la grossesse est brutalement rompu à l'accouchement, avec effondrement du taux des hormones stéroïdes. DELAY, en 1958 considérait que l'absence de retour à la normale du cycle hypophyso-ovarien expliquait l'apparition des psychoses puerpérales et proposait le curetage utérin comme traitement systématique des psychoses du post-partum. Toutefois, les résultats semblent meilleurs avec les traitements psychiatriques, qu'avec les traitements hormonaux.

En 1989, HARRIS et coll. (43), étudient le rôle de l'environnement hormonal dans les dépressions du post-partum : 147 mères, 6 à 8 semaines après la naissance d'un enfant en bonne santé, ont rempli l'échelle de dépression postnatale d'Edinburg, l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS), l'échelle de dépression de Raskin, et fourni des échantillons de plasma pour des dosages de cortisol, d'estradiol, de progestérone et de prolactine, ainsi que des échantillons de salive pour des dosages de cortisol et de progestérone.

14,9 % des femmes étaient déprimées selon les trois échelles citées. Des corrélations significatives ont été observées entre les manifestations dépressives et la chute des taux salivaires de progestérone et de prolactine.

DALTON lui, propose la progestérone comme traitement prophylactique dans le post-partum immédiat au cours des deux mois qui précèdent le retour des règles(54).

KLAIBER a également utilisé les œstrogènes avec plus ou moins de succès, dans le cadre d'essais en double aveugle contre placebo (54).

L'hypothèse étiologique dominante actuellement pour les psychoses puerpérales serait une hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques dans la période du post-partum. COOKSON(23), en se basant sur des modèles animaux, propose l'hypothèse que la chute brutale des oestrogènes circulant en post-partum serait responsable d'une augmentation de la sensibilité des récepteurs dopaminergiques. Cette théorie a reçu le support de deux travaux récents, qui ont retrouvé une sensibilité augmentée des récepteurs dopaminergiques hypothalamiques chez les femmes à risque de rechute de psychoses puerpérales et qui rechutent effectivement, en comparaison avec les femmes à risque qui ne rechutent pas, et avec les sujets témoins. (82, 85, 65)

2- La noradrénaline et l'adrénaline

En 1983, Kuevi et coll. (50), concluent, à propos d'un travail sur le post-partum blues, que 52% de leurs patientes présentent un taux sanguin de noradrénaline et d'adrénaline significativement abaissé, corrélé avec des troubles majeurs de l'humeur, dans le post-partum immédiat.

3- Le calcium

Une étude menée aux Etats-Unis en 1985 (71), a comparé le taux de calcium sérique de 53 jeunes mères présentant un trouble psychiatrique sévère du post-partum, avec 35 femmes ayant des troubles psychiatriques en dehors du post-partum et 49 femmes sans troubles psychiatriques du post-partum. Un taux significativement plus élevé a été retrouvé dans le sérum des patientes présentant un trouble psychiatrique sévère du post-partum.

B- Les facteurs gynécologiques et obstétricaux

Les anomalies et les stress obstétricaux seraient 2 fois plus fréquents chez les femmes atteintes de psychoses du post-partum. Hémorragies, dystocies, césariennes, anesthésie générale, selon certains auteurs (52), seraient des circonstances aggravantes, voire même génératrices de syndromes dépressifs graves du post-partum. En effet selon ces auteurs la parturiente tolérant mal de ne pas sentir son enfant « sortir de sa chair », éprouverait donc en post-partum de la frustration et de l'agressivité.

C- Les facteurs psychosociaux

Des conditions extérieures éprouvantes, socio-familiales ou matérielles, peuvent avoir une incidence pathogène sur la femme enceinte ou la récente accouchée.

Les travaux des sociologues et des ethnologues nous ont appris que la structure socio-familiale, la place de la femme dans la société, la nature des rapports entre la mère et l'enfant, interviennent dans le comportement de la mère à l'égard de sa maternité (MEAD).

Il semble que les femmes des sociétés primitives connaissent peu ou pas de psychoses puerpérales .

En effet la femme subit les contraintes de son sexe et de son groupe social dans sa « façon d'envisager la grossesse et l'accouchement » ou dans son attitude envers l'enfant. C'est l'attitude « phallique » dominatrice et autocratique de l'homme, encouragée par la collectivité, que la femme supporterait mal (69).

D- Les antécédents psychiatriques

L'incidence des antécédents familiaux ou personnels de la maladie mentale sur l'ensemble des troubles psychiatriques puerpéraux paraît lourde.

Des antécédents psychiatriques familiaux sont retrouvés dans 15 à 20%, parfois même dans la moitié des cas ; des antécédents psychiatriques personnels dans 20 à 50% des cas (44).

Il existe de plus une augmentation des complications gravidiques ou périnatales. La grossesse chez une femme présentant des troubles psychiatriques est potentiellement à risque et ce d'autant plus que la pathologie psychiatrique fait qu'elle est peu suivie médicalement.

En 1961, SOBEL (79) a mis en évidence 2,2 fois plus de morts néonatales chez les schizophrènes. En 1980, WREDE (87), dans une étude contrôlée chez 174 schizophrènes, a conclu à une augmentation significative de complications médicales aux premier et troisième trimestre.

En 1973, SAMEROFF et ZAX (75) ont montré que les femmes ayant eu un trouble dépressif pendant leur grossesse, avaient des enfants avec un score d'Apgar plus bas et une nécessité plus fréquente de réanimation néonatale.

En 1988, BAGEDAHL-STRINDLUND (3), dans une étude sur le devenir des enfants nés de malades mentales, a conclu à un taux de mortalité néonatale plus élevé dans ce groupe.

HUNT et SILVERSTONE(46) dans une étude réalisée en 1995, ont montré que le risque de décompensation psychotique en post-partum chez les patientes atteintes de psychose maniaco-dépressive était de 25 à 40%.

BELL et coll. (8) ont suivi 53 femmes pendant 8,8 ans, après une hospitalisation conjointe mère-bébé pour une dépression sévère du post-partum. Ils ont montré que les antécédents psychiatriques des patientes étaient un facteur pronostique de la sévérité de la psychose puerpérale à long terme.

VI- NOSOGRAPHIE

Il faut souligner dans un premier temps que la nosographie internationale, c'est à dire la CIM-10 et le DSM-IV, ne reconnaissent pas vraiment de spécificité aux psychoses puerpérales (voir en début de chapitre le paragraphe Définitions).

Dans la nosographie française, les psychoses puerpérales ont été décrites, après MARCE (61) en 1858, comme « des bouffées délirantes polymorphes » par LEMPERIERE et Coll. en 1984 (54). Le débat de fond autour des psychoses puerpérales est centré sur leur éventuelle spécificité par rapport aux troubles psychotiques survenant en dehors de la période du post-partum.

En effet, depuis que le DSM III a contesté l'autonomie nosographique des psychoses puerpérales, différents travaux se sont attachés à discuter du lien entre la psychose puerpérale et les diverses pathologies psychiatriques déjà reconnues ; c'est-à-dire essentiellement la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive et la bouffée délirante.

Jusque dans les années 60, plus de 50% des psychoses puerpérales étaient étiquetées schizophrénie aux Etats-Unis. Les Anglais ont plus souvent porté le diagnostic de psychose maniaco-dépressive et intégraient la psychose puerpérale dans les troubles thymiques.

Certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'une entité à part, reconnaissant une clinique, des étiologies et un pronostic spécifiques (17). D'autres considèrent

par contre que l'accouchement n'est qu'un facteur de risque précipitant l'émergence de syndromes psychiatriques similaires à ceux survenant en dehors du post-partum.

Pour KRAEPELIN, la psychose puerpérale n'était pas une entité à part entière, mais serait un des aspects des deux principales entités psychotiques que sont la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive, avec une liaison importante avec la psychose maniaco-dépressive. (63)

DEAN et KENDELL ont montré que dans la plupart des cas, la symptomatologie de la psychose puerpérale correspondait aux critères RDC des deux catégories traditionnelles de psychoses (schizophrénie et psychose maniaco-dépressive) (25).

En effet, les patientes bipolaires auraient un taux de rechute augmenté en période puerpérale. De plus, chez les patientes ayant fait une psychose puerpérale, l'augmentation des risques de troubles affectifs non puerpéraux, serait la même que pour les patients présentant des troubles affectifs.(63)

Les résultats des grandes études rétrospectives ayant permis d'éclaircir quelque peu le champ de la nosographie des psychoses puerpérales montrent que dans 70 à 80% des cas, le diagnostic de trouble de l'humeur, dépressif ou maniaque, est finalement retenu (BROCKINGTON et al., 1981 ; KATONA, 1982 ; KENDELL et al., 1987 ; MELTZER et KUMAR, 1985) (82).

« On remarque avec MCNEIL (1986, 1987, 1988a, 1988b), que les psychoses puerpérales à début précoce (trois premières semaines) sont majoritairement des troubles de l'humeur, alors que les troubles à début plus tardifs (après trois semaines) sont plus volontiers des troubles prenant des allures schizophréniques »(82).

CHAPITRE II

LES RELATIONS PRECOCES MERE-ENFANT

I- LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT

A- Le comportement d'attachement chez l'animal

Le concept « d'empreinte » a été élaboré par deux éthologues du début du siècle, HEINROTH et WITHMAN, pour décrire les mécanismes par lesquels les oisillons nidifuges prennent dans les premières heures de leur vie, l'empreinte des caractéristiques de leur mère, et ainsi, en même temps de leur espèce.

LORENTZ (57), en 1935 a développé ce concept chez les mammifères. Selon cet auteur, pour que l'empreinte puisse se développer de façon adéquate, deux mécanismes doivent être mis en jeu. Le premier mécanisme est celui de la « poursuite » par le petit de tout individu ou de tout objet mobile, dès sa naissance. D'après LORENTZ, cette poursuite serait un comportement inné et instinctuel. Le second mécanisme est celui de « l'identification » des caractéristiques de la mère biologique ou de substitution, au cours de la poursuite. Ce serait de cette manière que le petit prendrait l'empreinte des caractéristiques particulières et spécifique de l'individu qu'il poursuit, empreinte qui influencerait ses schémas parentaux et sexuels. Ces schémas fixés feront l'objet d'une préférence irréversible dans la suite de la vie de l'individu.

LORENTZ et TINBERGEN en 1935 ont également décrit « les schémas de déclenchement inné », c'est-à-dire la connaissance innée de certains objets déterminés du monde extérieur (proie, partenaire sexuel...) qui déclenche une réaction de l'organisme en absence de toute expérience antérieure. En fait, la structuration des comportement serait une combinaison du phénomène d'empreinte et des schémas de déclenchement inné. Par ailleurs, il existerait une période postnatale « critique », durant laquelle le petit est capable de s'imprégner de l'empreinte du premier individu qu'il rencontre, qu'il soit de son espèce ou d'une autre. En dehors de cette période dite « critique », l'empreinte pourrait ne pas avoir l'impact habituel et donc ne pas être de bonne qualité.

VIDAL, en 1976 a remis en cause cette théorie par ses travaux. En effet, il a montré que la prise d'empreinte n'est pas totalement irréversible, et que la persistance plus ou moins importante de cette empreinte est multifactorielle. Ses

résultats relativisent la notion de période « critique », en effet, une fois que cette période est dépassée les individus sont moins sensibles aux stimuli de leur environnement, mais ils ne sont pas définitivement incapables de les intégrer (82).

HARLOW (41, 42), débute en 1958 ses travaux sur l'influence de l'isolement social des jeunes macaques rhésus. Ainsi, il a observé que ces jeunes singes séparés précocement de leurs mères, développaient un contact corporel étroit avec une couche de coton placée dans leur cage. A partir de cette observation, de multiples expériences ont été réalisées, comparant l'attitude des singes face à des mannequins métalliques nus ou revêtus d'un tissu éponge. Ces expériences ont permis à HARLOW, de montrer l'importance de la qualité du contact corporel dans l'attachement des jeunes primates à leur mère, ou à un substitut maternel. Il a montré par ailleurs, que cet attachement lié au contact corporel n'est pas tributaire de la satisfaction de la faim ou de la soif et que ces contacts tactiles jouent un rôle de soutien dans les expériences nouvelles auxquelles les jeunes singes sont soumis, et ainsi facilitent leurs comportements d'exploration.

De plus, les travaux de HARLOW ont remis en cause la notion de période « critique ». En effet, cet auteur n'a pas démontré qu'il y ait une empreinte spécifique vis-à-vis du tissu éponge et d'autre part, même si l'isolement social conduit le jeune singe à développer des comportements interactifs pauvres, voire des conduites autistiques, ces comportements ne sont pas irréversibles si l'isolement dure moins de trois mois. Pour HARLOW, il semble donc plus adéquate de parler de période « sensible » que de période « critique ».

B- Le comportement d'attachement chez l'homme

BOWLBY, psychanalyste relativement proche de l'école kleinienne en Angleterre, travaillait depuis la deuxième guerre mondiale à la Tavistock Clinic de Londres, sur les effets de la séparation du jeune enfant de sa mère. De ses travaux, l'auteur rédigea un livre en 1954 qui s'intitula : *La carence de soins maternels*.

Puis dès 1957, BOWLBY élaborait la célèbre et controversée théorie de l'attachement (bonding), afin de définir « la nature du lien qui unit l'enfant à sa mère » (13, 14). Cette théorie tente d'expliquer les mécanismes qui sont à l'origine de l'établissement des liens privilégiés entre un nourrisson et sa mère. A partir des théories énoncées par les éthologues citées précédemment, BOWLBY rapprocha le désarroi des mammifères séparés de leur mère, à celui que l'on observe chez le bébé humain. A partir de ce rapprochement, l'auteur fut

amené à se poser le problème de la valeur de la notion de dépendance orale chez le nourrisson.

BOWLBY étudie notamment un aspect du comportement maternel observé chez les mammifères : le « retrieving ». Ce terme peut-être défini comme un comportement parental de soins qui aboutit à ce que le petit soit ramené au nid, ou pris dans les bras. Ceci indique, chez l'homme comme chez les animaux, qu'une partie du maternage porte sur la réduction de la distance entre la mère et son enfant. (53)

Les modalités de renforcement du comportement d'attachement restent activées par le contact physique entre les deux partenaires. La distance entre la mère et son enfant aboutit à leur activation lorsque la mère s'éloigne.

Le maintien de la proximité est dans un premier temps assuré par la mère, puisque l'enfant est incapable, au début de se mouvoir. A partir de six mois, le bébé est capable par lui-même d'assurer un rapprochement, mais ne peut pas suivre sa mère. Par la suite et grâce à l'acquisition de la marche, l'enfant intervient lui-même pour rester près de sa mère, qui le repousse ou l'encourage à rester auprès d'elle. (53)

BOWLBY propose donc l'idée qu'il existe une pulsion d'attachement, pulsion primaire, non liée à la libido. Cette pulsion définirait le comportement d'attachement qui s'exprime dans les deux premières années de la vie. Cinq conduites d'attachement se succèdent : la succion, l'étreinte, le cri, le sourire et la tendance à aller vers, à s'accrocher. (12)

Toutes ces conduites, concourent à maintenir la proximité avec la mère et constituent des signaux pour la mère, à condition que celle-ci leurs donne une signification. Il s'agit donc d'un système interactif qui s'établit entre l'enfant et sa mère.

La mère, à partir d'un certain moment, sourit en retour à ce qu'elle estime être un sourire, ce qui la détermine à s'approcher de son enfant, à lui parler, à le caresser, ou à le prendre dans ses bras. L'interaction sociale déterminée par ce que la mère appelle le sourire de son bébé, prolonge l'interaction et renforce donc le sens social des mouvements de sourire. (53)

Un autre signal utilisé par le nourrisson est celui d'extension des bras. A partir de six mois, un bébé étend ses bras lorsque sa mère s'approche de lui. Pour la mère, il s'agit d'un signal selon lequel l'enfant réclame d'être pris dans ses bras. Pour BOWLBY, il s'agit d'un reste phylogénétique du mouvement du singe qui étend ses bras pour s'agripper au flanc de sa mère.

BOWLBY, en effet, explique dans sa théorie que l'attachement du nourrisson à sa mère, ou à un substitut maternel, serait un comportement instinctif, non dérivé d'un autre besoin primaire comme la soif ou la faim, et dont

le schéma général serait caractéristique de l'espèce, alors que les détails seraient propres à chaque individu.

Par comportement d'attachement, il entend tous les mécanismes que l'enfant peut mettre en jeu pour s'assurer la proximité de sa mère (pleurs, succion, agrippement). Peu à peu, répondant aux comportement d'attachement de son enfant, la mère devient la cible privilégiée de ces comportements.

Il existe de plus, selon BOWLBY, un développement temporel de l'attachement. Ainsi, à mesure que l'enfant devient capable de discriminer de plus en plus nettement sa mère, il va manifester des angoisses face à la séparation et des craintes à l'égard des étrangers.

A partir de 3 ans, l'enfant peut se sentir en sécurité en dehors de la présence de sa mère, il va pouvoir développer d'autres types de relations. L'attachement aurait donc, avant tout, un rôle de protection.

Pour les psychanalystes, l'attachement d'un nourrisson à sa mère (ou à son substitut) s'origine dans des conduites pulsionnelles. FREUD disait en 1905 : « La première et la plus vitale des activités de l'enfant, la tétée du sein maternel (ou de ces substituts) a dû déjà le familiariser avec ce plaisir (activité auto-érotique de succion). Nous dirons que les lèvres de l'enfant ont tenu le rôle d'une zone érogène, et la stimulation réalisée par l'afflux de lait chaud fut sans doute la cause de la sensation de plaisir. Au début, la satisfaction de la zone érogène était sans doute associée à la satisfaction du besoin alimentaire. L'activité sexuelle s'étaye tout d'abord sur une des fonctions servant à la conservation de la vie et ne s'en affranchit que plus tard. »

II- LES INTERACTIONS PRECOCES

A- Avant la naissance

1- Les capacités sensorielles

En ce qui concerne les capacités sensorielles du foetus, l'audition semble jouer le rôle essentiel, c'est en effet grâce à elle que passe le maximum de relations entre le foetus et l'extérieur.

D'un point de vue anatomique, il est montré que l'audition est possible pour le foetus à partir du cinquième mois de la vie intra-utérine. Les travaux utilisant des capteurs placés au sein de l'utérus ont montré que l'enfant entend assez bien le monde extérieur in utero.

Tout d'abord, l'enfant perçoit les bruits vasculaires, cardiaques et viscéraux provenant de l'organisme de sa mère. Ainsi, lorsque le bébé commence à pleurer après la naissance, la mise en route d'une machine reproduisant un rythme cardiaque et vasculaire, calme instantanément le nourrisson.

Le fœtus perçoit également, les bruits de l'extérieur, ces bruits parvenant au fœtus de façon atténuée, surtout en ce qui concerne les aigus. Des études épidémiologiques montrent qu'en cas d'exposition des futures mères à des niveaux de bruits importants tout au long de la grossesse, il existe des déficiences auditives chez les enfants.

En ce qui concerne le goût, il apparaît que le bébé arrive à la naissance avec une série de préférences, notamment pour le sucré, et qu'il fait à la naissance instantanément la différence. Tout se passe comme si, le goût pour le sucré est génétiquement établi. L'expérience a été faite de sucrer le liquide amniotique, et il a été constaté que le fœtus tétait davantage et en avalait une plus grande quantité.

Par ailleurs, le fœtus semble parfaitement percevoir le contact, à travers la paroi abdominale et utérine. Ainsi, les mères ont constatés qu'à partir du 7^o mois de grossesse, le fait de poser sur leur ventre un livre un peu lourd, provoquait des coups de pieds ou de bras de la part du fœtus, comme s'il voulait se débarrasser de ce poids.

Sous l'influence de VELDMAN aux Pays-Bas, s'est développée une technique appelée : l'haptonomie. Cette technique, consiste à toucher le bébé à travers la paroi abdominale et utérine de la femme enceinte. Ainsi, la futur maman et le futur papa ont pu apprendre à caresser et à entrer en contact avec leur enfant (62).

2- Les interactions foeto-maternelles

La situation de symbiose profonde pendant la grossesse est à l'origine d'interactions foeto-maternelles importantes.

Les relations organiques entre la mère et le fœtus sont extrêmement étroites, les interactions existent grâce à des intermédiaires humoraux et neurovégétatifs, puisque le fœtus est branché en dérivation sur la circulation maternelle sanguine.

Par le biais de ces relais physiologiques, la vie émotionnelle de la mère semble avoir des effets sur le fœtus.

GRAVES rapporte les résultats d'une étude effectuée en 1965 par SONTAG, sur des femmes enceintes. 8 mères subirent un choc émotionnel grave (survenue d'une grave maladie, décès du mari) vers la fin de leur grossesse. Dans tous les

cas, l'activité motrice du fœtus a montré une augmentation extrême d'intensité en réaction au traumatisme subit par la mère. Les mouvements fœtaux étaient violents et douloureux par la suite. De plus, ces nouveau-nés se sont révélés hyperexcitables et présentaient une activité motrice intense. (62)

La vie imaginaire et fantasmatique de la mère pendant la grossesse représente une base essentielle des relations ultérieures que la mère aura avec son enfant. Cette image consciente et inconsciente chez la mère pendant la grossesse, viendra moduler sa relation avec son bébé et interviendra dans sa relation ultérieure avec lui. Tout est lié à sa propre vie affective, à ses relations avec le père du bébé, mais aussi à sa propre histoire et à ses relations avec ses images parentales.

La technique moderne de l'échographie largement utilisée de nos jours, a des répercussions sur le plan de la relation entre la mère et de son fœtus. Le fœtus de 4 mois n'est en effet, plus seulement un être qui bouge, perçu vaguement en dedans de soi, mais un bébé bien présent et dont on peut suivre les réactions. Malgré son rôle rassurant, l'échographie a des répercussions sur le plan de la mobilisation fantasmatique. La visualisation du fœtus in utero « court-circuite » momentanément l'imaginaire parental. Pour SOULE (80), cet examen peut être à l'origine de véritables avortements de fantasmes, « d'interruption volontaire du fantasme ».

B- Les capacités du nouveau-né

1- Les capacités sensorielles et interactionnelles

a- La vision

Les travaux de GREENMAN cités par LEBOVICI (53), montrent que 95% des nouveau-nés sont capables dès les quatre premiers jours de leur vie de suivre des yeux un objet de couleur vive tel qu'un anneau rouge. Certains nourrissons sont capables de tourner le tête pour faciliter le mouvement de poursuite oculaire.

Le fait d'amener le nourrisson de la position couchée horizontale à une position relevé de 30° environ, induit une stimulation vestibulaire, favorise l'ouverture des yeux et ainsi augmente le niveau de vigilance et d'attention pour les cibles visuelles.

Il semble qu'il existe une préférence pour les formes complexes proches du visage humain. En effet, une étude citée par MAZET (62) montre que les nouveau-nés soumis à des modèles de forme et de taille équivalents au visage humain ont montrés une nette préférence visuelle pour le modèle où les yeux, la bouche et le nez étaient placés le plus conformément au visage humain.

Ceci suggère que le bébé est dès la naissance « programmé » pour diriger son attention vers le regard de sa mère et ainsi utiliser le regard pour développer la force du lien affectif entre sa mère et lui.

b- L'odorat

Les nouveau-nés dès l'âge de 2 jours, sont doués de capacités sensorielles olfactives et peuvent discriminer deux odeurs proches l'une de l'autre. En effet, les études de McFARLANE citées par LEOVICI (53) montrent que les nouveau-nés tournent préférentiellement la tête vers un tampon imprégné par l'odeur maternelle et délaissent un autre tampon imprégné de l'odeur du sein d'une autre mère.

c- L'audition

La présentation à un nouveau-né d'un son lorsqu'il se trouve en état de vigilance déclenche fréquemment des réactions d'orientation : le bébé tourne les yeux et la tête en direction de la source sonore. Si le bébé est somnolent, la présentation d'un son déclenche l'ouverture des yeux. A l'opposé, si le bébé crie ou pleure, un son continu est capable de mettre fin aux pleurs. Le nouveau-né est donc non seulement capable d'entendre les sons, mais aussi il est capable de discriminer les stimuli sonores. En effet, dès les premiers jours de vie, le bébé montre une préférence pour la voix humaine et essentiellement pour celle de sa mère. Chez le nouveau-né, les voix humaines déclenchent plus fréquemment des sourires que les autres sons.

2- Les états de vigilance

Les états de vigilance selon la classification de WOLFF, sont au nombre de 6 : les états 1 et 2 correspondent au sommeil, l'état 3 à la somnolence, et les états 4 à 6 à l'éveil.

Ainsi, l'état 4 (état de veille calme et attentif) est celui où les performances du bébé sont maximales et où le bébé est le plus disponible. La proportion d'état 4 augmentera progressivement pendant les premières semaines. Les variations individuelles de l'état 4 semblent être considérables et peuvent refléter des différences importantes dans les relations des nouveau-nés avec leur environnement.

De plus, le bébé exerce un contrôle sur ses niveaux de vigilance, c'est ce que BRAZELTON décrit sous le nom de « phénomène d'habituation ». Si un nouveau-né est exposé à un stimulus répété, ses amplitudes de réactions seront

dans un premier temps hautes, puis elles vont aller en décroissant jusqu'à ce que le bébé s'endorme pour échapper au stimulus. Le bébé utilise ses états de vigilance comme un moyen de défense et de contrôle des tensions endogènes ou exogènes.

Les états de vigilance sont en relation avec l'interaction mère-bébé, ils représentent des communications entre ces deux partenaires. Ainsi, la mère peut mettre les états des nouveau-né en relation avec le type de soins qu'elle a prodigués à celui-ci. Un nouveau-né qui passe de l'état 3 à l'état 4 quand sa mère lui sourit et le caresse transmet une information à sa mère que celle-ci interprétera probablement comme : « les caresses et les sourires m'incitent à être pleinement éveillé et attentif à toi ». Réciproquement, le bébé a l'expérience de soins différents selon le type d'état où il se trouve et les premiers mois de sa vie lui permettent de créer des liens entre ses états et le type de soins que sa mère ou son père lui apportent.

Ces états de vigilance sont, de plus, interprétés par les parents comme des témoignages de la qualité de leurs soins et ils se jugeront en tant que parents selon ce que leur renverra leur bébé à travers la qualité de ses états de vigilance.
(53)

C- La constitution du lien mère-nourrisson

Pendant la grossesse, la mère élabore mentalement (consciemment et inconsciemment) certaines images, certaines préoccupations anxieuses, certains fantasmes, diverses attentes et anticipations concernant l'enfant à naître. L'enfant est déjà inscrit dans la fantasmagorie maternelle, il occupe une place dans le jeu des désirs infantiles et des pulsions de ses parents. L'LEBOVICI attribue à cet enfant inscrit profondément dans la vie mentale inconsciente de ses parents le nom d'enfant fantasmagorique, contrairement à l'enfant imaginaire qui figure dans les systèmes préconscient et conscient.

L'interaction mère-bébé qui a commencé durant la grossesse, se poursuit dès les premiers instants suivant la naissance et même pendant l'accouchement. La douleur de l'accouchement met en quelque sorte fin à « l'imaginaire » de manière brutale, le « réel » faisant une irruption massive et terrible dans la relation à l'enfant. De plus, la douleur physique et psychologique de l'accouchement, va aider la mère dans le processus de séparation, qui n'est encore qu'à ses débuts : le bébé après la naissance est encore aux yeux de la mère un prolongement d'elle même.

Dès les premiers instants, l'enfant nouveau-né et sa mère se rencontrent. La mère découvre le corps de son enfant, elle l'explore avec les doigts puis les mains, puis les premiers épisodes de regard mutuels s'établissent. Le travail mental de l'accouchée, qui suit ces premiers instants, n'est pas simple et peut se rapprocher d'un travail de deuil. En effet, après la naissance de son enfant, la mère doit faire à la fois le deuil de sa grossesse et le deuil de l'enfant imaginaire, parfait, idéal et conforme à chacun de ses désirs. Ensuite, la mère devra effectuer un peu le travail inverse, c'est à dire « attacher » à l'enfant nouveau-né des désirs, des espoirs, des sentiments et donc lui faire une place dans sa vie mentale.

Les premiers jours et même les premières heures suivant la naissance semblent représenter une « période sensible », où la mère est particulièrement apte à constituer un lien d'attachement avec son bébé. Nous venons d'évoquer la complexité et les difficultés rencontrées par la mère après l'accouchement, dans son travail de réorganisation et d'investissement de son nouveau-né. Il est capital pour la mère de pouvoir donner ses soins au bébé et de réaliser ce travail coûteux, car si celui-ci lui est évité, il est clair que son appareil psychique suivra sa tendance spontanée, à savoir limiter ses dépenses énergétiques et donc diminuer le travail d'investissement.

Après l'accouchement, des pensées anxieuses se développent chez la mère en rapport avec l'état du bébé. C'est ce que WINNICOTT (86) appelle la préoccupation maternelle primaire. Grâce aux soins de la mère, le bébé se développera, communiquera de plus en plus avec elle, permettant à la préoccupation maternelle de diminuer et aux expériences de plaisir d'augmenter.

KLAUS et KENNEL (49), deux pédiatres Américains, ont par leurs études mis l'accent sur l'importance toute particulière de ces tous premiers instants après la naissance. Ils ont étudiés 28 accouchées primipares et leurs bébés, à terme et en bonne santé. 14 de ces mères eurent seulement quelques secondes pour apercevoir leurs nouveau-nés après l'accouchement, le virent à nouveau 6 à 8 heures plus tard, puis eurent la possibilité de les nourrir pendant environ 30 minutes toutes les 4 heures. L'autre groupe de 14 mères purent prendre leurs bébés près d'elles dans leur lit pendant 1 heure au cours des 2 heures suivant l'accouchement, et pendant chacun des 3 jours suivants, elles purent l'avoir près d'elle 5 heures de plus que les mères du premier groupe.

Les résultats de cette étude ont montré que :

-1 mois plus tard, au cours de l'examen pédiatrique, les mères du deuxième groupe (celles qui avaient eu plus de contacts avec leur bébé), se tenaient près de leur bébé pendant l'examen, regardaient l'examen, consolait davantage

l'enfant, participaient plus à des périodes de regard mutuel par rapport au premier groupe des mères.

-1 an plus tard, on retrouvait dans les 2 groupes des différences statistiquement significatives. Lors de la consultation les mères du deuxième groupe, aidaient davantage le médecin durant l'examen et consolait plus le bébé quand il pleurait.

Depuis cette étude, d'autres chercheurs ont tenté de vérifier les conclusions de KENNEL et KLAUS. Ainsi, on retrouve 9 études ayant utilisé le même protocole. (53)

Ces études ont mis en évidence que, chez les mères ayant bénéficié d'un contact prolongé avec leur nouveau-né :

- l'allaitement au sein était d'une durée supérieure
- à 3 mois, les mères adoptaient une position face à face plus prolongée et embrassaient leur bébé davantage
- les bébés pleuraient moins et souriaient plus.

Ainsi, après l'accouchement tout se passe comme si l'état psychologique de la mère était en cours de réorganisation. Le monde mental de la mère se restructure soit en incluant le bébé dans son organisation et sa dynamique, soit en le laissant plus ou moins en dehors de cette restructuration.

Si le bébé est éloigné de sa mère, celui-ci risque probablement d'être exclu de cette réorganisation mentale et des perturbations du lien mère-bébé pourront apparaître.

III- DIFFICULTES ET PERTURBATIONS DE L'INTERACTION MERE-NOURRISSON

A- Les perturbations quantitatives

L'étude des perturbations de l'interaction mère-nourrisson paraît utile car elle peut être le seul indice sémiologique de troubles psychopathologiques en voie de constitution chez l'enfant.

Il paraît important de préciser en préambule que la notion de sur-stimulation ou de sous-stimulation doit être relativisée, c'est à dire mise en rapport avec le bébé. Par exemple, un niveau de stimulation peut être adéquat pour certains nourrisson et paraître excessif pour d'autres.

1- Excès de stimulation

Parfois, la mère ne respecte pas les signaux du bébé (fermeture des yeux, détournement du regard et de la tête, mimique exprimant une tension ou de la détresse...) indiquant qu'il tente de réguler et de diminuer les stimulations que celle-ci lui adresse.

STERN, cité par LEOVICI (53), écrit à ce sujet que, si la mère ne tient pas compte des signaux de son bébé et notamment du détournement du regard, l'enfant « est privé d'un de ses principaux mécanismes autorégulateurs qui lui permettent de s'adapter au niveau de la stimulation qu'il reçoit. Il peut être ainsi forcé de mettre au point un autre type de comportement plus extrême qui réglerait ou mettrait fin à l'interaction. (...) Celui-ci (le nourrisson) aura perdu une occasion d'apprendre qu'il a la possibilité d'exercer avec succès une influence sur le monde extérieur, et, en second lieu, son état intérieur, par le biais d'une communication émotionnelle (...). Si une telle expérience se répète indéfiniment, le bébé peut en conclure, soit que l'expression qu'il manifeste par une mimique n'est pas un événement communicatif adéquat pour modifier son environnement, soit que - et ceci est pire - elle est un événement communicatif adéquat mais ne fera qu'empirer les choses ».

L'absence d'efficacité de ses communications amènera alors probablement, le bébé à renoncer à les exprimer et finalement à inhiber les manifestations de son affectivité.

Dans le cas de l'hyperstimulation, l'observateur extérieur percevra le comportement de la mère comme la répétition d'intrusions dans l'espace du bébé.

2- Hypostimulation

Cette hypostimulation peut s'observer dans les circonstances où il existe une inhibition de l'expression des affects, c'est à dire une dépression maternelle, une personnalité schizoïde, ou des inhibitions névrotiques.

La sous-stimulation est donc fréquemment observée dans le cas d'une dépression maternelle. L'intérêt de la mère pour son bébé est inhibé et cela se traduit au cours de l'interaction dans l'appauvrissement de sa mimique, de son langage et de ses gestes. Son sentiment d'incapacité peut amener la mère à réduire les échanges avec son enfant.

La sensibilité de la mère aux signaux que le bébé lui envoie est diminuée, ainsi que son aptitude à y répondre de façon harmonieuse.

Le sentiment d'être une mauvaise mère est très souvent présent en cas de dépression maternelle. Ce sentiment peut entraîner chez la mère une mauvaise compréhension des signaux du bébé. Ainsi, lorsque le bébé détourne la tête, la mère pourra interpréter le signal comme un rejet, ce qui aura pour conséquence un repli de la mère sur elle-même et un appauvrissement de l'interaction.

Dans le cas où la situation d'hypostimulation n'est pas pris en compte, il se constituera un syndrome de carence affective ou de négligence du nourrisson.

B- Les perturbations de la réciprocité

Dans certains cas, le bébé et la mère sont véritablement ensemble, ils partagent ensemble une expérience affective. Mais parfois, le nourrisson et sa maman sont l'un à côté de l'autre, et évoluent chacun à leur propre rythme sans partager des affects de plaisir, provoquant des tensions de part et d'autre. La mère doit essayer de trouver quel est le vécu affectif de son nourrisson, sa capacité à supporter les stimulations, son besoin et son désir de stimulations.

Parfois, il n'existe pas de concordance entre la réponse et le signal du partenaire. Ainsi, certaines mères ne semblent pas remarquer les efforts de l'enfant pour attirer leur attention, pour l'engager dans un jeu.

Les perturbations de la réciprocité peuvent s'observer dans le regard avec l'évitement du regard par la mère ou l'enfant, dans les contacts physique par les efforts pour maintenir un contact physique et la recherche d'une prise de distance, dans la parole par la non réponse aux vocalises de l'enfant.

C- Les expressions symptomatiques

1- le sommeil

Les troubles du sommeil chez l'enfant sont souvent l'indicateur d'un malaise. Et si, le plus souvent, ces troubles sont bénins, ils ne doivent être en aucun cas banalisés ou négligés.

Dans un premier temps, il paraît nécessaire d'éliminer une cause organique aux troubles présentés par l'enfant.

Le sommeil n'est pas simplement une fonction neurophysiologique chez le nourrisson. La qualité des soins maternels dans la manipulation, la voix, la chaleur et les contacts, imprègnent le sommeil de sa charge affective et permettent ainsi au bébé de s'abandonner au sommeil. Grâce à la souplesse de la

mère, à son adaptation aux besoins du bébé et à sa continuité affective, la stabilité et l'équilibre du nourrisson peuvent se mettre en place.

Les troubles du sommeil sont essentiellement des insomnies qui débutent chez le nourrisson, le plus souvent après quelques semaines.

Un nourrisson insomniaque a toujours un retentissement considérable sur la vie familiale, provoquant énervement, exaspération, conflit au sein du noyau familial, avec un risque d'intolérance secondaire important.

Ces troubles sont le plus souvent en rapport avec des attitudes alimentaires maternelles peu adaptées aux besoins du bébé, ou avec un excès de stimulation de l'enfant.

Mais au-delà des conditions éducatives, si ces troubles sont tenaces, il faut rechercher une distorsion des relations mère-enfant.

L'imprévisibilité des comportements maternels, la discontinuité affective, les attitudes maternelles inconscientes contradictoires, la multiplicité des sollicitations sont des facteurs perturbant la qualité du sommeil de l'enfant

Par ailleurs, une hypersomnie peut être le reflet d'une tristesse ou d'un état dépressif de l'enfant, en rapport avec une dépression maternelle par exemple.

2- L'alimentation

Les troubles de l'alimentation concerneraient 70% des bébés, selon SAUVAGE et Coll., dans un travail effectués auprès de nourrisson hospitalisés en pédiatrie (77).

Dans un premier temps, rappelons que l'absorption de nourriture a une double fonction qui est d'apaiser et de satisfaire la faim et la soif, mais aussi de décharger les tensions du bébé par la satisfaction de l'oralité.

L'anorexie réactionnelle simple, en rapport par exemple avec un sevrage ou une modification des conditions de vie du bébé, semble être le trouble le plus souvent rencontré. Le refus de nourriture provoque ainsi chez la mère un sentiment d'échec de sa fonction maternelle, source d'une profonde angoisse.

Parfois, il peut s'agir d'une anorexie dite « d'inertie » en rapport avec un état dépressif de l'enfant, et faisant partie de l'apathie, de l'indifférence au monde extérieur et de la tristesse de l'enfant.

Tout ce passe comme si, en raison d'une défaillance grave de la fonction maternelle, le bébé privé du minimum d'expériences de plaisir positives désinvestissait la fonction oro-alimentaire.

Les vomissements et les régurgitations répétées paraissent proches de certaines formes d'anorexie et semblent représenter une autre forme d'expression aux mêmes types de conflits.

Par ailleurs, il peut exister un autre trouble de l'alimentation qui est l'oralité frénétique. Dans ce trouble il s'agit d'un nourrisson qui s'agite, suce convulsivement plusieurs de ses doigts, hurle en attendant son biberon et qui au moment du repas s'alimente trop vite, crie en même temps qu'il boit, et dont l'avidité orale ne paraît jamais satisfaite. Ce type de perturbation peut s'observer chez une mère particulièrement anxieuse, incapable de maîtriser la situation et de sécuriser l'enfant.

3- Le tonus et la motricité

La vie affective et relationnelle de l'enfant s'exprime également par le tonus corporel, la motricité et donc le mouvement, c'est aussi une voie privilégiée d'expression de la vie psychique.

WALLON, cité par MAZET (62), parle d'un « dialogue tonique » dans la relation du nourrisson avec autrui, qui s'instaure bien avant tout échange verbal.

Il existe parfois des anomalies neuromotrices transitoires, par exemple chez les prématurés, qui peuvent entraîner des difficultés d'adaptation maternelle dans l'ajustement postural. Ces difficultés sont source de perturbations au sein de la relation mère-bébé, d'autant que l'enfant ressent une insécurité intérieure du fait de l'hypotonie, source de désorganisation et de vide.

SALBREUX (74), par l'observation quotidienne de nourrissons dans les bras de leur mère, a montré que la sensation d'avoir dans les bras un enfant « mou » peut modifier le comportement des parents et gêner l'établissement des relations entre le bébé et sa mère.

Les principaux troubles rencontrés sont l'hypotonie, l'inadéquation posturale, les activités motrices en décharge, la grande inhibition, l'instabilité psychomotrice, ainsi que les anomalies de l'investissement et de l'utilisation du corps.

Un retard psychomoteur peut s'observer, dans le cas d'une relation maternelle fusionnelle majeure, entraînant une perturbation du processus de séparation individuation.

Les retards psychomoteurs peuvent également s'observer dans le cadre de carences graves et prolongées de soin ou de maltraitance. Dans ce dernier cas, au retard psychomoteur s'associe une absence d'apparition des comportements d'attachement, une absence d'angoisse de séparation et de peur de l'étranger, et une grande passivité de l'enfant face aux personnes et aux choses.

4- Les manifestations affectives

a- Les cris et les pleurs

La vie affective et émotionnelle représente une autre modalité d'expression des perturbations psychologiques du nourrisson.

Autrement dit, il s'agit des affects de l'enfant, au sens où le définissent LAPLANCHE et PONTALIS (51) : « Terme repris en psychanalyse de la terminologie psychologique allemande et connotant tout état affectif, pénible ou agréable, vague ou qualifié, qu'il se présente sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale. »

Les cris et les pleurs du bébé représentent un bon indicateur de l'état des interactions entre la mère et son enfant. Ils représentent des signaux destinés à agir de façon spécifique sur l'entourage et plus particulièrement sur la mère. Les cris de l'enfant ont une signification différente, que la mère devra décoder afin de pouvoir y répondre de manière adéquate.

b- L'angoisse

Le nourrisson ne semble pas épargné par une des plus fréquentes souffrance psychique, à savoir l'angoisse.

Lorsqu'un bébé est laissé seul un moment, il a la capacité de se rassembler en regroupant ses mains et ses pieds, alors qu'un bébé angoissé se présentera comme « éparpillé ou dispersé » avec une incapacité à se rassembler.

De plus, l'angoisse chez un nourrisson pourra se manifester par des comportements d'accrochage et d'agrippement moteur ou visuel, ou par une attitude d'hyper-vigilance, faite d'une immobilité silencieuse et attentive.

Même si l'angoisse de séparation est une réaction sociale adaptée chez le jeune enfant, cette angoisse est parfois pathologique et conduit l'enfant à développer un attachement anxieux envers sa mère.

En effet, certaines attitudes maternelles d'hyper-sollicitation anxieuse mettent l'enfant dans une situation de dépendance et d'insécurité, qui aura un retentissement sur son évolution psychologique. On retrouve souvent chez les enfants ayant une phobie scolaire ou les adolescents agoraphobiques, un attachement anxieux net dans l'enfance.

Ainsi, la figure maternelle doit fonctionner comme une base sécurisante, afin que la qualité de la relation mère-enfant aboutisse progressivement à la création d'un sentiment de confiance en soi.

c- La tristesse et la dépression

Le nourrisson peut éprouver de la tristesse lors de la séparation de la figure d'attachement. Mais, un sentiment de perte et de manque peut aussi s'observer au sein de sa relation avec sa mère présente physiquement, mais non disponible pour communiquer et interagir avec lui.

En ce qui concerne la dépression du jeune enfant, à côté du tableau clinique de la dépression anaclitique décrite par SPITZ, il existe des formes « camouflées », beaucoup plus difficiles à repérer et dont le retentissement à long terme est tout aussi grave pour l'enfant.

La symptomatologie dépressive chez le nourrisson comporte essentiellement, une inertie motrice et une pauvreté interactive avec une tendance au repli sur lui-même.

Les circonstances étiologiques de tels états chez le jeune enfant sont marquées principalement par la dépression maternelle (par non disponibilité affective de celle-ci) et la rupture du lien affectif maternel.

5- Le comportement

L'apparition de troubles du comportement est également, une des formes d'expression de la souffrance psychique de l'enfant.

Il existe principalement deux grands types de troubles : les troubles localisés et les troubles globaux du comportement.

Parmi les troubles localisés, on peut citer les colères et les crises de rage. L'expression de ces troubles se fait sous la forme de mouvements rythmés (balancement du corps, mouvements de la tête) avec dans certains cas des

décharges auto-agressives, comme se frapper la tête, se jeter par terre, se mordre, ou s'arracher des cheveux.

Il peut exister aussi, des décharges auto-érotiques (comme certaines masturbations précoces) ou des activités stéréotypées gestuelles qui peuvent comporter un aspect hétéro-agressif, avec triturations des cheveux ou des oreilles, succion des doigts, trépignement et jet d'objets.

En ce qui concerne les troubles globaux du comportement, il peut exister une agitation, une hyperactivité, un accrochage instantané et fugitif vis-à-vis des inconnus sans retenue, ou à l'opposé, une apathie ou un retrait.

Ces perturbations peuvent être permanentes ou osciller entre des périodes d'hyperagitation et des périodes d'inactivité.

L'hyperactivité, l'agitation et l'instabilité traduisent souvent un malaise marqué chez l'enfant, une incapacité à se détendre et l'évitement d'une confrontation avec des affects dépressifs.

L'inactivité et l'apathie sont eux, le témoin d'une carence relationnelle majeure et d'un état dépressif.

D- Les situations cliniques fréquentes

1- La prématurité

Les difficultés observées dans l'interaction mère-nourrisson ne tiennent pas seulement au bouleversement affectif des parents, mais aussi à la réactivité particulière des enfants prématurés.

En effet, certains nourrissons prématurés apparaissent hyperexcitables, avec des décharges motrices et des cris sous l'effet de moindres stimulations. Ainsi, les parents et surtout la mère devront réduire les stimulations et accentuer leur fonction de pare-excitations.

Au contraire, certains sont apathiques, somnolents et réagissent peu aux tentatives de communication de la mère.

Les études effectuées sur les bébés prématurés en comparaison avec des bébés nés à terme, ont montré que les bébés prématurés possèdent des capacités d'interaction et de régulation des états de vigilance inférieures. Ainsi, le bébé prématuré pourra apparaître comme moins gratifiant pour la mère, venant alimenter un sentiment de frustration et d'anxiété.

De plus, les parents et plus particulièrement la mère rencontrent des difficultés pour entrer en communication avec leur enfant, sources possible de perturbations et de dysfonctionnements dans la relation mère-bébé.

2- Les mères psychotiques

La relation entre une mère psychotique et son bébé semble marquée par une extrême difficulté pour la mère d'intégrer son enfant dans la réalité et par une inversion de la relation mère-bébé, l'enfant cherchant à s'adapter à sa mère. La mère présente des difficultés dans l'appréciation des besoins et des désirs de son enfant, qu'elle a beaucoup de mal à reconnaître comme un individu séparé. Le comportement maternel apparaît donc souvent inadapté, incohérent, imprévisible et donc très souvent défaillant.

L'observation fine des interactions mère-bébé a montré différents types de perturbations décelables chez le bébé comme par exemple, un non-accrochage visuel avec la mère avec évitement du regard, un manque d'ajustement du bébé dans les bras de la mère, une succion lors des tétées très rapide, une attitude d'hypervigilance inquiète de l'enfant.

3- Les mères déprimées

La dépression maternelle provoque également des perturbations dans la relation entre cette mère en souffrance et son bébé. Les interactions sont moins fréquentes avec peu de contact verbal et visuel. Dans certains cas, nous notons une augmentation du contact physique avec une volonté de la mère « d'accrocher » le bébé à elle-même. Nous observons également, un manque de réciprocité dans les interactions, une diminution voire une disparition de la composante affective dans l'interaction et une discontinuité dans la relation.

4- Les mères alcooliques et/ou toxicomanes

Le bébé est soumis à l'alcoolisme et/ou à la drogue maternel dès la vie foetale, puis à la naissance avec tous les désordres cliniques et les pathologies secondaires à cette intoxication. Ainsi, dès la naissance peut apparaître un syndrome de sevrage avec des troubles du comportement (trémulations, mauvaise succion, irritabilité, agitation motrice) entraînant une diminution de la qualité des interactions mère-bébé, dans un contexte déjà problématique.

Les difficultés propres aux nourrissons se combinent aux difficultés maternelles, représentées par la dépression, leurs propres carences affectives précoces, ainsi que leurs difficultés conjugales et socio-économiques.

5- Les sévices et la négligence parentale

Il s'agit de nourrissons qui ont été soumis de la part des parents ou des substituts parentaux, à des violences corporelles, à un manque de soins physiques ou affectifs, ou à une violence psychologique.

Il semble que la réactivité de l'enfant et ses caractéristiques tempéramentales précoces jouent un rôle très important dans la qualité de la relation parent-enfant.

La prématurité, l'existence d'un handicap, une irritabilité importante (cris fréquents, difficultés d'apaisement) sont des facteurs favorisant les mauvais traitements.

L'un des premiers signes de négligence parentale est un ralentissement ou même un arrêt de la croissance de l'enfant.

Un retard s'installe de façon fréquente et progressive dans le domaine moteur, relationnel, langagier et cognitif.

Ces enfants ont très souvent un comportement soumis, craintif, passif et cherchent à se conformer aux exigences parentales, afin de pouvoir espérer une attention de leur part.

D'autres enfants, au contraire, sont opposants, agressifs et agités comme s'ils reprenaient à leur compte le climat d'hostilité et de violence familiale.

Dans le cas d'une hospitalisation on peut observer un changement dans le comportement de ces enfants comme par exemple une voracité avec une reprise de poids rapide et un attachement important et non discriminatoire aux différentes personnes s'occupant de l'enfant.

CHAPITRE III

L'HOSPITALISATION MERE-ENFANT TEMPS PLEIN

I- HISTORIQUE

A - Dans les pays Anglo-saxons

C'est une patiente qui en 1948, demandant l'autorisation d'emmener son bébé avec elle, fut à l'origine des hospitalisations mère-enfant au Cassel Hospital. Les premiers articles au sujet des hospitalisations mère-enfant en milieu psychiatrique datent des années 1950 en Grande-Bretagne, à la suite de travaux de recherches portant sur les carences de soins, sur les conséquences de la séparation mère-enfant et sur la psychopathologie des psychoses puerpérales. Ainsi A. FREUD et BURLINGHAM (35) travaillèrent auprès d'enfants placés loin de leurs parents dans la pouponnière d'Hampstead ; SPITZ (81), de son côté étudia les conséquences de la privation maternelle chez les bébés de jeunes mères délinquantes et incarcérées ; et enfin BOWLBY (12), montra l'importance des premières relations mère-enfant à travers sa théorie de l'attachement.

DOUGLAS en 1956 (29), rapporte son expérience d'hospitalisation conjointe mère-bébé dans un service de psychiatrie générale à Londres, chez 4 cas de mères présentant des psychoses puerpérales. Les deux patientes traitées sans la présence de leur enfant quittèrent l'hôpital après une nette amélioration, mais décompensèrent de nouveau en retrouvant la responsabilité de leur enfant. Les deux autres mères traitées en hospitalisation conjointe sortirent sans réadmission par la suite et avec une bonne adaptation des relations mère-enfant.

MAIN en 1958 (59), fait part de prises en charge mère-enfant au Cassel Hospital (Royaume-Uni), où il s'occupe de mères présentant une pathologie du post-partum dépressive ou anxieuse. Le choix est de ne pas séparer la mère de son enfant, lorsque celle-ci est hospitalisée pour une dépression ou une psychose du post-partum. Les séjours ont une durée de six mois environ. Ainsi, Le Cassel Hospital, dès 1955 disposait d'une centaine de lits afin d'accueillir de façon systématique les enfants de moins de 6 ans avec leurs mères.

La première unité d'hospitalisation mère-bébé est créée 1959, au Banstead Hospital (Royaume-Uni), par BAKER et ses collègues.

En 1961, après 3 années d'expérience de prise en charge mère-nourrisson au sein de leur unité, BAKER et Al. (4), présentent les résultats d'une étude randomisée. Ils comparaient deux groupes de 20 mères psychotiques traitées par chlorpromazine et/ou sismothérapie, les deux groupes différaient par la présence ou l'absence de l'enfant auprès de sa mère. Les auteurs constatent que la durée de séjour en cas d'hospitalisation conjointe est de 10 semaines contre 13 semaines dans l'autre groupe. De plus, le nombre de rechutes durant les 6 mois suivant l'hospitalisation fut de 3 dans le groupe des hospitalisations conjointes, au lieu de 10 dans l'autre groupe ; les mères capables de prendre en charge immédiatement à la sortie leur enfant, étaient de 20 dans le groupe des prises en charge conjointes, contre 13 dans l'autre groupe.

BAKER montra également que les mères psychotiques pouvaient prodiguer des soins adaptés à leur enfant dans un certain nombre de cas, que le risque n'était pas tant celui du passage à l'acte agressif mais plutôt celui de la négligence et du refus de l'acquisition de l'autonomie : « séparer les mères schizophrènes de leur bébé augmente leurs difficultés(...) et il semble justifier de tenter de les laisser ensemble(...). Contrairement à ce que l'on croit(...), les sentiments des mères schizophrènes pour leur bébé peuvent être normaux, et pour certaines, c'est la seule relation normale qui leur reste. »

GRUNEBAUM et WEISS (37), en 1963 aux Etats-Unis, rapportent les résultats satisfaisants d'une étude auprès de 12 mères psychotiques grâce au système de l'hospitalisation conjointe.

Une autre étude réalisée par FOWLER en 1965 (34), au Pastures Hospital porta sur 34 mères dont 17 présentaient un diagnostic de schizophrénie, 10 de dépression, et 7 de décompensations névrotiques. Là encore, la durée du séjour en hospitalisation se révéla plus courte pour les patientes admises conjointement avec leur enfant (48 jours contre 75 jours).

VAN DER WALDE et Al., en 1968 aux Etats-Unis (84), tentent pour leur part d'hospitaliser des mères avec leur enfant dans une unité de psychiatrie au sein d'un hôpital général. Les auteurs rapportent que la première réaction de la part de tous les intervenants, fût une réticence liée aux responsabilités dues à la présence de l'enfant. Après une expérience de plusieurs mois, ils notent que les équipes infirmières se sont finalement impliquées rapidement dans ce nouveau travail, le considérant comme très gratifiant. De même, les inquiétudes des autres patientes ont petit à petit été remplacées par l'impression d'avoir été stimulées par la présence d'enfants qui leur rappelait l'existence d'un monde extérieur.

BARDON et Al. (6), présentèrent une série de 115 hospitalisations conjointes entre 1959 et 1965, dans le cadre d'une unité de 10 chambres. Ils

remarquèrent qu'en ciblant le recrutement sur les seules psychoses puerpérales survenant chez des femmes sans antécédent psychiatrique et appartenant à un couple stable, l'évolution était rapidement satisfaisante et la durée moyenne de séjour inférieure à un mois.

Le développement de ces unités mère-enfant avec un nombre de lits restreint, continua à se développer pendant les années 70 en Grande-Bretagne, ainsi SNEDDON et Al. montrèrent l'unité de Middlewood Hospital, qui comprenait 3 chambres, une pièce commune pour les bébés, une cuisine et une buanderie (56).

B - En France

En France, où l'allaitement au sein est la seule obligation légale à l'hospitalisation conjointe, on attribue à RACAMIER (68), en 1961 les premières hospitalisations conjointes mère-bébé, à l'hôpital psychiatrique du Prémonté. Cet auteur préconisait en effet, le développement d'unités de soins mère-enfant individualisées au sein des hôpitaux psychiatriques et réservées aux troubles de la maternité, en souhaitant qu'elles ne soient constituées que de quelques chambres afin de créer une ambiance à la fois collective et familiale.

A noter diverses expériences ponctuelles, notamment les quelques hospitalisations mères-bébés effectuées dans les années 1960 à Bordeaux dans le service de Neuropsychiatrie (Centre Jean-Abadie) sous l'impulsion des Professeurs BERGOUIGNAN et MAHON, respectivement neuropsychiatre et obstétricien (82).

Par la suite, les pédopsychiatres de l'institut psychanalytique de Paris (LEBOVICI, DIATKINE, AJURIAGUERRA et SOULE) se sont attachés dans les années 1970-1980 à développer la psychiatrie du nourrisson. C'est à cette même époque (1979), que la première unité d'hospitalisation conjointe à temps plein, est créée à Créteil (service du Docteur GARCIA à cette époque, service du Docteur DURAND actuellement). Cette unité était créée pour les mères présentant des dépressions graves ou des psychoses aiguës dans le post-partum, accompagnées de leur enfant.

Parallèlement, se développent peu à peu des hospitalisations conjointes dans des services de psychiatrie adulte, comme par exemple le service du Professeur GINESTET à Paris (hôpital Paul-Brousse). Ces hospitalisations en service adulte ont posé de nombreux problèmes, notamment d'un point de vue administratif, le bébé devant parfois séjourner la nuit en pédiatrie, ce qui n'était possible que dans la mesure où le service de psychiatrie était implanté dans un hôpital général. Nous pouvons citer le service de RUETSCH (73), au C. H. S. de

Bourg-en-Bresse, qui hospitalisa deux mères atteintes de psychose puerpérale avec leur enfant, mais qui se vit refuser la prise en charge du prix de journée de celui-ci.

CAZAS O., au sein de l'hôpital Paul Brosse de Villejuif en région parisienne contourna le problème en considérant l'enfant comme accompagnateur de sa mère, la circulaire du 14 Juin 1960 autorisant la présence d'un membre de la famille auprès d'un parent malade. D'où l'absence de prix de journée pour l'enfant, la famille étant chargée de fournir les changes, le lait et les biberons (56)

C- La situation actuelle

Dans une enquête réalisée par ASTON et THOMAS en 1985-86, on constate que sur 305 hôpitaux psychiatriques ou généraux en Angleterre et au Pays de Galles, il existe 140 services pratiquant les hospitalisations conjointes mère-bébé, soit au total 288 lits mère-enfant (56).

Par contre aux Etats-Unis, en raison du coût élevé de ces prises en charge dans ce système sanitaire particulier, il n'y aurait plus que 3 lits d'hospitalisations conjointes, à Boston, au Mass General Hospital, dans une clinique privée pour femmes. La durée de séjour y est limitée, les assurances ne remboursant que 12 jours d'hospitalisation conjointe. A Toronto, il y aurait 10 lits destinés, semble-t-il, à fermer, car ils ne représentent plus une priorité.(82)

En France, selon les estimations de DURAND de 1995, il n'existe que 25 lits d'hospitalisations conjointes, alors que les calculs montrent qu'il en faudrait environ 700 pour répondre correctement aux besoins de la population (6 lits pour 2 millions d'habitants). (82)

II- LES DIFFERENTS TYPES D'HOSPITALISATIONS CONJOINTES

A - En obstétrique

Bien sûr, les services d'obstétrique et les maternités représentent les premiers exemples d'hospitalisation conjointe. Ces services s'imposent comme un lieu crucial où la femme traverse un moment difficile, passant de l'état de mère potentielle à celui de mère réelle.

Pour GOLSE (36), les services d'obstétrique sont des lieux privilégiés de l'hospitalisation mère-enfant. Il n'existe pas ou peu de conflits entre la mère et l'équipe soignante, l'enfant n'étant pas malade, la mère n'est pas en position

fantasmatique de rivale avec l'équipe soignante, sa présence est continue et elle est elle-même demandeuse de soins. Son statut d'accouchée la fait à priori bénéficier d'une image de bonne mère, laquelle lui est parfois contestée dans les services de pédiatrie par les équipes soignantes.

Cet aspect favorable, pourrait faire de ces services un lieu privilégié d'intervention précoce dans les troubles de la relation mère-enfant.

Malheureusement, même s'il existe un repérage spontané des mères déviantes sur le plan social ou inquiétantes sur le plan psychiatrique, celui-ci se traduit généralement par un rejet implicite de la part du personnel soignant.

Ce fonctionnement est déterminé pour partie par des comportements sociaux non analysés mais aussi par des mécanismes de défense professionnels liés à la confrontation répétée à la naissance, avec toute la charge inconsciente qu'elle suscite.

Le problème est de développer dans les maternités une attention à la qualité de la relation mère-bébé. En effet, la place des premiers jours dans l'histoire de la relation mère-bébé est d'une telle importance pour la suite, qu'un effort paraît primordial.

La collaboration comme celle décrite par BEETCHEN et CHARVET (7), entre une équipe de gynéco-obstétrique et un psychiatre-analyste, même si elle est rare, peut être tout à fait fructueuse. Elle a l'intérêt d'introduire dans l'équipe obstétricale, quelqu'un susceptible de reconnaître le poids des fantasmes suscités par la naissance et des contre-investissements qui les accompagnent.

La difficulté consiste dans l'établissement d'un travail multidisciplinaire, et dans la reconnaissance du rôle et des impératifs de chaque intervenant.

Quoiqu'il en soit beaucoup de progrès restent à faire dans ce domaine, pour élargir au plus grand nombre de maternités l'intérêt dans l'attention à la relation mère-bébé.

B - En pédiatrie

Ce type d'hospitalisation conjointe, mis en place dans les années 70 dans le cadre de la politique dite d'humanisation des hôpitaux Français, est une réalité effective en Grande-Bretagne depuis très longtemps (1951).

C'est sous l'influence des travaux de SPITZ (81), et de BOWLBY (12), sur l'hospitalisme puis sur les soins maternels qu'une évolution est intervenue, dont les résultats sont aujourd'hui non négligeables.

BRAIN et MAC LAY (15) ont étudié 200 enfants ayant subi une amygdalectomie, repartis en deux groupes égaux, l'un où l'enfant est admis avec la mère, l'autre où l'enfant est admis seul.

Ils ont constaté que les répercussions psychologiques après la sortie étaient diminuées de façon hautement significative, tant dans leur survenue que dans leur durée, dans le premier groupe où les enfants étaient hospitalisés avec leur mère.

De plus, les complications infectieuses ou hémorragiques survenues en période post-opératoire étaient diminuées de moitié, toujours dans le groupe où les enfants étaient hospitalisés avec leur mère.

Pourtant, l'équipe médicale a constaté que les soins étaient plus faciles à donner en l'absence de la mère, les contacts plus personnels avec l'enfant toujours en l'absence de la mère, et que l'anxiété de certaines mères avait perturbé la bonne marche du service.

Malgré ces difficultés rencontrées par les équipes médicales et paramédicales, la place de la mère paraît importante en ce qui concerne la prévention du traumatisme psychique chez l'enfant et l'utilité dans certaines pathologies d'une présence constante, que le personnel soignant ne peut assurer. Par la suite, certaines règles de fonctionnement ont été établies : les soins spécialisés doivent ainsi être réalisés en dehors de la présence de la mère et l'anxiété des mères doit être prise en charge. La réassurance de ces mères doit être effectuée par le médecin, grâce à l'instauration d'un dialogue de bonne qualité permettant d'expliquer en termes simples et compréhensibles la pathologie de l'enfant et les éventuelles complications qui peuvent en découler.

Dans les services où ont été prises en compte les conséquences potentielles de la séparation de la mère et de son jeune enfant sur le psychisme de celui-ci, c'est le problème de la rivalité entre les mères et les équipes soignantes qui semble poser le plus de difficultés.

La rivalité de la mère peut être envisagée comme liée à la culpabilité dans sa dimension oedipienne, ou plus encore névrotique : l'enfant malade peut dénoncer sa mère, insuffisamment bonne, dans le fantasme groupal.

La rivalité des équipes soignantes est peut-être liée à l'impossibilité pour le fantasme d'omnipotence d'être la bonne mère, de jouer son rôle protecteur dans la valorisation narcissique nécessaire au contact quotidien avec la maladie et la mort.

Dans ces services un temps de parole régulier, entre le personnel soignant et les médecins pédopsychiatres serait souhaitable, afin que chacun exprime ses difficultés, ses fantasmes et ses angoisses.

C - En pédopsychiatrie

L'hospitalisation mère-enfant en pédopsychiatrie est peu pratiquée. En France, c'est en 1974 que l'hospitalisation conjointe en service de pédopsychiatrie débuta, dans le service du Professeur DUGAS, de Psychopathologie de l'enfant et de l'Adolescent de l'hôpital HEROLD de Paris.(38)

Les auteurs soulignent l'importance « de respecter la continuité affective de l'enfant en difficulté et, par la présence de la mère, d'assurer une meilleure compréhension des troubles de l'enfant ».

Ce type de prise en charge permet d'étudier directement celui-ci dans son interaction avec son milieu familial à travers divers registres : tonico-moteur, phonatoire, perceptif.

De plus, « proposer aux parents qui n'en ont pas pris l'initiative, l'hospitalisation conjointe a un effet dynamique d'implication familiale globale »(38).

L'évaluation est basée sur l'observation, si possible de toute la famille associée à des entretiens individuels et familiaux. L'hospitalisation permet de créer un espace de calme et de réflexion, facilitant l'allègement des tensions extérieures sans effacement des comportements habituels.

L'efficacité d'une telle méthode de prise en charge est très dépendante de la qualité de la relation entre les soignants et les parents.

Les difficultés de l'hospitalisation conjointe tiennent surtout au fait que « l'hôpital devient un regard en permanence posé sur les mères ; il peut être persécuteur et anxiogène ; un sentiment très fréquemment exprimé est celui d'un observateur insaisissable mais omniprésent, épiant leurs moindres gestes et paroles comme leurs échecs et maladresses » (38).

L'expérience la plus ancienne est celle de LYNCH(58) au Park Hospital for Children d'Oxford. De 1966 à 1974 dans une unité construite à cet effet et permettant d'accueillir 3 mères, 250 familles ont été admises. L'équipe est composée d'un pédiatre, d'un psychiatre, d'une infirmière, d'une aide-soignante, d'un éducateur, d'un psychologue et d'une assistante sociale qui travaillent en collaboration avec un travailleur social chargé du suivi de la famille en dehors de l'hospitalisation. L'orientation principale est l'hospitalisation des enfants pour lesquels il existe une suspicion de sévices pour la moitié des cas ; l'autre moitié des cas représente l'évaluation et le traitement des désordres de la relation parents-enfants.

RINGSTAD (72) présente le travail réalisé dans deux services de traitement familial créés à l'hôpital psychiatrique pour enfant d'Oslo au début des années 80.

L'originalité de ce travail est d'être véritablement une prise en charge familiale globale. En raison de facteurs géographiques et démographiques, des familles entières venant de toute la Suède étaient hospitalisées. Ce service a été ouvert en raison de la constatation des échecs fréquents des retours à domicile, chez des enfants améliorés lors d'une hospitalisation sans la présence de la mère.

D - En psychiatrie adulte

L'hospitalisation conjointe en service de psychiatrie adulte est en quelque sorte à l'opposé de l'hospitalisation conjointe en pédiatrie. En effet dans ce cas, l'accompagnant n'est plus la mère mais l'enfant, celui-ci devenant le révélateur des conflits intra-psychiques ou groupaux.

Dès 1956, DOUGLAS (29) montre l'intérêt de l'hospitalisation conjointe en rapportant 2 cas de mères hospitalisées conjointement avec leur bébé pour des psychoses du post-partum, ce type d'hospitalisation ayant permis une sortie sans réadmission et une bonne adaptation mère-bébé au décours, en comparaison de 2 autres cas où les mères étaient hospitalisées sans leur nourrisson. Ce type de prise en charge conjointe a permis de réduire le temps d'hospitalisation des mères hospitalisées pour des décompensations du post-partum.

Par ailleurs, dans les décompensations du post-partum, ce type de prise en charge conjointe a permis de mettre en évidence les bénéfices pour la mère de ne pas se voir retirer la responsabilité de son enfant mais de l'exercer au sein d'une collectivité. L'hospitalisation conjointe semble prévenir l'aggravation de la pathologie maternelle par la séparation et a parfois un caractère thérapeutique. Le développement des enfants ne souffrait pas des effets de la séparation ainsi évitée, il profitait aussi de l'intérêt porté de façon très adaptée par les autres patients. De forts mouvements d'intérêt positif pour les nourrissons hospitalisés avec leur mère et un effet dynamique pour les autres patients, ont en effet été notés dans toutes les expériences.

De plus, après avoir vaincu les résistances de l'équipe infirmière (et de certains médecins) qui se sentait peu compétente pour assurer les soins aux très jeunes enfants, la présence des bébés était rapidement responsable d'un investissement massif de la part de tout le personnel soignant. Cette présence mère-bébé s'est avérée très gratifiante pour les soignants au sein d'un service adulte, ce dont semble bénéficier largement la dyade mère-enfant.

En dehors de ces équipes de services de psychiatrie adulte intéressées par les pathologies du post-partum, d'autres équipes ont été confrontées à une situation inattendue, dans le cadre de l'hospitalisation conjointe mère-bébé dans un service de psychiatrie adulte, dont voici un exemple.

POOLE cité par DUGNAT (30), montre comment une équipe de psychiatrie adulte d'un hôpital de Denver, tout d'abord inquiète sur sa propre capacité à assurer la sécurité du bébé, va permettre à une mère présentant une psychose puerpérale de continuer d'allaiter son enfant au sein (en absence de traitement neuroleptique), va l'aider progressivement à ne plus mélanger ses hallucinations auditives et les cris de son enfant, à comprendre le sens de ceux-ci et à sortir d'un épisode douloureux.

Le suivi très régulier de l'enfant sur deux ans semble montrer que l'hospitalisation conjointe d'un mois n'a pas eu de conséquences à court terme sur l'enfant.

Les équipes médicales ont par ailleurs rencontré de nombreux problèmes administratifs, lors des prises en charge conjointes mère-bébé au sein des services d'hospitalisation adulte.

Ainsi, RUETSCH et son équipe (73) se sont vu refuser la prise en charge du prix de journée de l'enfant. Il préconisa donc dans le cas où le service de psychiatrie adulte est implanté dans l'hôpital général, l'hospitalisation de l'enfant dans le service de pédiatrie voisin. Les réactions pathogènes des équipes pédiatriques observées face à la pathologie de la mère, pourraient être, selon l'auteur, modérées grâce à la présence de personnel infirmier psychiatrique accompagnant la mère et son enfant. Mais ce dispositif se heurte actuellement à la relative rareté des centres hospitaliers généraux comprenant des services de psychiatrie adulte.

MALAUZAT (60) présente le cas de l'ancien service de psychiatrie du centre hospitalier régional implanté à l'hôpital général de Limoges et qui se trouvait contigu au service de pédiatrie. Les hospitalisations mère-enfant s'y déroulaient sans poser de difficultés administratives avec des résultats très satisfaisants. Cette prise en charge reposait sur une mobilisation intense de l'équipe infirmière, puisqu'une présence infirmière permanente était assurée à la mère et à l'enfant dans une des chambres individuelles, l'infirmière donnant le cas échéant les soins nécessaires à l'enfant. Le transfert du service hospitalo-universitaire de psychiatrie de Limoges (service du Pr. LEGER) au sein de l'hôpital psychiatrique spécialisé d'ESQUIROL, devait interrompre ce type de prise en charge.

Actuellement, le service BERGOUIGNAN Haut, du secteur 1 de psychiatrie adulte de l'hôpital d'ESQUIROL (dont le Docteur MALAUZAT est chef de

service), pratique depuis 1995 les hospitalisations mère-enfant au sein d'une unité de psychiatrie adulte ; nous y reviendrons dans la suite de ce chapitre avec la présentation et le fonctionnement de cette unité.

CAZAS (19) décrit les modalités de prise en charge des hospitalisations conjointes en service adulte à l'hôpital Paul BROUSSE à Villejuif. En considérant l'enfant comme accompagnateur de la mère, on lui donne un statut, celui défini par la circulaire ministérielle du 14 juin 1960 qui autorise la présence d'un membre de la famille auprès d'un parent malade. L'enfant n'étant pas malade, il n'y a pas de facturation du prix de journée. Le pédiatre de la crèche du personnel a la charge de surveiller le nourrisson et la famille doit fournir les changes, le lait, et les biberons.

L'hospitalisation mère-enfant pratiquée dans le cadre des services hospitaliers de psychiatrie adulte, a donc soulevé de nombreuses questions : le danger pour l'enfant d'être soigné par une mère présentant des troubles psychiatriques, le danger que représentent les autres patients pour le bébé, la capacité de l'équipe à assurer les soins à un nourrisson, et le statut administratif de l'enfant à l'hôpital. Quoiqu'il en soit, ce qui ressort des différentes études au sujet de ce type de prise en charge est que le nourrisson ne pâtit pas dans l'immédiat de cette hospitalisation avec sa mère. Au contraire, il en tire profit en développant une relation avec sa mère garante d'une meilleure adaptation ultérieure.

III- LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

A- Les indications

La difficulté dans les indications d'hospitalisation conjointe mère-enfant, réside dans l'évaluation des risques encourus par l'enfant de par la présence de sa mère malade à ses côtés, comparés aux risques d'une séparation précoce d'avec la mère.

Historiquement en France, l'indication typique d'une hospitalisation conjointe mère-enfant est le déclenchement d'une psychose puerpérale chez la mère. Il peut s'agir également de mères présentant des troubles dépressifs non psychotiques ou une décompensation grave d'un trouble non psychotique, dans le post-partum.

D'autre part, lorsqu'une patiente enceinte présente une pathologie psychiatrique chronique antérieure connue, il est possible de prévoir une hospitalisation mère-enfant après l'accouchement si cela est nécessaire. Ceci est particulièrement important en ce qui concerne les troubles de l'humeur, sachant qu'il existe entre 20 et 50% de risques de rechute dans le post-partum, chez les femmes présentant dans leurs antécédents des troubles de l'humeur.

L'indication de l'hospitalisation conjointe peut être également, l'analyse clinique du lien mère-bébé, c'est-à-dire la place occupée par le bébé dans la pathologie maternelle, les liens réels et fantasmatiques (y compris délirants) que la mère a noués avec son enfant, les liens d'attachement et la réalité des interactions observés entre la mère et son bébé.

B- Les contre-indications

Les contre-indications absolues à l'hospitalisation conjointe sont liées à l'état psychique de la mère. Il s'agit principalement des troubles du comportement de la mère, quelle qu'en soit leur origine, ne permettant pas de préserver un environnement calme et sécurisant.

D'autre part, les mères toxicomanes ou présentant des problèmes d'alcoolisme ne sont en principe pas admises dans ce type de structures, de par la grande spécificité de la prise en charge nécessaire et les difficultés institutionnelles que l'on connaît entraînées par la présence de malades porteurs de ces troubles (82) A noter qu'il existe en région parisienne une unité mère-enfant ne recevant que des mères toxicomanes et leur enfant (Centre Pierre-Nicole, du Docteur ROSENBLUM).

IV- LES INTERETS ET LIMITES

A - Les intérêts de l'hospitalisation conjointe

Généralement, le nourrisson est éloigné de sa mère malade, afin d'être protégé. Il est donc confié à une grand-mère ou une tante compatissante, ou encore placé en pouponnière. Ainsi, il existe une rupture complète du lien mère-enfant qu'il est tellement important d'installer à ce moment précoce de la vie.

De ce fait, la femme n'existe plus en tant que mère, elle devient une malade psychiatrique placée en dehors de l'événement vécu.

Maintenir la séparation mère-nourrisson jusqu'au rétablissement de la mère peut créer une impasse, la séparation de la dyade accréditant pour la mère l'idée qu'elle est dangereuse. De plus, le nourrisson manifesterà lui aussi des réactions de rejet à l'égard de sa mère, compliquant ainsi la reprise de leurs relations. Ainsi, RACAMIER expliquait en 1961 : « La maternalité n'est pas un processus qui se déroule en fantasme, mais qui s'appuie sur la réalité substantielle de l'enfant, la séparation d'avec lui dans un moment décisif ne permettra aucunement au processus de s'améliorer ni même de se poursuivre » (68). A travers l'hospitalisation conjointe, l'équipe soignante se propose de vivre avec cette mère cet événement, en privilégiant la relation mère-enfant, permettant à la fois un retour au réel et une reconnaissance de son nouveau statut de mère. Il est important d'instituer l'enfant comme patient et donc comme être humain à part entière, de le positionner clairement comme enfant réel et non comme simple enfant fantasmatique ou imaginaire, afin de permettre après la symbiose normale des premières semaines, son inscription dans le monde symbolique. La maternité devient donc une étape enrichissante pour cette mère et non un passage déstructurant.

A travers l'hospitalisation conjointe, plusieurs objectifs sont à atteindre mais ils tendent tous vers un même but, à savoir celui d'assurer une prévention précoce de la pathologie psychique du nourrisson. L'hospitalisation conjointe propose d'essayer de préserver la période privilégiée des premières semaines, des premiers mois, en reconnaissant la nécessité fondamentale pour l'enfant, d'établir le plus précocement possible un lien maternel substitutif cohérent. (20)

GUYOTAT (39), dit que « seule la présence réelle de l'enfant réel peut faire tomber l'inflation narcissique » et ainsi éviter la chronicisation de la thématique délirante. Tout semble se passer comme si, derrière l'épisode délirant, évoluait parallèlement le besoin resté intact de contact avec le nourrisson. Il arrive probablement un moment où le processus psychotique n'est plus alimenté que par l'absence de l'enfant au côté de la mère. L'hospitalisation conjointe permet donc de favoriser l'évolution de la patiente en rupture avec sa fonction maternelle, en remettant l'enfant dans le champ de la réalité.

Selon RACAMIER et Coll. (68), « l'hospitalisation mère-enfant évite la coupure du fil de la relation mère-enfant, permet à la mère d'accomplir le travail de maternalité, d'éviter la blessure grave que représente la maternalité ratée et permet à la mère d'aborder d'autres naissances avec confiance et succès ». Ce type de prise en charge conjointe permet donc de prévenir l'aggravation des troubles maternels, leur persistance prolongée, en offrant à la mère de pouvoir s'acquitter des tâches essentielles par rapport à son bébé, tout en étant soutenue.

Les premiers soins maternels sont primordiaux, parce qu'ils sont le fondement nécessaire au nourrisson pour son développement psychoaffectif et son intégration ultérieure au monde social. Le maternage représente en quelque sorte, le matériau utilisé par le nourrisson pour construire sa personnalité en intériorisant le sentiment de sécurité amené par des soins continus et satisfaisants. L'intérêt d'une hospitalisation conjointe est donc de favoriser l'établissement et l'accompagnement des premiers liens qui vont se constituer entre la mère et son enfant.

L'environnement sécurisant créé autour de la mère et de son enfant au sein d'une unité mère-enfant, permettra à la mère de supporter la coexistence avec son bébé, coexistence qui serait impossible sans la présence de l'équipe soignante, capable d'aménager en cas de nécessité, une distance suffisante et transitoire entre la mère et son persécuteur, représenté par l'enfant à certains moments.

L'unité d'hospitalisation mère-enfant, est aussi un lieu privilégié d'observation des interactions précoces, elle permet ainsi d'apprécier la qualité des premiers échanges, d'évaluer les possibilités d'attachement réciproque et les capacités maternelles propres.

L'accompagnement par les mots est également un des aspects du travail qu'il est possible d'effectuer dans le cadre d'une hospitalisation mère-enfant. Il faut « panser par les mots mais aussi par des gestes l'exclusion de l'enfant » comme l'écrit BOUCHART-GODART (11). « Tout se passe comme si l'un et l'autre (la mère et l'enfant) étaient confrontés à trop de nouveautés, sans repère pour lier cette nouveauté à du déjà connu, à un réseau de représentations acceptables. Un abîme les sépare, faute de mots. Il faut faire un pont par-dessus cet écart qui empêche l'investissement, il faut faire des mots-ponts » .

Pour finir, l'hospitalisation pourra permettre l'organisation d'un projet d'aide à plus long terme pour le couple mère-enfant. Il est nécessaire, en effet, d'établir un projet pour la mère et un projet pour l'enfant, en tenant compte de toutes les dimensions médicales, sociales et psychologiques, ainsi que des possibilités d'étayage de l'environnement.

B- Les limites de l'hospitalisation conjointe

Comme le souligne RACAMIER (67), le rapprochement de la mère et de son nourrisson, s'il amorce le plus souvent le processus de guérison maternelle, ne suffit pas à résoudre l'ensemble des troubles. « Je souhaite dissuader mes collègues de séparer systématiquement l'enfant nouveau-né d'une mère qui

devient psychotique. Mais j'aurais à la fois dépassé et manqué mon but si l'on pouvait conclure de mon travail qu'il suffit, pour guérir une psychose du post-partum, d'administrer machinalement l'enfant à sa mère malade ».

L'hospitalisation conjointe peut ne pas être la solution idéale, il ne s'agit pas de maintenir à tout prix l'enfant auprès de sa mère. Il existe des situations où l'on doit se résoudre, soit à refuser l'hospitalisation conjointe, soit à provoquer secondairement une séparation de la mère et de l'enfant lorsque celui-ci est en danger.

L'un des problèmes posés par ces unités d'hospitalisation conjointe est celui de la sécurité offerte dans ces services au nourrisson. BROCKINGTON (18), rapporte que sur 247 admissions à Manchester sur une période de 5 ans, un seul incident sérieux est intervenu : une mère avait jeté son bébé par terre en présence de deux infirmières, provoquant chez l'enfant une fracture du crâne.

Deux décès furent répertoriés par le symposium international de l' O. M. S. et du département de psychiatrie de l'université de Genève en avril 1983, l'un à Londres et l'autre en Nouvelle-Zélande. (56)

Un danger latent existe donc toujours au sein de ces unités et le problème est d'apprécier le moment et le type d'intervention qui semble adéquat. Une surveillance régulière doit exister, mais il est aussi nécessaire d'offrir à la mère en cours d'évolution une certaine autonomie.

Parfois, une intervention intrusive est nécessaire, elle doit donc être expliquée clairement afin d'être comprise et acceptée.

V - EXEMPLE DE L'UNITE BERGOUIGNAN

A- Présentation de l'unité

L'unité BERGOUIGNAN est rattachée au secteur 1 de psychiatrie générale du C. H. ESQUIROL à Limoges, dont le chef de service est le Docteur MALAUZAT. La responsabilité médicale de l'unité incombe au Docteur RAINELLI Praticien Hospitalier.

L'unité comprend 7 chambres à 1 lit, 6 chambres à 3 lits, 1 salle à manger, et 1 salle de télévision. La capacité théorique est de 22 lits (6 chambres à 3 lits + 4 chambres à 1 lit) + 3 places en hôpital de jour, avec un nombre total de 25 lits installés.

L'équipe soignante spécifique à l'unité se compose d'un surveillant, de 21 infirmières et de 3 agents sanitaires hospitaliers. Dans l'équipe soignante, non spécifique à l'unité, on trouve : 1 psychologue, 1 assistante sociale et 1 secrétaire médicale.

En ce qui concerne le fonctionnement médical, Mme le Docteur RAINELLI assure le suivi médical des patients dans l'unité, assistée de l'interne du service ; la présence médicale est quotidienne. Par ailleurs, certains médecins du service interviennent de façon ponctuelle au sein de l'unité (Dr MALAUZAT, Dr DELORS, Dr SAZERAT).

Au sein de cette unité, comme nous le verrons plus loin, des mères accompagnées de leur enfant sont accueillies, dans le cadre d'une activité d'hospitalisation conjointe mère-enfant. Cette unité accueille des mères présentant une décompensation puerpérale, accompagnées de l'enfant.

B- L'hospitalisation conjointe dans l'unité

1- Les objectifs de la prise en charge conjointe

Nous ne reviendrons que très brièvement, en présentant les objectifs du travail mère-enfant au sein de l'unité, sur l'intérêt d'une telle prise en charge pour l'avenir des relations entre la mère et son enfant. En effet, les résultats des études citées dans les chapitres précédents nous semblent assez démonstratifs.

Dans un premier temps, il s'agit de traiter les diverses pathologies de la mère : état dépressif sévère, psychose puerpérale, aggravation d'une psychose antérieurement connue, en présence de l'enfant. Cette hospitalisation conjointe a pour objectif de prévenir et de limiter les éventuelles distorsions dans les relations mère-enfant pouvant s'installer en raison de la pathologie maternelle ou au contraire du fait de la séparation brutale de cette dyade. Elle doit jouer un rôle important, accélérateur dans le processus de guérison de l'épisode pathologique de la mère et réduire le temps d'hospitalisation.

2- Les deux équipes soignantes

Cette prise en charge pluridimensionnelle nécessite l'intervention de deux équipes.

D'une part, d'une équipe de psychiatrie adulte pour les soins spécifiques de la mère. En effet, la prise en charge classique d'un patient en décompensation psychotique nécessite la coordination des soins chimiothérapeutiques et l'accompagnement quotidien dans le cheminement de restructuration

psychologique. L'équipe soignante infirmière assume donc ici, un rôle contenant et structurant de l'angoisse du malade.

Dans la situation plus complexe de l'hospitalisation mère-enfant, l'intervention des infirmières se complique d'un rôle d'étayage de la fonction maternelle, ce qui nécessite une évaluation permanente de l'état psychologique de la mère pour s'adapter et s'ajuster aux déficiences de celle-ci.

L'équipe infirmière mère-bébé est composée de 4 à 5 infirmiers, qui s'occupent préférentiellement des soins à donner à l'enfant au cours de la journée. Cette équipe infirmière a bénéficié par ailleurs de stages de formations spécifiques effectués dans les services de pédopsychiatrie.

La deuxième équipe participant à cette prise en charge mère-enfant, est une équipe de pédopsychiatrie de l'unité mère-enfant (unité appelée crèche thérapeutique), dépendant de l'inter-secteur 1 de pédopsychiatrie Nord dont le chef de service est le Docteur MASANES.

L'unité mère-enfant est une structure de jour accueillant les mères et leur enfant âgé de 0 à 4 ans, dont le médecin responsable est le Docteur Fabienne SOUCHAUD. Le chapitre IV de ce travail sera consacré au bilan des prises en charge effectuées au sein de cette unité depuis 1990 (date d'ouverture de la structure) à 1996.

Cette unité d'hospitalisation de jour, mère-enfant est spécialisée dans l'observation des relations mère-enfant.

Cette équipe intervient très précocement dans l'unité BERGOUIGNAN, pour participer à l'évaluation la plus fine possible de l'état psychique du bébé. Dans quelle mesure souffre-t-il de la pathologie maternelle ? Quelles sont ses propres modalités d'adaptation ? Jusqu'où la situation reste-t-elle tolérable pour lui ? Comment alléger sa souffrance, lorsqu'elle se manifeste ?

L'observation clinique du bébé permet l'évaluation des interactions mère-enfant sur le plan corporel, visuel, vocal et émotionnel.

La mise en commun des techniques et des connaissances avec l'équipe de psychiatrie adulte permet d'enrichir les données d'observation et les discussions cliniques qui permettront d'ajuster petit à petit la conduite thérapeutique.

3- Le nombre de lits

Le potentiel d'hospitalisation reste très réduit, deux chambres seules et contiguës sont utilisées pour accueillir la mère et son enfant ; ses deux chambres étant conformes aux normes sanitaires pour l'accueil d'un enfant.

A noter qu'actuellement, le prix de journée est facturé à la mère et également à l'enfant.

	Age de l'enfant à l'admission	Motif d'admission conjointe dans l'unité	Diagnostic psychiatrique de la mère	Durée de la prise en charge
Cas n° 1 Emile et Mme T.	20 jours	- Décompensation psychotique	- Trouble psychotique	1 mois
Cas n° 2 Lucie et Mme D.	6 mois	- Syndrome dépressif - Idées suicidaires	- Etat dépressif - Personnalité dépendante	3 jours
Cas n° 3 David et Mme B.	15 jours	- Décompensation psychotique	- Schizophrénie paranoïde	3 mois
Cas n° 4 Agnès et Mme M.	5 mois	- Syndrome dépressif - Idées de mort	- Personnalité labile	3 jours
Cas n° 5 Anne-laure et Mme H.	4 jours	- Décompensation psychotique	- Trouble schizophrénique	3 mois
Cas n° 6 Christian et Mme F.	2 mois	- Etat délirant	- Trouble délirant persistant	1 mois
Cas n° 7 Patricia et Mme B.	10 jours	- Décompensation psychotique	- Trouble bipolaire	1 mois
Cas n° 8 Alain et Mme J.	15 jours	- Evaluation de la relation mère-bébé	- Etat limite	8 jours

Tableau I : Les 8 situations de prise en charge conjointe mère-enfant au sein de l'unité adulte BERGOUIGNAN.

C- L'exemple d'Emile et de sa maman

Emile est né le 3 Juin 1995. Sa maman, Mme T. vit seule et a quelque peu inquiété le personnel de la maternité par ses propos incohérents et son comportement. A sa sortie de maternité, le pédiatre a demandé un suivi particulièrement vigilant de la part de la puéricultrice de secteur de PMI, qui passe au domicile de Mme T. plusieurs fois par semaine.

Suite à ces visites (la puéricultrice étant très inquiète du comportement et du discours de Mme T. envers son bébé), la maman est hospitalisée avec Emile, en placement d'office, dans l'unité de BERGOUIGNAN.

La maman est alors prise en charge par l'équipe du service adulte d'une part, puis par un soignant de l'unité mère-enfant (Crèche Thérapeutique) d'autre part, qui affine l'observation d'Emile et ses interactions avec sa mère.

Dès le début de l'hospitalisation, Emile apparaît comme un bébé calme et détendu. Il est plutôt glouton et ne pose pas de problème d'alimentation, malgré le sevrage de l'allaitement maternel rendu nécessaire par la prescription de neuroleptiques à la maman.

Mme T. est très présente auprès de son fils. Elle a des gestes très tendres, le caresse beaucoup, lui parle. Son portage est adéquat, très enveloppant tant sur le plan corporel que visuel. Elle est très attentive à ses besoins et à son bien-être : elle fait téter Emile tout nu sur ses genoux, en rapport avec la forte chaleur du mois de Juillet et le laisse faire ses besoins sur elle spontanément. Elle lui prodigue des massages des points d'acupuncture afin d'améliorer sa digestion (dit-elle). Emile est un nourrisson heureux, béat de bien-être. Il ne quitte pas sa mère des yeux quand il est dans ses bras, tous ses désirs de nouveau-né sont comblés. Devant ce tableau idyllique de couple mère-bébé quelles étaient les raisons de s'inquiéter ?

L'hospitalisation de Mme T. a permis de mettre en évidence un délire mêlant des thèmes multiples de persécution, de mégalomanie, et d'érotomanie, sans éléments dissociatifs.

Au sein de l'unité, les premiers jours d'hospitalisation sont un peu difficiles, car Emile a été placé dans une chambre contiguë à celle de sa mère, qui cherche à le récupérer sans cesse. La chambre du bébé doit être maintenue fermée et dès qu'il pleure, la mère harcèle et agresse verbalement le personnel infirmier de l'unité, si personne n'accède à ses demandes. L'institution d'un traitement neuroleptique

par Haldol dès le lendemain de l'admission, améliore peu à peu le contact de Mme T., même si certains thèmes délirants restent enkystés et inaccessibles au raisonnement. Malgré la persistance de ces éléments délirants, l'adaptation quotidienne est satisfaisante.

Les gestes envers son bébé sont parfois codifiés par des convictions délirantes, mais ils sont toujours très adaptés aux besoins du bébé, qui y trouve son bien-être.

L'hospitalisation de Mme T. lui a permis une reprise de contact avec sa famille, qui s'effectue dans les premiers temps dans un climat de méfiance réciproque puis permet ensuite des échanges chaleureux et facilite l'élaboration d'un projet de sortie. Les parents révèlent l'existence de troubles psychiatriques antérieurs : ils décrivent des épisodes de violence, de fugues, des tendances interprétatives, des difficultés d'insertion professionnelle, du fait d'un caractère décrit comme « difficile » et autoritaire.

Mi-juillet, la sortie est envisagée en accord avec la famille, sortie accélérée par l'apparition d'éléments dépressifs chez la maman qui supporte difficilement une hospitalisation qu'elle n'a pas assimilée.

A la sortie de l'unité de BERGOUIGNAN, la prise en charge se poursuit par une hospitalisation de jour, un jour par semaine, au sein de l'unité mère-enfant (Crèche Thérapeutique) qui a suivi la dyade en coordination avec le service adulte, et par deux interventions hebdomadaires au domicile de la maman, par un infirmier de l'unité adulte et une par un soignant de l'unité de jour mère-enfant. Parallèlement des consultations psychiatriques avec le médecin responsable de l'unité adulte, sont maintenues à raison de 2 par mois.

Mme T. accepte volontiers les visites à son domicile mais refuse très vite les journées à la crèche thérapeutique où elle ne s'installe jamais. Elle reste dans la salle d'attente de cette unité de jour, quitte peu Emile des yeux et du corps. Elle interdit aux autres enfants de s'approcher de son bébé, alors que celui-ci fait des efforts pour se décoller de sa mère. Mme T. développera également un délire associé à des phobies sur les microbes et refusera catégoriquement qu'Emile joue avec les jouets de l'unité.

Au cours des visites au domicile de Mme T., l'accueil est tantôt agréable, tantôt très froid et agressif. Emile est par contre toujours protégé des changements d'humeur de sa maman. C'est un bébé très investi par sa mère, qui ne le quitte jamais, regrettant qu'il dorme moins la journée et qu'il ne la réveille plus autant la nuit, expliquant qu'elle adore ces moments d'intimité nocturne avec son fils.

Emile est un beau bébé joufflu et souriant, qui cherche à communiquer par le regard et la parole ; il a le regard vif et observateur. Sa mère est très fière de lui et le projette souvent dans son avenir d'homme fort et gagnant, avec elle pour le soutenir.

Le traitement psychiatrique par neuroleptiques est par ailleurs, rapidement arrêté par Mme T. Les propos délirants réapparaissent au fil des consultations et sont livrés spontanément sans aucune critique. Cependant, ils ne semblent pas altérer sa vie quotidienne et le contact avec Mme T. reste bon.

Fin janvier 1996, Mme T. suspend toute prise en charge psychiatrique. Se pose alors le problème du suivi de cette jeune maman et de son enfant. Le médecin généraliste, les services sociaux, le secteur et les parents de Mme T. sont informés des inquiétudes des différentes équipes de psychiatrie qui suivaient jusque-là, la mère et son enfant.

Actuellement Emile vit toujours chez sa maman.

Mme T. présente toujours des éléments délirants, les interactions sont toujours de nature fusionnelle entre la mère et l'enfant.

Emile semble aller bien et se développer normalement, mais nous savons qu'il existe des risques à long terme pour cet enfant de mère psychotique.

Les parents de Mme T. ont été à nouveau informés des inquiétudes des équipes soignantes mère-enfant. Mais la mère de Mme T. semble nier la pathologie de sa fille et le père de Mme T. conscient de la pathologie de sa fille, refuse d'être à l'origine d'une nouvelle hospitalisation en psychiatrie.

Au moment de l'étude fin 1996, Mme T. a provoqué elle-même une enquête policière se plaignant de visites dans son appartement lors de ses absences (visites du psychiatre de l'unité mère-bébé entre autres...). L'assistante sociale de la brigade des mineurs mène alors une première enquête et constate la pathologie psychiatrique de Mme T. : les idées délirantes sont en effet à nouveau très actives épargnant l'enfant, sain à première vue. Trouvant rapidement porte close, cette assistante sociale décide de saisir le juge pour enfants, qui a ordonné une enquête auprès d'un service spécialisé afin d'évaluer l'état psychique de la mère et celui de l'enfant, la nécessité ou non d'une mesure de protection pour Emile. L'enquête est en cours à ce jour.

CHAPITRE IV

BILAN DE SIX ANNEES DE PRISES EN CHARGE MERE-ENFANT EN HOSPITALISATION DE JOUR A LA CRECHE THERAPEUTIQUE

I- INTRODUCTION

Notre travail a consisté en l'étude des 49 dyades mère-enfant admises en hospitalisation de jour à la crèche thérapeutique pour des troubles de la relation mère-enfant, de 1990 (date d'ouverture de l'unité) à fin 1996.

Une première partie de ce travail est consacrée à la recherche d'indicateurs de risque, favorisant les troubles de la relation mère-enfant.

Une deuxième partie concerne l'hospitalisation de jour elle-même dans l'unité. Une troisième partie est consacrée à l'étude clinique des interactions mère-enfant pendant l'hospitalisation de jour.

Une quatrième et dernière partie illustre les interactions mère-enfant, à travers le récit de l'observation des dyades suivies quotidiennement lors des prises en charge dans l'unité.

II- PRESENTATION DE L'UNITE

A- Histoire de l'unité

Dans le cadre d'une convention de secteur entre l'hôpital psychiatrique et le centre maternel (hôtel maternel et pouponnière) du département de la Haute-Vienne, le Docteur Fabienne SOUCHAUD (actuellement médecin responsable de l'unité de jour mère-bébé) a travaillé pendant 7 années auprès de mères et de bébés en grandes difficultés relationnelles.

Au cours de ces 7 années de travail, elle a constaté l'importance capitale du facteur temps, de l'effet thérapeutique au long cours d'un accompagnement intensif sur plusieurs mois (souvent une année) de la mère et de son bébé.

Tout au long de ce travail, certaines femmes l'ont surprise en retrouvant des capacités maternelles suffisamment bonnes au bout d'un an de séjour en hôtel maternel, après une période de crise qui pouvait laisser croire à des défaillances insurmontables. Certains bébés également, l'ont étonnée par des capacités d'adaptation à la fragilité, voire à la pathologie maternelle.

De plus, au cours de ces 7 années de prises en charge, l'indication d'un placement familial a été posée à plusieurs reprises, faute de disposer d'un cadre adéquat pour poursuivre et intensifier sans échéance de temps le traitement de la parentalité.

Il est apparu que les conditions de placement familial de très jeunes enfants ne garantissaient pas toujours suffisamment la continuité des soins de l'enfant et de ses parents.

C'est dans ce contexte que le projet d'une unité de soins mère-enfant a été élaboré par l'équipe du Dr SOUCHAUD, afin d'accueillir les enfants entre 0 et 4 ans et leurs parents, permettant ainsi d'offrir aux familles en difficultés un cadre de soin adapté, tant sur le plan de la thérapeutique, que de la continuité des soins dans le temps.

L'unité fut baptisée « Crèche Thérapeutique » et ouvrit ses portes le 1 octobre 1990 à Limoges.

Il s'agit d'une grande maison située dans la ville de Limoges, aménagée pour l'accueil des enfants accompagnés de leurs parents. Il existe à l'intérieur de cette maison deux salles de jeux, une cuisine, une salle commune pour les repas des petits et des plus grands, 3 chambres composées de lits adaptés pour accueillir des nourrissons et des jeunes enfants jusqu'à l'âge de 4 ans, une salle de bain, une salle d'attente, un bureau médical pour les consultations et un secrétariat.

B- Le cadre de soin psychothérapeutique

1- L'équipe soignante

L'équipe soignante de l'unité est composée, d'une part par 2 médecins et 1 interne de psychiatrie et d'autre part par 5 soignants à temps plein, soit une puéricultrice, deux infirmières psychiatriques, une éducatrice spécialisée, et une monitrice éducatrice.

Il s'agit « d'observatrices-soignantes », accompagnatrices référentes, nominativement désignées pour chaque situation parents-enfant. Selon les cas ou les moments évolutifs, il est discuté de la nécessité d'être deux référents dans le quotidien pour une même dyade mère-bébé, avec un référent centré plus sur la mère et un autre plus près de l'enfant. Il s'avère en effet parfois impérieux de préserver mère et bébé, quand à certains moments les intérêts de l'un et de l'autre divergent fondamentalement, chacun des deux partenaires ayant alors besoin d'une présence soutenante différente.

Il est nécessaire de faire face également à des sentiments de rivalité entre la mère et son propre enfant ; certaines femmes faute d'objet maternel intériorisé réclament avec intensité l'exclusivité de l'attention pour elle-même, un soutien intense de type maternel pour elle seule et supportent très mal, dans une première période en tout cas, d'être en concurrence directe avec leur propre enfant.

Un cahier d'observation au nom de l'enfant est ouvert à chaque admission, le soignant référent de la situation écrit dans ce cahier le plus régulièrement possible ce qu'il observe, ce qu'il perçoit des affects de l'enfant, de la mère, ainsi que ses propres réactions, sentiments et émotions en regard de tout cela.

Divers intervenants à temps partiel complètent l'équipe, ils sont constitués par deux psychomotriciennes, une psychologue, une assistante sociale, une orthophoniste psychothérapeute, une secrétaire et un agent des services hospitaliers.

Il existe deux réunions par semaine au sein de l'unité, où se retrouvent les médecins, les soignantes référentes des situations et les divers intervenants. Ces temps permettent de reprendre les observations, de les discuter, de les élaborer, de réajuster au besoin les modalités d'accompagnement thérapeutique des dyades mère-enfant, voire des familles d'accueil de semaine en semaine.

Les enfants accompagnés de leurs parents ou des assistantes maternelles en cas de placement familial, sont régulièrement reçus en consultation par les deux médecins.

2- Les objectifs de l'unité

L'unité a été créée afin d'accueillir des nourrissons et de très jeunes enfants (de 0 à 4 ans) en état de souffrance psychique liée à des carences de soins maternels au sens large (quantitatives et qualitatives) et leurs parents (principalement les mères), qui présentent de grandes difficultés psychologiques à prodiguer des soins suffisants à leur enfant.

L'objectif majeur est de prendre soin simultanément des nourrissons en leur apportant un maternage de qualité et des mères en leur apportant un soutien intensif.

L'unité prend en charge les dyades mère-bébé afin de traiter les carences de soins maternels, de prévenir des situations de rupture, de délaissement ou de mauvais traitements liés au dysfonctionnement de la relation mère-enfant, mais

aussi afin de restaurer ou de créer un lien parents-enfant nécessaire à la construction affective de l'enfant.

3- Les principales modalités de prise en charge

Plusieurs modalités de prise en charge sont proposées : il peut s'agir d'une part de simples consultations en ambulatoire des dyades parents-enfants et/ou de visites au domicile des parents si ceux-ci refusent l'hospitalisation, et d'autre part d'une hospitalisation de jour à la crèche thérapeutique, allant d'une journée par semaine à 5 journées au maximum par semaine.

L'équipe soignante de l'unité intervient aussi dans les services de pédiatrie et les maternités à la demande des médecins de ces services, afin d'évaluer la nécessité d'une prise en charge spécifique, en cas de troubles de la relation parents-enfant.

Les soignants de l'unité participent également à l'articulation des soins avec l'équipe mère-bébé de l'unité BERGOUIGNAN où sont hospitalisées les dyades mères-bébés à temps plein (voir chapitre III paragraphe V page 59).

C- Les indications de l'hospitalisation de jour conjointe mère-enfant

1- Au niveau de la mère

Les psychoses chroniques, en raison d'un haut risque de décompensation autour de la naissance, sont une des indications de l'hospitalisation conjointe mère-enfant (lorsque que cela est possible), la pathologie maternelle exposant généralement le bébé à une souffrance psychique avec un retentissement sur son développement.

Dans ce cas, une prise en charge pédo-psychiatrique est nécessaire le plus précocement possible.

Les psychoses du post-partum représentent également une indication, d'autant qu'elles sont de bon pronostic le plus souvent, à condition d'aménager un cadre de soutien de la relation mère-bébé et une suppléance souple sans séparer forcément la mère de son enfant.

Les pathologies dépressives de la mère, chroniques ou aiguës représentent aussi une indication.

Les autres indications d'hospitalisation conjointe sont en ce qui concerne la mère, les états limites, les pathologies déficitaires, les troubles psychiques du post-partum et toutes les pathologies susceptibles de perturber la continuité des soins dont l'enfant a besoin.

En 1990 au moment de l'ouverture de l'unité mère-enfant, les mères alcooliques et les mères toxicomanes faisaient partie des indications d'hospitalisation conjointe. Après quelques années de recul et les nombreux échecs rencontrés dans la prise en charge difficile de ces pathologies, il semble qu'un travail mère-enfant ne soit pas une bonne indication pour ce type de troubles.

2- Au niveau de l'enfant

En ce qui concerne les indications pour l'enfant, il s'agit de tous les états évoquant une souffrance grave de ce dernier, avec principalement les états dépressifs.

Il s'agit également de tous les états de carence de soins maternels au sens large, les enfants victimes de sévices physiques, compromettant le bon développement de l'enfant.

III- METHODES

Pour l'étude de notre population comportant 49 dyades mère-enfant, nous avons élaboré un recueil de données, utilisé pour chaque dyade. Nous avons aussi observé l'évolution des dyades prises en charge dans l'unité de jour au moment de l'étude.

A- Présentation du recueil de données

Notre recueil de données se divise en trois parties, les deux premières parties regroupent des données objectives, la troisième partie rassemble des données subjectives, tirées de l'observation des interactions mère-enfant au cours des différentes prises en charge.

La première partie porte sur les difficultés rencontrées au cours de la grossesse, le déroulement de l'accouchement, le nombre d'enfants nés prématurément, les antécédents psychiatriques maternels, les pathologies psychiques puerpérales et le contexte socio-familial.

La deuxième partie, consacrée à l'hospitalisation elle-même dans l'unité, concerne le motif d'admission à la crèche, l'origine des demandes de soins, les symptômes présentés par la mère et l'enfant à l'admission, le type de prise en charge proposée avec pour certaines l'articulation avec l'unité d'hospitalisation temps plein mère-bébé, les décisions prises pour l'enfant, la durée totale de l'hospitalisation, la prise en charge proposée pour l'enfant après l'hospitalisation et le devenir de l'enfant au moment de l'étude.

La troisième partie étudie l'évolution des interactions mère-enfant au cours de la prise en charge. Pour ce travail, nous avons utilisé les cahiers d'observations rédigés par le soignant référent de chaque situation et inspirés de la méthode d'Esther BICK.

L'utilisation des cahiers d'observations pour notre travail d'étude des interactions mère-enfant n'est pas une méthode dénuée de biais. Elle nous a permis d'avoir une vue, certes subjective et partielle, mais qui nous semble fidèle, de la relation entre l'enfant et sa mère.

Les interactions mère-enfant seront rapportées grâce à l'utilisation d'une grille d'évaluation des interactions mère-bébé, empruntée au centre de recherches Claude BERNARD de Bobigny et adaptée par nos soins aux données recueillies pour les situations choisies dans notre population.

Au moment de notre travail, il n'existe en effet, aucune échelle permettant l'étude des interactions mère-enfant, à l'exception de celle de l'équipe de Bobigny.

(Voir le recueil de données en annexe page 156)

B- Les conditions de l'étude

Notre travail a été réalisé en deux temps, de Mai 1996 à Mars 1997.

Le premier temps a consisté en une étude rétrospective des 49 dossiers d'hospitalisations de jour dans l'unité, entre 1990 (date de la première admission à la crèche) et fin 1996.

Toutes les données ont été recherchées dans le dossier médical pour les deux premières parties du recueil.

Nous avons ensuite repris pour chaque situation les cahiers d'observations rédigés par le soignant référent. Notre lecture nous a permis de remplir pour chaque dyade la grille d'évaluation (troisième partie du recueil).

Dans un second temps, nous avons observé quotidiennement pendant dix mois les dyades mère-enfant au cours de leur travail au sein de l'unité de jour. Le récit et les commentaires de notre observation clinique de 4 de ces situations

illustrera l'étude des interactions mère-enfant dans la quatrième partie de notre travail.

C- L'observation du nourrisson : application thérapeutique de la méthode d'Esther BICK

La troisième partie de l'étude concernant l'analyse des interactions mère-enfant, a utilisé les observations recueillies quotidiennement par le soignant référent et rédigées dans le cahier nominal prévu à cet effet pour chaque situation.

Les soignants pour leur travail d'observation des dyades mère-enfant, s'inspirent de la méthode d'observation régulière et prolongée d'un nourrisson selon Esther BICK.

Nous nous sommes également inspirés de cette méthode d'observation pour le récit des interactions des situations mère-enfant suivies quotidiennement (quatrième partie de l'étude).

Nous allons maintenant, dans un souci de compréhension, exposer les fondements de cette méthode.

1- Généralités

La pratique systématique d'observation d'un bébé a été introduite par E. BICK, en 1948, au sein du groupe de travail de la Tavistock Clinic. Esther BICK fut en effet, la créatrice d'une méthode « simple » en apparence, mais en réalité complexe et riche par ses implications pour la pratique analytique. Auparavant, certains psychanalystes avaient pratiqué des observations du nourrisson (parmi eux : A. FREUD, WINNICOTT, SPITZ, MAHLER), mais souvent avec un souci d'étayer les connaissances et les constructions de la théorie psychanalytique avec des données de l'observation.

E. BICK a permis le développement de l'observation du nourrisson fondée sur l'attention mise à observer et à décrire de très près le nourrisson, avec le souci de s'approcher de la réalité observée avec le moins possible de préjugés théoriques.

L'observation du nourrisson selon E. BICK se différencie des autres méthodes d'observation. En effet, aucun moyen d'enregistrement mécanique n'est utilisé, le seul « instrument » utilisé est la présence de l'observateur avec ses pensées, ses émotions et son état de réceptivité.

2- La méthode

Dans l'esprit de cette méthode, l'observateur demande à une famille qui attend l'arrivée d'un enfant, de pouvoir assister aux deux premières années du développement du bébé.

Esther BICK insistait sur le fait que l'observateur doit veiller à ne pas nuire au développement de la relation mère-enfant, mais qu'il ne devait pas pour autant être totalement neutre, muet et effacé.

De plus, les mères étaient prévenues par l'observateur qu'elles pouvaient à tout moment, si elles le souhaitaient, mettre fin à l'observation.

Les visites de l'observateur sont régulières et se déroulent chaque semaine pendant une heure. L'observateur doit se montrer amical, sans pour cela avoir une participation active et se place en tant que participant « émotionnel » .

L'observateur se présente comme un professionnel, soucieux d'apprendre à partir de l'expérience que le bébé et sa famille vivent ensemble. Son attitude n'est donc pas celle d'un expert possédant « le savoir », mais plutôt une attitude d'ouverture et de découverte face au développement du bébé.

L'observateur sera donc une présence bienveillante, discrète, qui n'émet pas de critique et ne donne pas de conseils, mais qui est très attentive et à l'écoute de la dynamique profonde de la relation entre le bébé et ses parents.

L'une des tâches les plus difficiles pour l'observateur sera de faire face à l'impact des émotions à l'état brut, d'apprendre à intégrer ce qu'il ressent et ce qu'il voit, tout en s'empêchant d'agir activement sur la situation observée.

Dans la pratique de cette méthode d'observation, le trait le plus caractéristique est représenté par le travail créatif de mentalisation chez l'observateur, qui l'amène à penser à ce qu'il est en train de vivre avec la mère et le bébé.

Au cours de cette observation, il existe différents moments : tout d'abord, il y a l'impact émotionnel de la situation observée, pendant laquelle l'observateur se laisse imprégner par la situation, en essayant de ne pas interférer avec le déroulement spontané de la relation parent-enfant.

Ensuite, il existe un travail de reconstruction à travers la rédaction écrite : temps pendant lequel l'observateur se retrouve seul face aux souvenirs, aux émotions, aux associations et à tout ce que la situation observée a laissé en lui.

Les petits détails et signes corporels autour desquels la vie psychique du bébé va s'organiser, représentent la vraie richesse de cette méthode, puisqu'ils

permettent lors de la discussion à la relecture des observations en équipe, de découvrir des aspects inconnus et parfois surprenants.

C'est en effet, le troisième moment important de cette méthode, où grâce à la mise en commun des informations, à leurs discussions et à leurs réflexions en équipe, une « autre » lecture de l'observation pourra apparaître, avec toute la richesse qui l'accompagne.

Ensuite, il y a « l'après observation », période pendant laquelle l'observateur laisse mûrir en lui ce qui a été d'abord vécu puis reconstruit dans la rédaction de l'observation et discuté en équipe. Au cours de « cet après », il oublie, il pense moins intentionnellement à l'observation. Et c'est à ce moment que les vrais apports de l'observation peuvent se faire sentir et agir en lui, pour réapparaître lorsque la situation clinique les amènera à faire surface (40, 76)

3- L'utilisation de la méthode d'Esther BICK et son application thérapeutique dans le travail mère-enfant au sein de l'unité de jour

Le soignant référent de chaque situation mère-enfant à la crèche thérapeutique, est donc l'observateur de la dyade mère-enfant.

Les quatre temps de la méthode d'observation sont ainsi respectés par celui-ci : l'impact émotionnel de la situation observée, le travail de reconstruction à travers la rédaction écrite, la relecture et la réflexion en équipe des observations au cours des réunions de synthèse hebdomadaire et « l'après » observation.

Mais, dans le cadre du travail réalisé au sein de l'unité de jour mère-enfant, le soignant référent de la dyade (notre observateur), sera confronté tout au long de sa prise en charge aux dysfonctionnements de la relation mère-enfant, en rapport avec la pathologie psychiatrique de la mère et/ou de l'enfant. Il s'agit, en effet ici, d'un « observateur soignant » .

Il ne sera ainsi, pas toujours possible au cours de l'observation, de ne pas interférer avec le déroulement spontané de la relation mère-enfant, surtout s'il existe un danger potentiel pour l'enfant en raison, par exemple, d'une attitude inadaptée de la mère.

Souvent, des sentiments « persécutoires » ont été constatés, à l'encontre de « l'observateur soignant » . Mais, le plus souvent ces sentiments laissent place à une attitude plus positive, au fur et à mesure des prises en charge, lorsque les mères réussissent à surmonter les moments difficiles avec leur enfant et qu'elles retrouvent la confiance dans leurs capacités.

Au cours de ces observations, notre « observateur soignant » sera amené par son travail d'élaboration mentale, à souligner et à mettre en mots auprès de l'enfant et de sa mère, les moments importants observés au cours des interactions entre ces deux partenaires.

Notre « observateur soignant » est présent avec l'intégralité de sa personne, et donc inévitablement influencé par tout ce qu'il est, par son histoire et ses idées. Il est en effet, impossible de nier la dimension subjective qui est liée à cette méthode de travail, mais ce qui paraît capital dans ce travail réalisé par le soignant, c'est de parvenir à un travail d'élaboration, de réflexion et de transformation mentale. L'observateur doit acquérir progressivement une « vision binoculaire » : un « œil » qui regarde ce qui se passe à l'extérieur de lui entre le bébé et sa mère, et un « œil » qui regarde ce qui se passe à l'intérieur de lui, en tant qu'observateur. (76)

Ce travail d'observation permettra en outre aux parents (le plus souvent ici aux mères), de développer davantage leurs propres capacités d'observation de leur enfant, en s'identifiant à l'observateur dans sa fonction observante. Il existe également des bénéfices pour le bébé qui est observé. En effet, nous avons constaté que l'enfant reconnaît rapidement l'observateur et instaure avec lui une relation privilégiée.

Il s'agit donc ici, à travers les observations fines et détaillées des interactions mère-enfant, de repérer le plus précocement possible les troubles, les dysfonctionnements et les inadéquations au sein des relations entre les deux partenaires de l'interaction.

Mais aussi, de tenter de comprendre grâce au travail d'élaboration mentale de l'équipe soignante, le fonctionnement mental des mères et les impacts de celui-ci sur le développement de l'enfant.

Ainsi, par l'observation et l'analyse de tous ces paramètres, un travail pourra être réalisé, afin d'aider les parents dans leurs relations avec leur enfant et afin de prévenir le plus précocement possible les troubles du développement chez les enfants.

IV- MATERIEL D'ETUDE

Notre population est constituée par les 49 dyades mère-enfant admises dans l'unité de jour entre Octobre 1990 et Décembre 1996.

A- Age et sexe de l'enfant au moment de l'admission

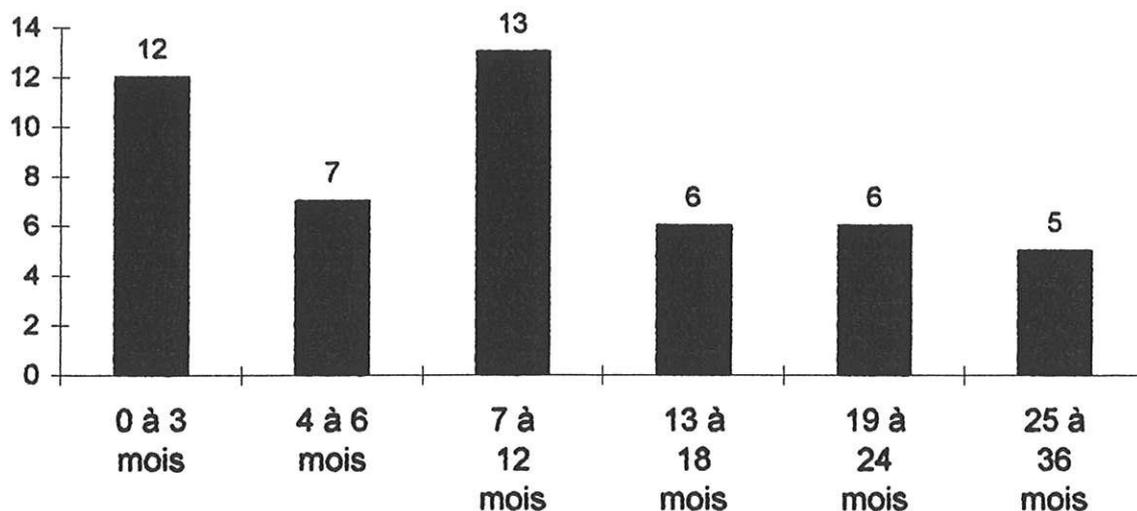


Figure 1 : Age de l'enfant à l'admission. (N=49)

La figure 1 illustre la répartition des enfants en fonction de l'âge au moment de l'admission et montre que 32 enfants ont été pris en charge dans leur première année de vie (dont 12 au cours des trois premiers mois), 12 enfants ont été hospitalisés au cours de leur deuxième année de vie et 5 enfants pendant leur troisième année de vie.

L'âge moyen est de 11.5 mois, avec des extrêmes allant de 24 jours à 36 mois.

Il paraît capital de pouvoir intervenir le plus précocement possible, afin de prévenir le retentissement de la pathologie maternelle sur l'état psychique de l'enfant.

Une telle approche préventive nécessite de reconnaître et de dépister les perturbations de l'interaction mère-enfant lorsqu'elles sont encore mineures et réversibles, notamment dans des situations à risque, telles que la prématurité, les difficultés ou troubles psychiques des parents, ou les familles à problèmes multiples.

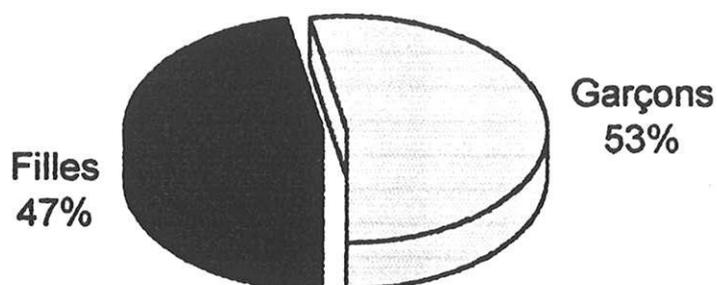


Figure 2 : Sexe de l'enfant. (N=49)

La figure 2 montre la répartition de la population étudiée en fonction du sexe de l'enfant. Entre 1990 et 1996, 23 filles et 26 garçons ont été admis dans l'unité de jour avec leur mère.

Le pourcentage légèrement supérieur de garçons dans notre population s'explique par le sex-ratio des nouveau-nés dans la population générale.

B- Age de la mère et du père à l'admission

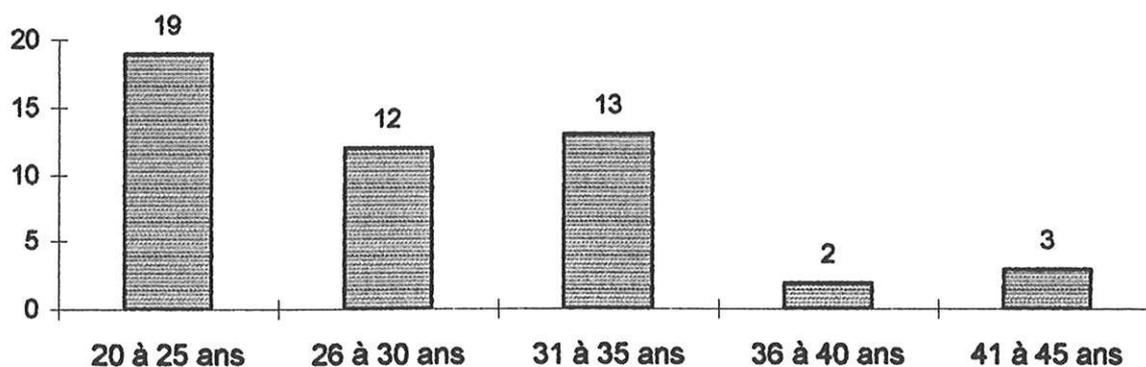


Figure 3 : Age de la mère à l'admission. (N=49)

La figure 3 montre que 63% des mères de notre population ont entre 20 et 30 ans et 10% d'entre elles ont plus de 36 ans. Il s'agit donc dans l'ensemble d'une population de jeunes mères.

L'âge moyen des mères est de 28.5 ans avec des extrêmes allant de 20 à 44 ans.

Ces résultats correspondent à l'âge moyen de la fécondité en France qui est de 28 ans.

Ces chiffres peuvent être rapprochés de ceux obtenus lors des études réalisées sur les unités d'hospitalisation mère-enfant temps plein : âge moyen pour l'équipe de DURAND à 28.5 ans (56), GINESTET à 30 ans (20) et PROTHEROE à 28.3 ans (66).

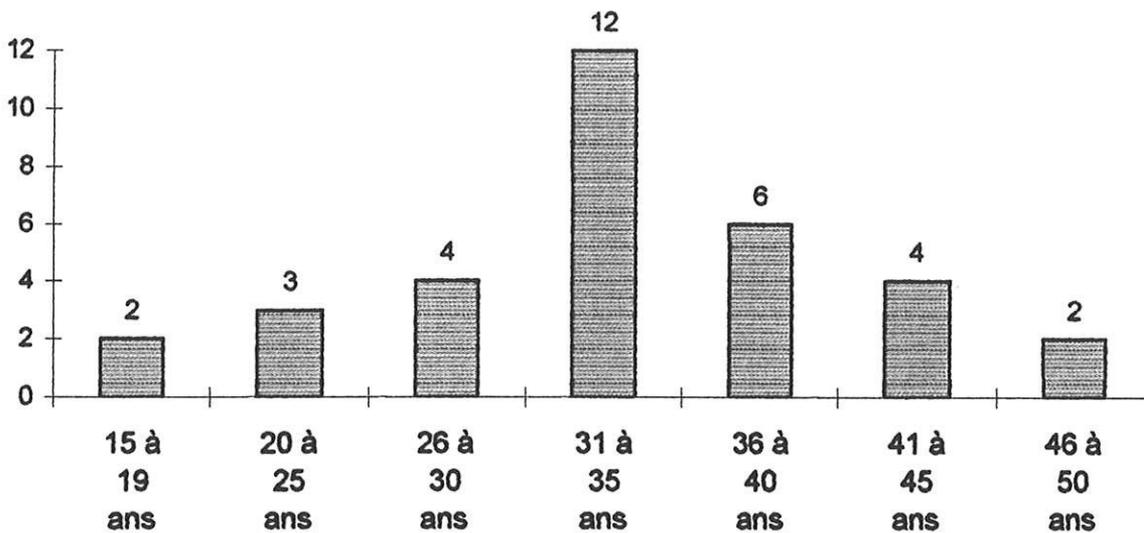


Figure 4 : Age du père à l'admission.(N=33)

La figure 4 montre que les pères sont sensiblement plus âgés que les mères, puisque 27% des pères ont moins de 31 ans et 73% d'entre eux ont plus de 31 ans. L'âge moyen est de 33.4 ans avec des extrêmes allant de 17 à 47 ans. Nous avons retrouvé dans les dossiers l'âge pour seulement 33 pères.

V- RESULTATS ET COMMENTAIRES DE L'ETUDE DE LA DYADE MERE-ENFANT (première partie de l'étude)

Dans cette première partie de l'étude concernant les données objectives, nous nous sommes intéressés à l'histoire de ces mères avant leur admission dans l'unité de jour mère-enfant.

A travers leur grossesse, leur accouchement, leurs antécédents et leur contexte familial et social, nous avons tenté de comprendre quels pouvaient être les facteurs aggravants et/ou prédisposants à l'émergence de difficultés dans la relation avec leur enfant.

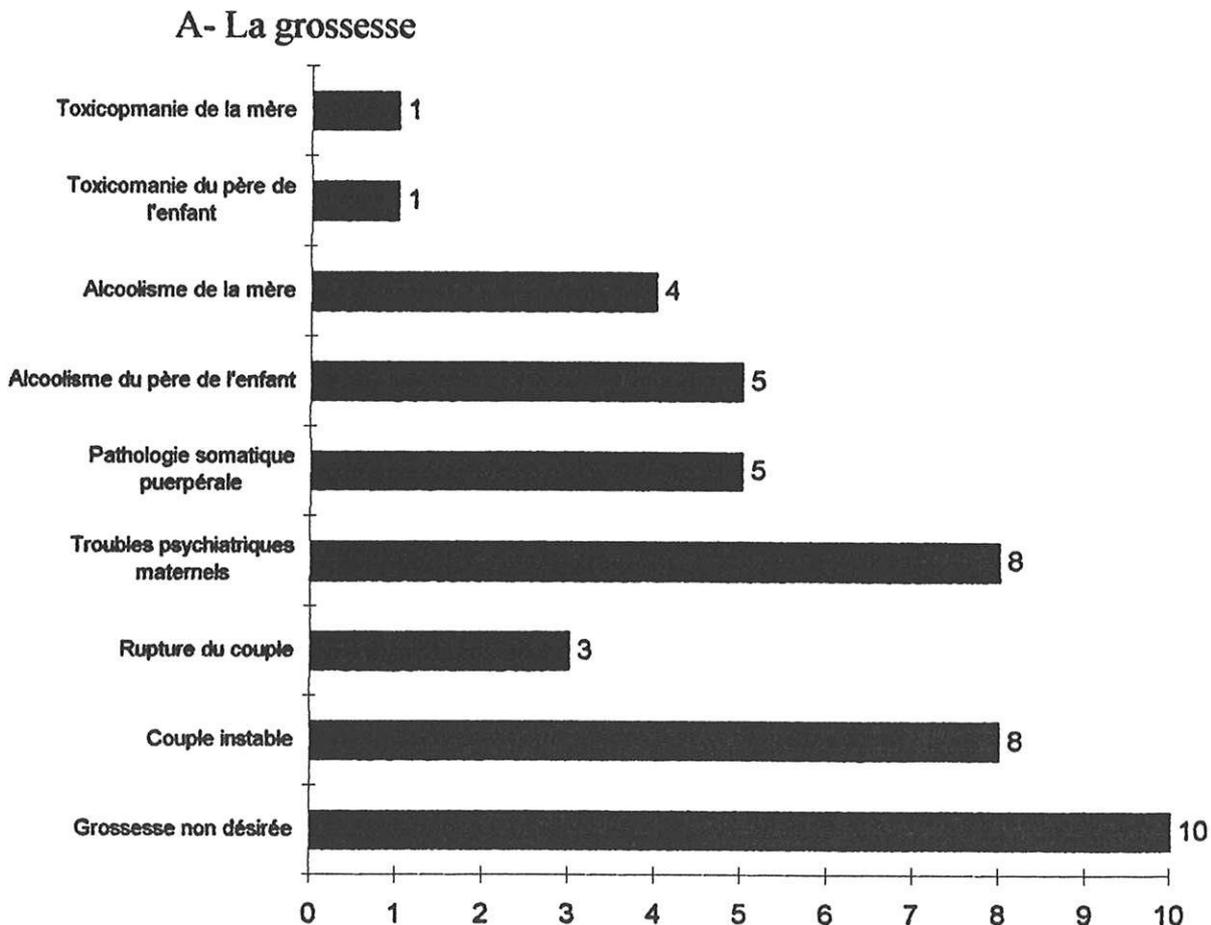


Figure 5 : Difficultés rencontrées par la mère pendant la grossesse. (N=40)

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés au déroulement de la grossesse et à l'existence d'éventuels facteurs perturbant l'équilibre maternel pendant la grossesse. Ces facteurs peuvent être associés pour une même patiente.

Nous avons retrouvé dans 81.5% des cas (40 mères sur 49), des évènements ou des facteurs ayant interféré avec le bon déroulement de leur grossesse.

Il s'agit essentiellement de troubles relationnels dans le couple, en rapport le plus souvent avec l'existence d'une pathologie psychiatrique du père de l'enfant.

Nous avons constaté chez 8 de nos mères des troubles psychiatriques graves pendant la grossesse et ayant nécessité une intervention médicale : des idées délirantes de persécution pour 2 d'entre elles, des troubles dépressifs majeurs associés à une anxiété importante pour 6 mères.

Une mère a été admise au troisième trimestre de sa grossesse dans un service de psychiatrie adulte, afin de prévenir une éventuelle décompensation d'une pathologie psychotique antérieure connue.

Des troubles somatiques à type de menace d'accouchement prématuré ont été retrouvés chez 5 de nos mères, entraînant alors des réactions anxieuses.

10 de nos mères ne souhaitent pas leur grossesse, avec dans une grande majorité des cas, un diagnostic de grossesse trop tardif pour envisager un avortement volontaire.

B- L'accouchement

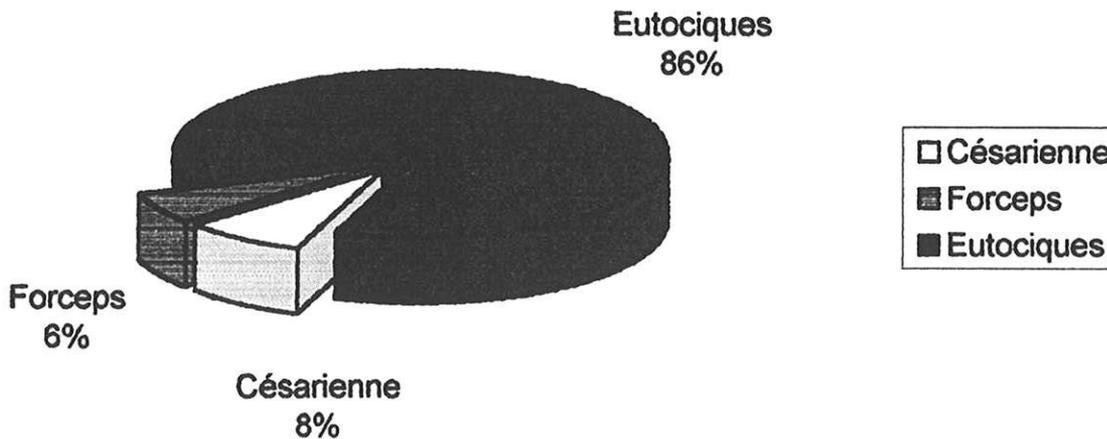


Figure 6 : Modes d'accouchement. (N=49)

Peu de commentaires sont à faire à propos du mode d'accouchement, en effet une grande majorité d'accouchements sont eutociques.

Ces résultats observés sont peu différents de ceux de la population générale.

A noter un accouchement survenu dans l'ambulance du S.A.M.U ; il s'agit d'une mère alcoolique chronique et dont la grossesse n'a été ni suivie ni déclarée.

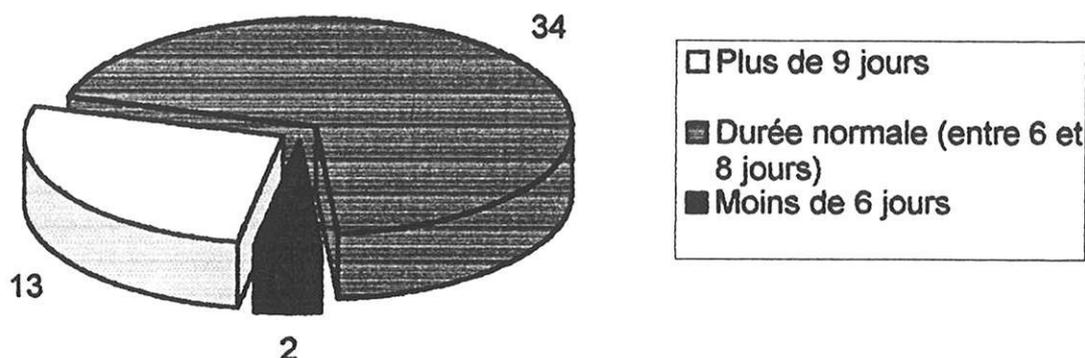


Figure 7 : Durée d'hospitalisation en maternité. (N=49)

La figure 7 nous montre que dans 69% des cas la durée d'hospitalisation en maternité est « normale » (entre 6 et 8 jours). Deux sorties prématurées de la maternité ont eu lieu, avec une sortie au troisième jour contre avis médical, et une sortie au quatrième jour d'une mère transférée dans l'unité temps plein mère-bébé du centre hospitalier psychiatrique de Limoges. Cette mère avait été hospitalisée en service de psychiatrie adulte au cours de son troisième trimestre de grossesse, en raison d'une pathologie psychotique connue antérieurement, afin de prévenir une éventuelle décompensation. Au moment de l'accouchement, elle a donc été transférée en hospitalisation à la demande d'un tiers dans le service de maternité durant 4 jours. Un accompagnement psychiatrique de la mère a été assuré en continu sur 24 heures, par les infirmiers de l'unité BERGOUIGNAN dans le service de maternité.

La durée courte de cette hospitalisation en maternité s'explique par la difficulté à détacher des soignants psychiatriques dans le service de maternité, pour permettre l'accompagnement à temps plein de cette mère psychotique.

Cet accompagnement « original » a permis une meilleure observation des premières interactions au sein de la dyade par les équipes mère-bébé et une réassurance du personnel de la maternité, peu habitué à la prise en charge des jeunes mères psychotiques en post-partum immédiat.

Dans 27% des cas, on note une durée d'hospitalisation prolongée. Dans 7 cas, la durée du séjour a été prolongée en raison de naissances prématurées, 2 bébés ont présenté des pathologies somatiques nécessitant des examens médicaux complémentaires (un bébé séropositif pour le virus HIV et une tétralogie de Fallot découverte à la naissance du bébé) et 1 bébé né à terme présentait un petit poids de naissance.

Seulement 3 dyades mère-bébé ont pu bénéficier d'un séjour prolongé en raison d'une décompensation psychotique maternelle du post-partum. Dans ces 3 cas, cette prolongation a permis à l'équipe soignante de la maternité d'établir un contact avec les équipes psychiatriques mère-bébé, afin d'aménager dans de bonnes conditions la prise en charge des dyades mère-bébé à la sortie de la maternité et ainsi d'avoir une action préventive sur une éventuelle pathologie chez ces jeunes enfants nés de mères psychotiques.

C- Les pathologies psychiques puerpérales



Figure 8 : Les pathologies psychiques observées en post-partum. (N=20)

La figure 8 nous montre que 20 mères (41%) ont présenté un trouble psychique sévère en post-partum.

Dans 55% des cas, les pathologies observées dans le post-partum sont des épisodes dépressifs.

Dans 45% des cas il s'agit en post-partum d'épisodes psychotiques (épisode maniaque, schizophrénie, troubles psychotiques non spécifiés).

Dans 25% des cas (5 cas) aucun antécédent psychiatrique n'est retrouvé avant la grossesse, alors que dans 75% des cas (15 mères) il s'agit d'une décompensation dans les 3 mois suivant l'accouchement d'une pathologie connue avant la grossesse.

Parmi ces 20 cas, 11 mères ont nécessité une hospitalisation dans un service de psychiatrie adulte dont seulement 6 ont pu bénéficier d'une prise en charge conjointe dans l'unité mère-bébé temps plein.

Cette hospitalisation conjointe a permis d'une part une prise en charge précoce de la dyade dans l'unité de jour mère-enfant et d'autre part une prévention d'une éventuelle pathologie psychique chez l'enfant.

Dans 5 cas l'enfant a été séparé de sa mère précocement en raison de l'absence de service pratiquant l'hospitalisation conjointe mère-bébé temps plein (début des prises en charge conjointes au sein de l'unité BERGOUIGNAN en juin 1995).

D - Les pathologies psychiatriques maternelles connues à l'admission

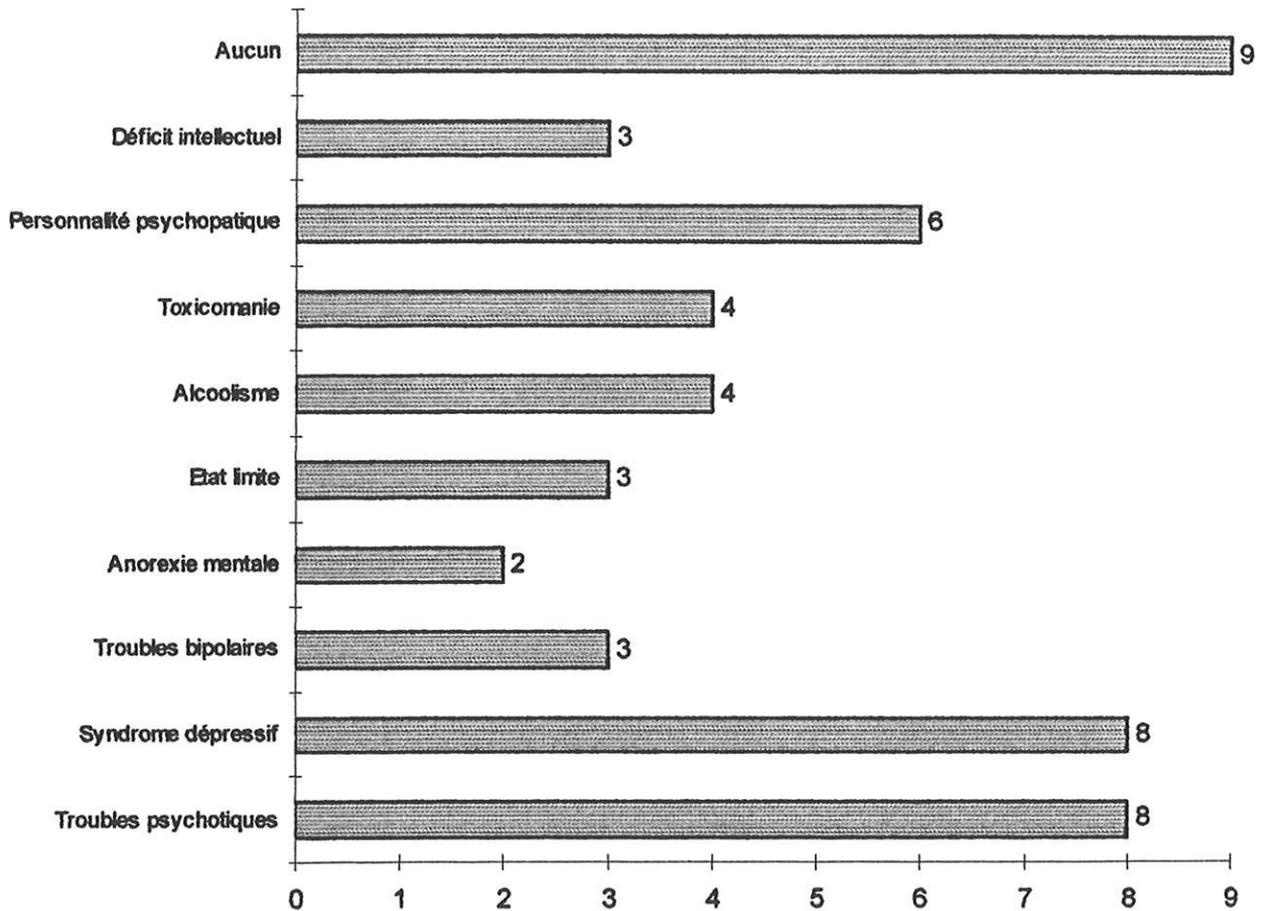


Figure 9 : Troubles psychiatriques maternels connus à l'admission.

La figure 9 nous montre l'ensemble des troubles psychiatriques retrouvés dans les antécédents maternels. Ces troubles sont variés et peuvent être associés.

Il existe chez 81.5% des mères de notre population, des troubles psychiatriques connus à l'admission. En effet, dans seulement 9 cas nous n'avons pas retrouvé de pathologies psychiatriques connues avant l'hospitalisation dans l'unité.

E- Le contexte socio-familial

1- L'enfance de la mère

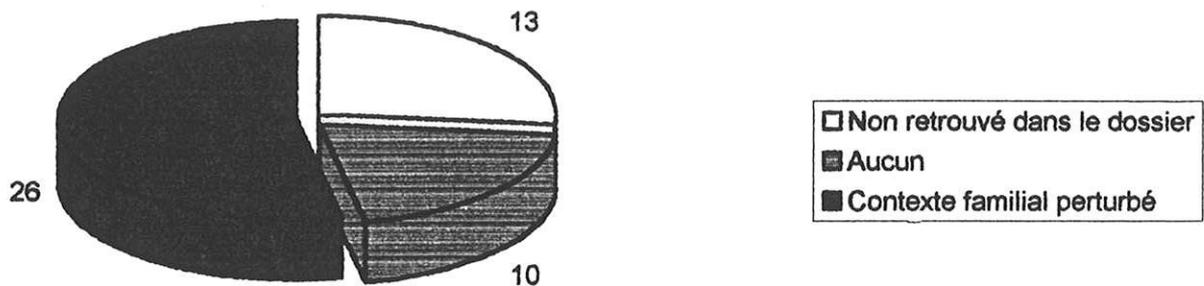


Figure 10 : Contexte familial de la mère pendant son enfance. (N=49)

Sur la figure 10 nous observons que 53% de nos mères (26 cas) ont vécu dans un contexte familial difficile au cours de l'enfance.

Ces résultats sont probablement inférieurs à la réalité, car dans 13 cas nous n'avons pas retrouvé dans les dossiers de données concernant l'enfance maternelle.

Nous avons retrouvé des troubles psychiatriques chez les parents maternels dans 11 cas, un placement en famille d'accueil ou en institution pour 17 mères et des antécédents de maltraitance pour 3 mères.

Ces facteurs étant associés dans certaines de nos situations.

2- La situation familiale de la mère à l'admission

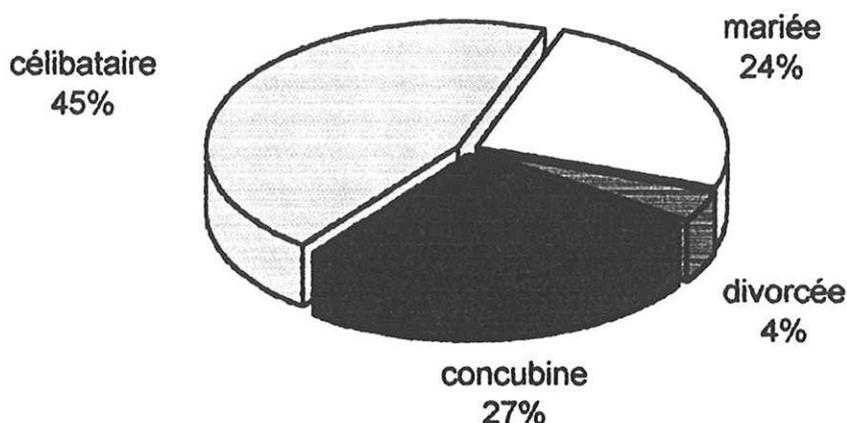


Figure 11 : Situation familiale de la mère à l'admission. (N=49)

La figure 11 nous montre que 24 mères vivent seules au moment de l'admission dans l'unité, soit 49% de notre population.

13 mères vivent en concubinage, avec dans la majorité des cas des difficultés relationnelles, associées à des séparations régulières et intermittentes du couple sources d'instabilité.

3- L'entourage familial de la mère à l'admission.

Nous avons retrouvé dans 18 cas (37%) la présence d'une famille élargie dans l'entourage maternel. En fait, seules 8 mères sont réellement soutenues et aidées par leur famille. En effet, dans les 10 autres cas (56%), il existe des difficultés relationnelles importantes et une proportion importante de tentatives d'appropriation de l'enfant par la grand-mère maternelle.

Dans 17 cas (35%) cas un ou plusieurs éléments de la fratrie des enfants de notre population sont déjà suivis en pédopsychiatrie ou placés en famille d'accueil.

Dans 29 cas (59%) le père de l'enfant est présent, mais seulement 18 d'entre eux participent à la prise en charge dans l'unité de jour. Cette participation se limite pour la plupart à assister aux consultations régulières entre la dyade mère-enfant et le médecin responsable de l'unité.

4- La situation socio-économique familiale à l'admission

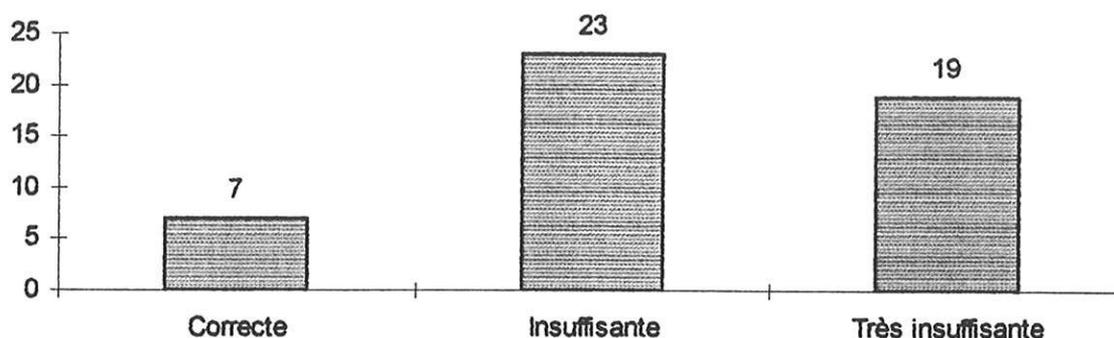


Figure 12 : Situation socio-économique de la mère à l'admission. (N=49)

Dans 14% des cas on retrouve un milieu socio-économique correct, l'un des deux conjoints au moins bénéficiant d'un revenu professionnel fixe. Seulement 6 mères ont suivi des études supérieures, 3 mères ont un travail régulier, 4 mères bénéficient d'un contrat emploi solidarité et 18 mères reçoivent une allocation adulte handicapé. 42 femmes (86%) n'ont aucune profession. Dans 47% des cas la situation économique est jugée insuffisante, les ressources consistant en aides sociales et en revenus professionnels irréguliers. Dans 39% des cas, la situation est jugée très insuffisante, les seules ressources consistant en aides sociales.

VI- RESULTATS ET COMMENTAIRES DE L'ETUDE CONCERNANT L'HOSPITALISATION DE JOUR (deuxième partie de l'étude)

A- Le motif principal d'admission

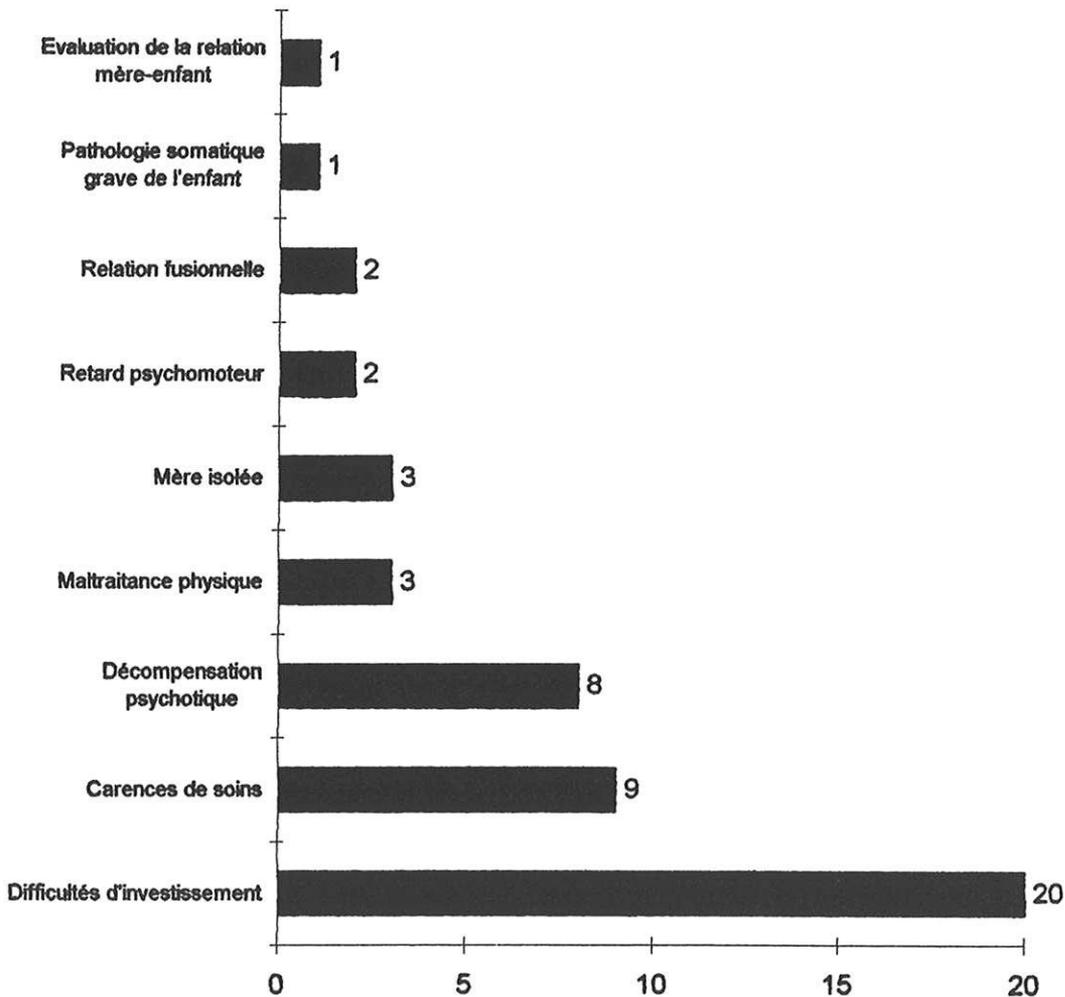


Figure 13 : Motif principal d'admission dans l'unité. (N=49)

L'unité de jour est un lieu de soin qui accueille les dyades lorsqu'il existe un dysfonctionnement de la relation mère-enfant.

La figure 13 nous montre que dans 41% des cas, il existe une difficulté pour la mère à investir affectivement son enfant.

On note 9 cas de carences de soins, 2 enfants avec un retard psychomoteur important et 3 cas de maltraitance physique.

1 mère a été accueillie avec son enfant séropositif, bien qu'il n'existait pas en début de prise en charge de dysfonctionnement de la relation, dans le but d'assurer un soutien psychologique et un accompagnement de la mère et de l'enfant.

Dans 11 cas une action préventive a pu être mise en place grâce à une prise en charge dans les trois premiers mois après la naissance de l'enfant : 8 mères pour une décompensation psychotique dans le post-partum, 3 mères isolées avec un risque important de maltraitance.

B- L'origine des demandes de soins

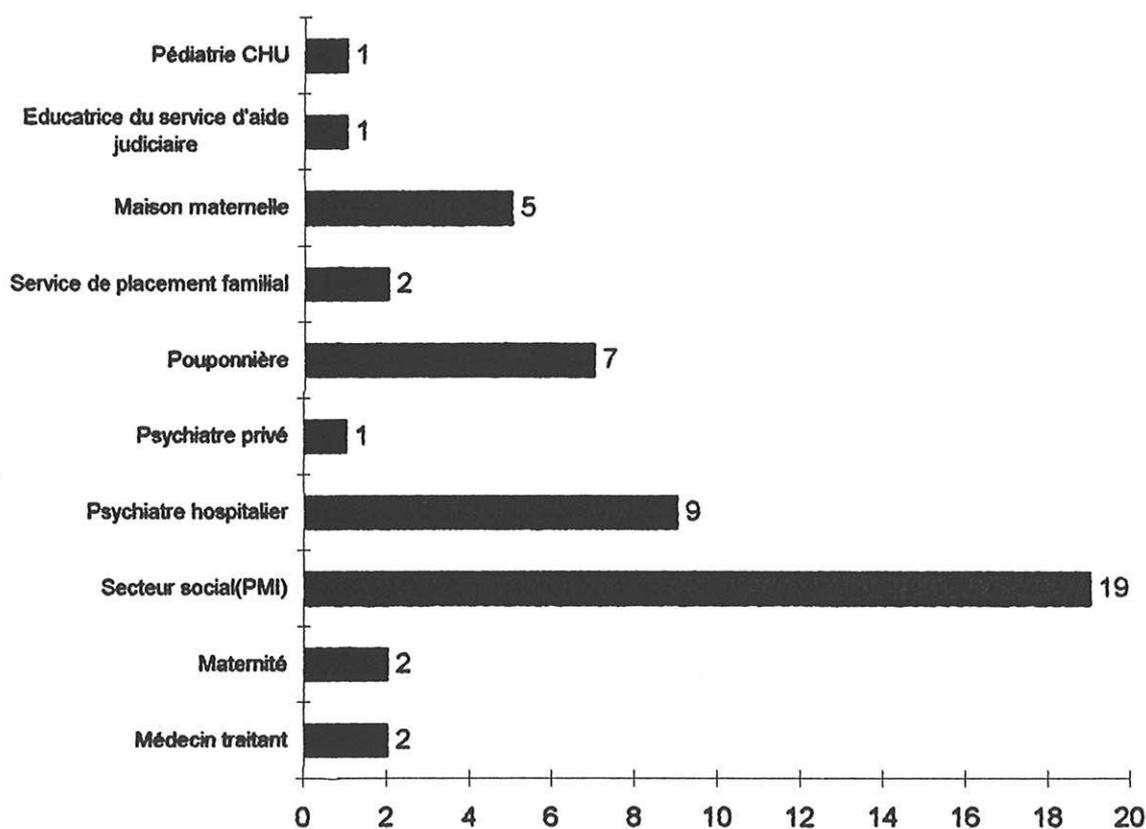


Figure 14 : Origine des demandes de soins dans l'unité. (N=49)

La figure 14 nous montre que dans 39% des cas la demande de soins est faite par le secteur social, c'est à dire soit le médecin de PMI, soit l'assistante sociale ou la puéricultrice de secteur.

6% des demandes de soin proviennent des médecins libéraux, bien que dans la grande majorité des cas un médecin généraliste ou un pédiatre intervient de façon régulière dans la famille. Aucune demande n'a été faite au cours de ces 6 années par un pédiatre libéral.

Les services de maternité et de pédiatrie du CHU de Limoges sollicitent encore trop peu actuellement les médecins pédopsychiatres de l'unité, en cas de situation mère-enfant préoccupante (6% des demandes).

C- Les symptômes présentés par la mère à l'admission

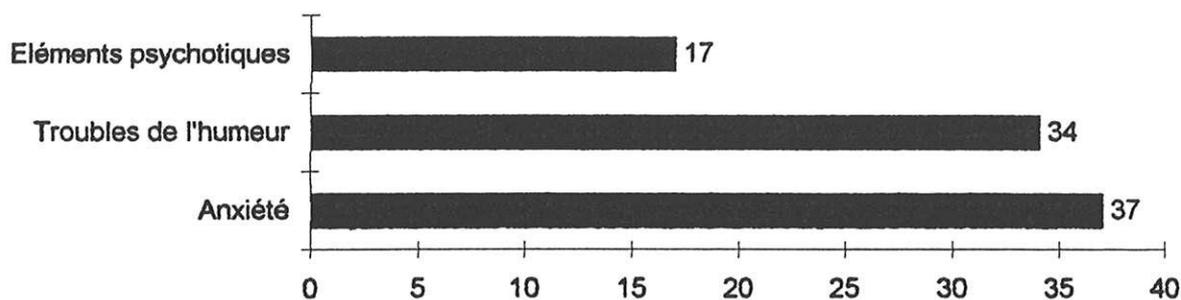


Figure 15 : Symptômes présentés par la mère à l'admission.

Nous avons retrouvé des symptômes variés dans notre population maternelle à l'admission, souvent associés, avec une prédominance d'éléments névrotiques.

Dans 75.5% des cas une anxiété importante est retrouvée. 70% des mères présentent des troubles de l'humeur avec dans la majorité des cas une humeur dépressive.

Dans 34% des cas des éléments psychotiques sont notés dans notre population.

D- Les symptômes présentés par l'enfant à l'admission

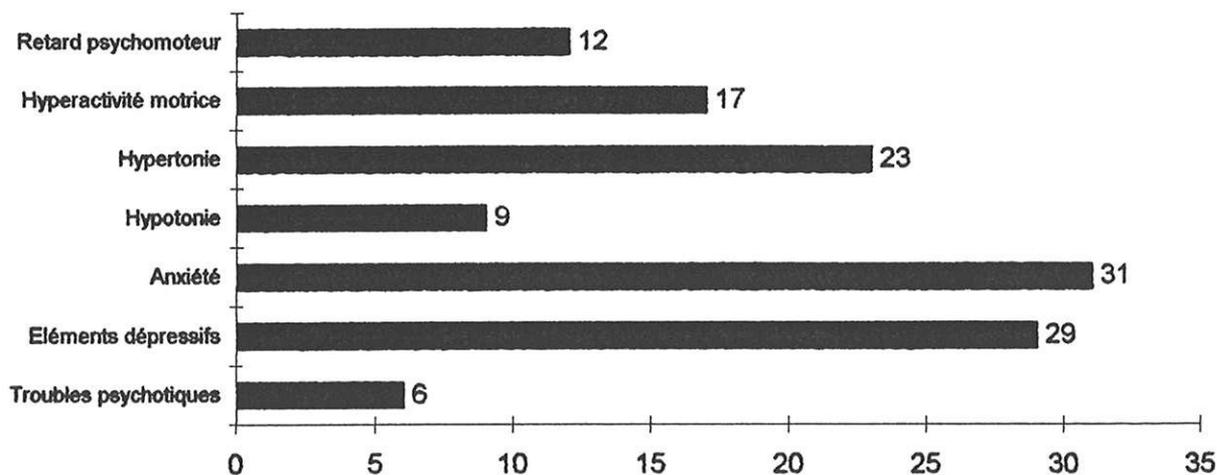


Figure 16 : Symptômes présentés par l'enfant à l'admission.

La figure 16 nous montre la grande diversité des symptômes observés chez l'enfant à l'admission.

Comme pour les mères, on observe une prédominance de l'anxiété et des éléments dépressifs.

En ce qui concerne le tonus de l'enfant à l'admission, seul 17 enfants présentent un tonus normal (35% de nos enfants).

Des troubles de l'alimentation ont été également retrouvés, ils comprenaient essentiellement des refus alimentaires. Des régurgitations ont aussi été observées chez des enfants présentant une anxiété importante.

Des troubles du sommeil sont retrouvés dans 16 cas, avec principalement des difficultés d'endormissement et de fréquents réveils nocturnes. Il peut s'agir également d'une hypersomnie avec refuge dans le sommeil.

A noter que les enfants ayant bénéficié préalablement d'une hospitalisation conjointe à BERGOUIGNAN en raison d'une pathologie maternelle psychiatrique en post-partum, présentaient moins de symptômes à l'admission.

E- La prise en charge proposée en début d'hospitalisation

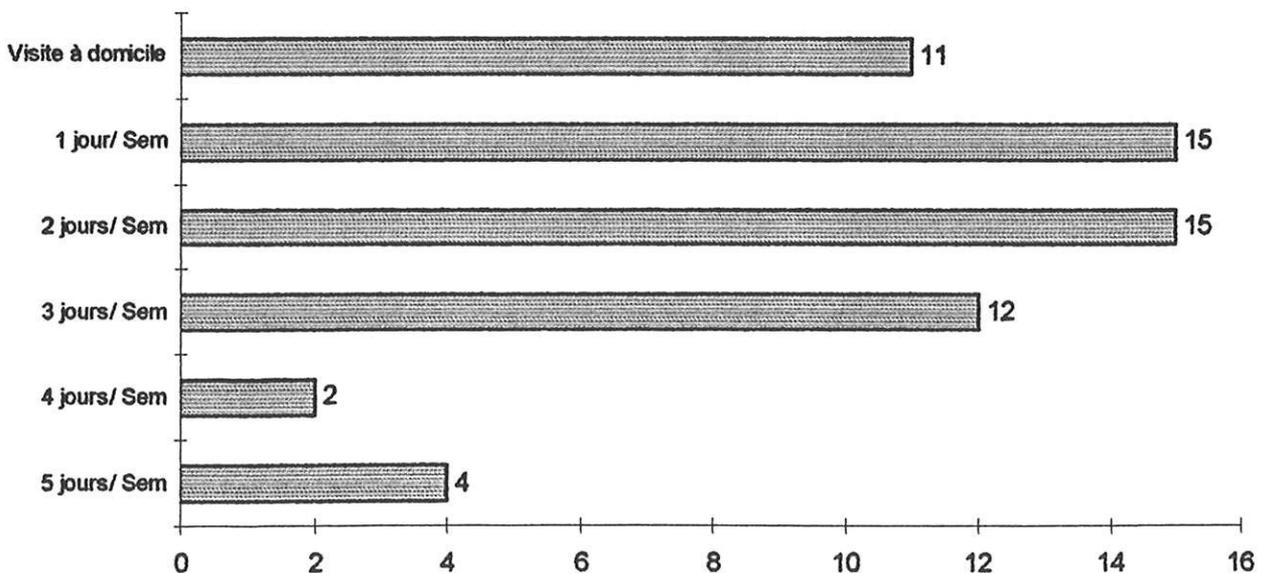


Figure 14 : Prise en charge proposée en début d'hospitalisation de jour.

Sur la figure 17 on note que dans 87.5% des cas une prise en charge variant de 1 à 3 journées par semaine a été mise en place. Seules 6 situations ont bénéficié d'une hospitalisation plus intensive avec un temps de présence à la

crèche de 4 ou 5 jours par semaine. Ces situations correspondent pour 5 d'entre elles, à des mères présentant une symptomatologie psychotique.

Des visites à domicile ont été proposées dans 11 cas, afin de permettre une observation régulière de la dyade, impossible à réaliser dans l'unité en raison du refus de la mère de venir dans la structure ou de son absentéisme répété.

1 prise en charge a été débutée d'emblée à domicile, la mère refusant l'hospitalisation à la crèche et a pu être poursuivie par la suite dans l'unité.

14 enfants ont été pris en charge par une psychomotricienne, en complément du travail mère-enfant.

F- L'articulation avec l'unité mère-bébé temps plein

Dans 5 cas, une hospitalisation mère-enfant a été nécessaire dans l'unité mère-bébé temps plein, avant l'hospitalisation dans l'unité de jour.

Cette hospitalisation est intervenue en raison de l'apparition ou de l'aggravation de troubles psychiatriques maternels survenus dans le post-partum.

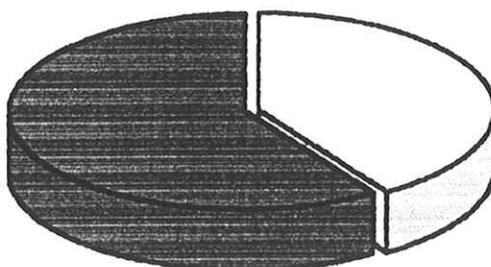
Elle a permis d'évaluer la relation mère-bébé tout en évitant une séparation précoce et de mettre en place un traitement psychiatrique adapté pour la mère.

L'équipe soignante de l'unité de jour est intervenue dès le premier jour dans l'unité mère-bébé temps plein, afin d'affiner l'observation des 5 dyades et de mettre en place la prise en charge dans l'unité de jour, en relais de l'hospitalisation temps plein.

Dans 1 seul cas, l'hospitalisation temps plein mère-bébé a été proposée pendant la prise en charge de jour, en raison de la recrudescence d'un syndrome dépressif chez la mère associé à des idées suicidaires.

G- L'adhésion de la mère au travail proposé

Non adhésion au
travail/ absentéisme
59%



Adhésion au travail
41%

Figure 18 : Adhésion de la mère à la prise en charge. (N=49)

La figure 18 nous montre que seules 20 mères (41% des cas) ont participé activement à la prise en charge. Dans 29 cas elles sont soit absentes, soit elles ne comprennent pas l'intérêt du travail mère-enfant proposé. Le soignant référent est alors perçu comme intrusif et persécuteur. Malgré l'opposition de la mère, nous avons constaté fréquemment, dans l'étude des interactions, une amélioration de la qualité de la relation mère-enfant.

En ce qui concerne les mères alcooliques ou toxicomanes aucun travail n'a pu être mis en place de façon satisfaisante et aucune amélioration de la qualité des interactions n'a pu être constatée.

H- La durée de la prise en charge

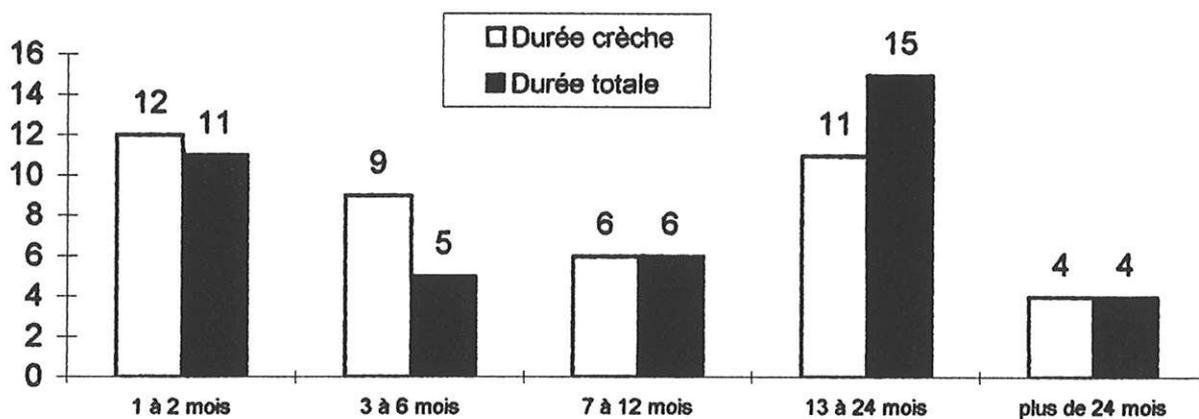


Figure 19 : Durée des prises en charge. (N=42)

La durée moyenne des séjours des dyades hospitalisées dans l'unité est de 10 mois et la durée moyenne totale des prises en charge est de 13 mois.

Sur la figure 19, nous observons une grande diversité dans la durée des prises en charge. Dans 12 cas nous constatons une prise en charge à la crèche inférieure à 2 mois en raison du refus de la mère de poursuivre le travail. Un suivi à domicile a pu être proposé, afin de permettre la poursuite de l'observation de la dyade.

Sur ce graphique apparaît également la durée totale de prise en charge, en effet l'observation de l'enfant a été poursuivie par le soignant référent, soit au domicile de la mère, soit à la pouponnière, soit en crèche municipale (1 enfant) ou en halte-garderie (1 enfant).

I- La prise en charge proposée pour l'enfant en fin d'hospitalisation dans l'unité

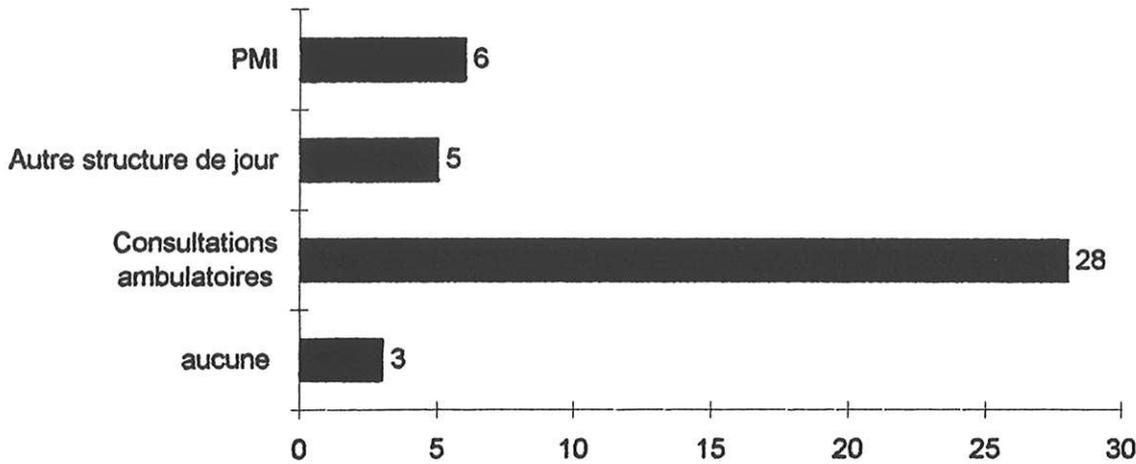


Figure 20 : Prise en charge de l'enfant mise en place à la fin de l'hospitalisation. (N=42)

La figure 20 intéresse 42 enfants pour lesquels une prise en charge a pu être proposée. En effet, dans notre population, 2 enfants sont décédés au cours de la prise en charge (un enfant séropositif, un enfant présentant une tétralogie de Fallot) et 5 dyades sont toujours hospitalisées dans l'unité.

Nous constatons que dans 67% des cas un suivi a été proposé, sous la forme de consultations ambulatoires mensuelles avec le médecin référent de l'unité. Il s'agit de consultations parents-enfant et parfois de consultations avec l'enfant et l'assistante maternelle, en cas de placement de l'enfant en famille d'accueil.

2 enfants placés en famille d'accueil n'ont pas nécessité de prise en charge spécifique.

1 enfant actuellement est en attente de placement à la pouponnière et aucun suivi n'a pu lui être proposé pour l'instant.

5 enfants ont été orientés vers une autre structure de jour, en raison de la nécessité de poursuivre la prise en charge de l'enfant seul. 4 de ces enfants sont par ailleurs toujours suivis en consultation par le médecin référent de l'unité.

Le secteur social (PMI) a été alerté pour 6 enfants, en raison du refus de la mère de poursuivre la prise en charge psychiatrique.

La poursuite d'une prise en charge en psychomotricité a par ailleurs été proposée pour 5 enfants en fin d'hospitalisation, également suivis en consultation par le pédopsychiatre responsable de l'unité.

J- L'origine du signalement de l'enfant

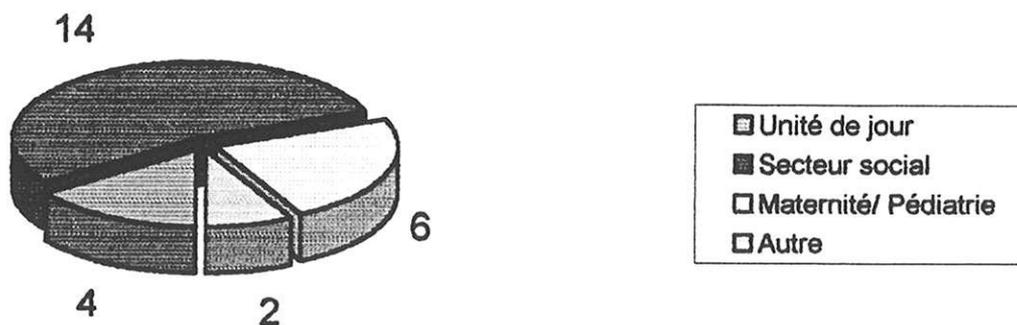


Figure 21 : Origine du signalement judiciaire de l'enfant. (N=26)

Dans 53% des cas (26 cas) un signalement de l'enfant a été nécessaire. Le signalement a été fait pour 2 cas par les grands-parents maternels, dans 1 cas pour maltraitance et dans 1 cas en raison de la toxicomanie de la mère.

Dans 16 cas le signalement a été réalisé avant l'admission dans l'unité de jour mère-enfant.

Le signalement dans 6 cas a été réalisé par le secteur social, après la rupture de la prise en charge dans l'unité de jour.

La crèche thérapeutique (unité de jour mère-enfant) a été à l'origine des signalements dans seulement 4 cas.

K- Les décisions judiciaires prises pour l'enfant

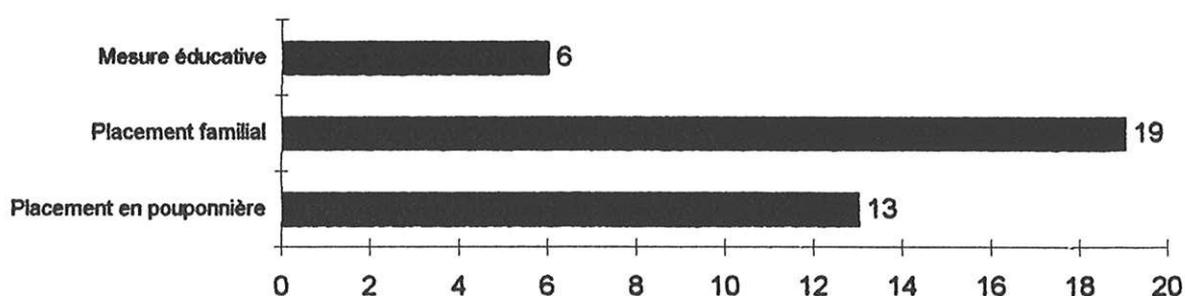


Figure 22 : Décisions judiciaires prises pour l'enfant après le signalement.

Sur les 26 enfants signalés, 1 enfant a été perdu de vue.

La figure 22 montre que les 25 signalements ont été suivis dans 76% des cas d'un placement de l'enfant en famille d'accueil, soit directement, soit après placement en pouponnière (9 cas).

Dans 2 cas, un placement provisoire en famille d'accueil d'une durée inférieure à 3 mois a été décidé, en raison de l'hospitalisation de la mère en psychiatrie. Les enfants sont ensuite retournés avec la mère.

Sur 13 enfants placés en pouponnière (52% des signalements) 9 enfants ont donc été placés en famille d'accueil, 3 enfants ont été placés en pouponnière pour quelques mois avant le retour au domicile de la mère et la mise en place d'une mesure éducative.

3 enfants ont directement bénéficié d'une mesure éducative après le signalement. 1 enfant est toujours à la pouponnière en attente de placement familial.

L- Le devenir de l'enfant au moment de l'étude

1- Le lieu de vie de l'enfant

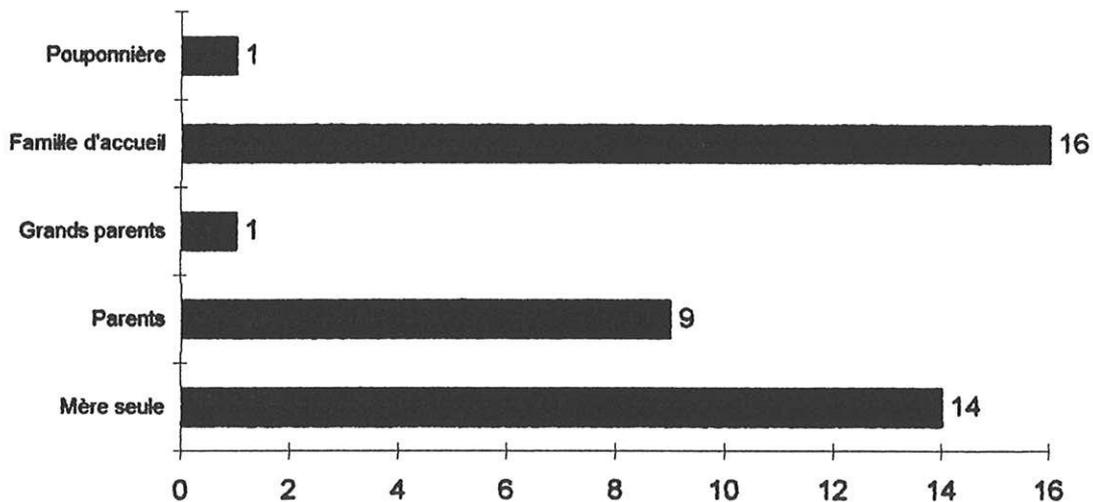


Figure 23 : Lieu de vie de l'enfant au moment de l'étude. (N=41)

Sur les 49 enfants de notre population, 2 enfants sont décédés et nous n'avons pas de nouvelles précises pour 6 enfants.

En ce qui concerne ces 41 enfants au moment de l'étude, 39% sont toujours en famille d'accueil, 34% vivent au domicile de la mère seule et 22% vivent au domicile des deux parents.

Les deux placements provisoires mis à part, seul un enfant placé en famille d'accueil est retourné chez sa mère au moment de l'étude. La famille d'accueil tentait de s'appropriier l'enfant, sans respecter les liens existants entre l'enfant et sa mère naturelle. Les difficultés grandissantes de l'enfant à trouver ses repères

au milieu de ces deux familles, ont amené le médecin pédopsychiatre responsable de l'enfant, à proposer un retour de celui-ci dans sa famille naturelle.

2- La scolarisation

Sur les 47 enfants vivants au moment de l'étude, mis à part les 6 enfants dont nous n'avons aucune nouvelle précise et les 14 enfants dont l'âge ne permet pas encore une scolarisation, seul 1 enfant n'a pu être scolarisé en raison de la persistance de troubles du comportement empêchant son intégration.

19 enfants sont scolarisés à temps plein et se sont bien intégrés à l'école.

7 enfants sont admis à l'école à mi-temps, 2 enfants en raison de leur jeune âge et 5 enfants en raison de la poursuite d'une prise en charge pédo-psychiatrique en hospitalisation de jour certains jours de la semaine.

3- Le lieu de soin de l'enfant

Sur les 47 enfants, 27 enfants (57%) sont toujours suivis en pédopsychiatrie.

Sur ces 27 enfants, 5 enfants sont toujours pris en charge dans l'unité mère-enfant, 16 enfants sont suivis en consultation ambulatoire par un pédopsychiatre, 5 enfants sont en hôpital de jour et 1 enfant est pris en charge dans un institut spécialisé en raison d'une surdité.

20 enfants n'ont aucun suivi, en raison le plus souvent d'une rupture de soin décidée par la mère, qui ne souhaitait pas la poursuite d'une prise en charge ambulatoire.

VII- RESULTATS ET COMMENTAIRES DE L'ETUDE DES INTERACTIONS MERE-ENFANT (troisième partie de l'étude)

Cette troisième partie étudie les interactions mère-enfant en début et en fin de prise en charge.

Toutes les données concernant les interactions entre la mère et son enfant ont été recueillies à partir des cahiers rédigés par l'observateur soignant et référent de chaque situation. Pour faciliter la présentation des éléments de notre travail, ces données ont ensuite été analysées grâce à une grille d'évaluation empruntée à l'équipe du centre de recherche Claude BERNARD, après son adaptation par nos soins aux données recueillies dans notre population.

Notre étude s'est limitée volontairement à l'analyse de 30 situations mère-enfant (sur les 49 de notre population), au cours desquelles l'observation de la dyade a pu être réalisée sur une durée supérieure à 3 mois.

Pour ces 30 situations seulement, des éléments suffisants ont pu être recueillis, pour l'analyse comparative des interactions mère-enfant en début et en fin de prise en charge.

A- Les interactions corporelles

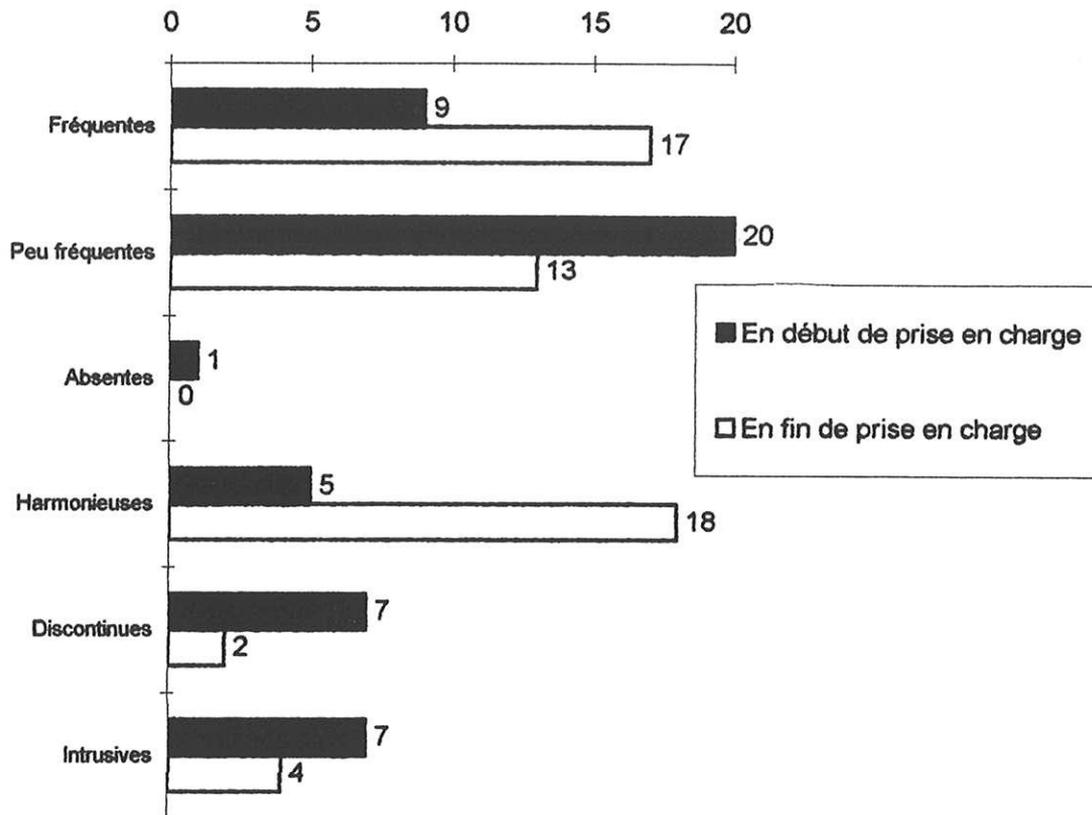


Figure 24 : Interactions corporelles mère-enfant en début et en fin de prise en charge. (N=30)

La figure 24 nous montre les principales caractéristiques de l'interaction corporelle entre la mère et son enfant, sur le plan quantitatif puis sur le plan qualitatif.

En début de prise en charge, les interactions corporelles sont retrouvées peu fréquentes (66% cas). En fin de prise en charge, nous constatons une amélioration globale de la fréquence des interactions corporelles.

Nous observons une nette progression de la qualité de l'interaction, puisque 18 interactions sont jugées harmonieuses en fin de prise en charge (60% des cas).

Une discontinuité importante est notée dans 7 cas au début et dans seulement 2 cas en fin de prise en charge.

Le caractère intrusif au cours de l'interaction est retrouvé dans 7 cas au début et dans 4 cas en fin de prise en charge.

B- Les interactions visuelles

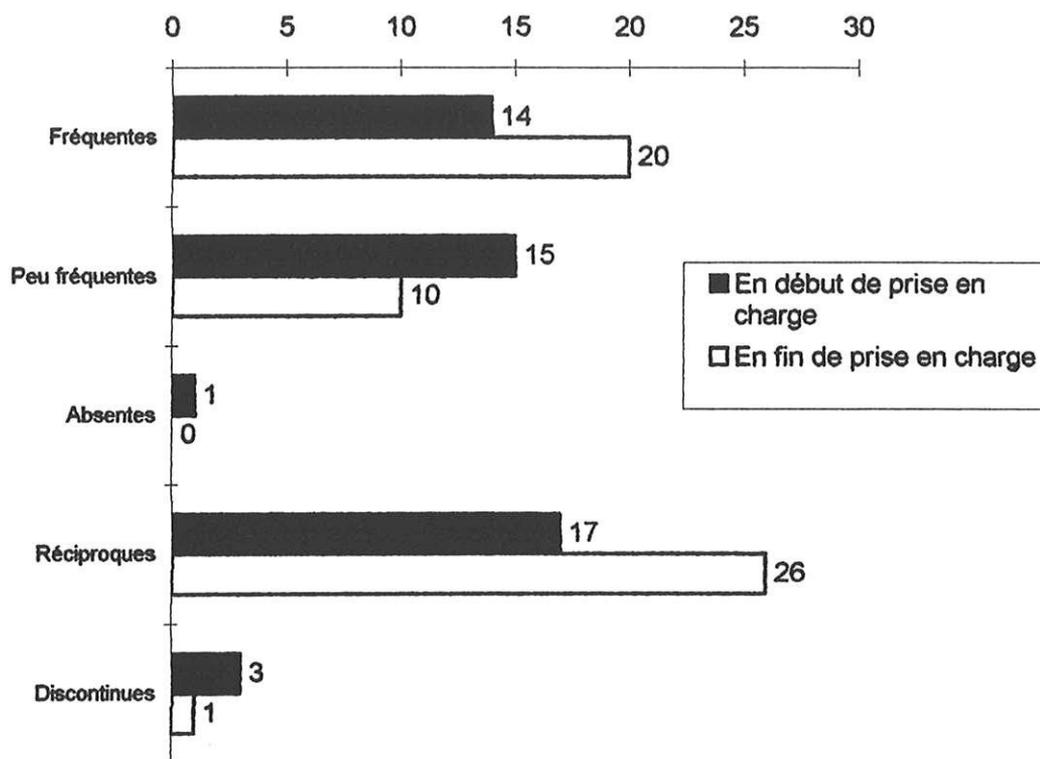


Figure 25 : Interactions visuelles mère-enfant en début et en fin de prise en charge.
(N=30)

Sur la figure 25 nous observons une progression de la fréquence des échanges visuels entre la mère et son enfant en fin d'hospitalisation, ainsi qu'une amélioration de la réciprocité des échanges visuels, puisque 87% des interactions visuelles sont réciproques en fin de prise en charge.

Nous avons noté dans 3 cas en début d'hospitalisation, une discontinuité importante induite par la mère dans nos trois situations.

C- Les interactions vocales

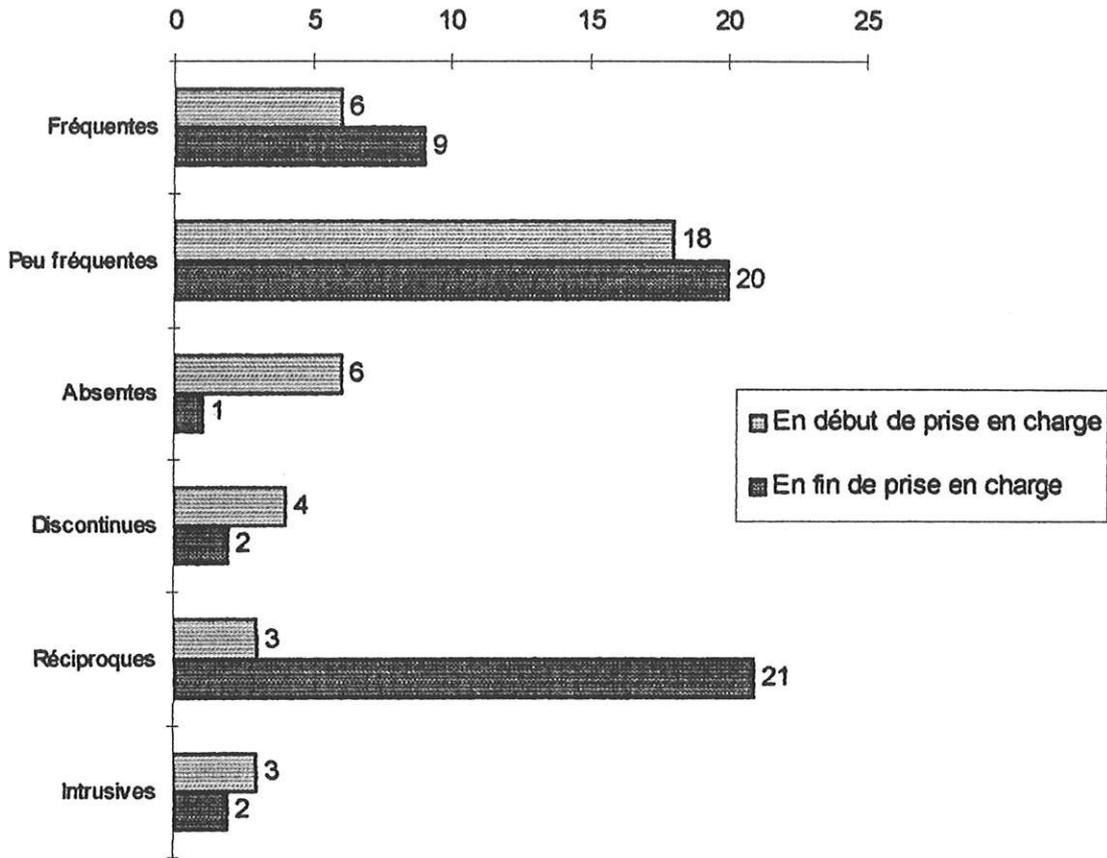


Figure 26 : Interactions vocales mère-enfant en début et en fin de prise en charge. (N=30)

La figure 26 nous montre que dans 60% des cas, les interactions vocales sont jugées peu fréquentes en début d'hospitalisation.

Nous notons peu de progression en ce qui concerne la fréquence de ce type d'interaction, malgré une amélioration nette de la réciprocité des échanges verbaux en fin de prise en charge.

L'augmentation de la réciprocité des échanges verbaux s'explique d'une part par une amélioration de la qualité des échanges maternels, mais aussi par l'avancée en âge de l'enfant en fin de prise en charge.

D- Les expressions émotionnelles

1-De la mère

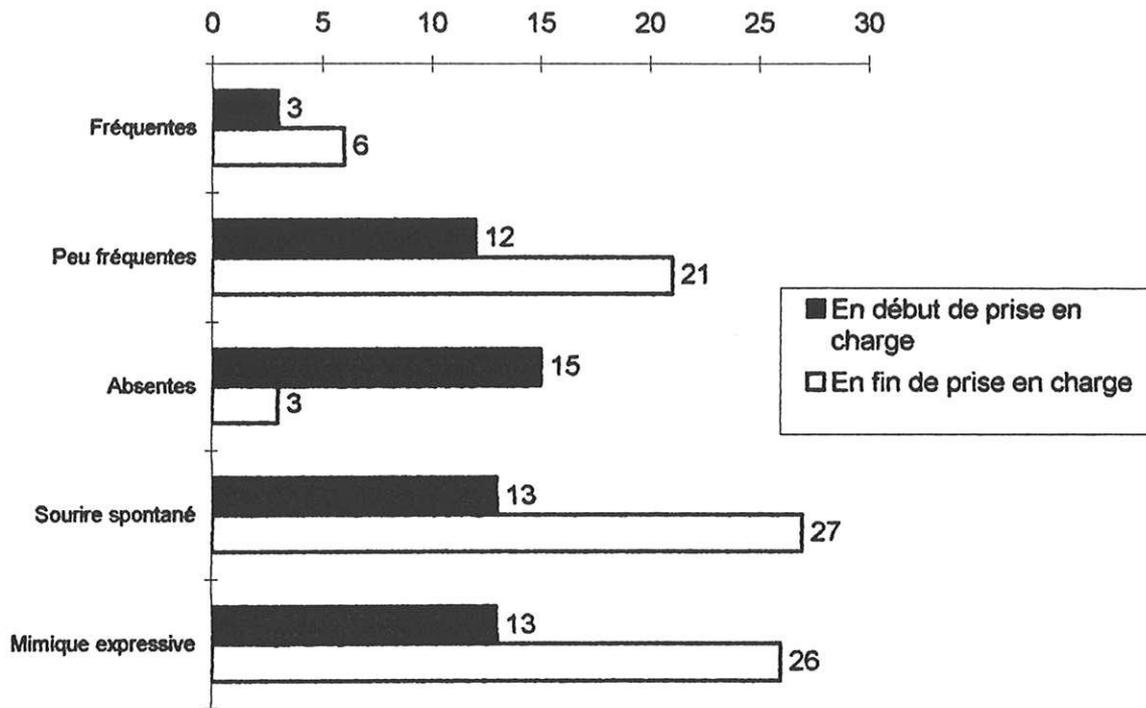


Figure 27 : Expressions émotionnelles de la mère en début et en fin de prise en charge.
(N=30)

Les expressions émotionnelles de la mère sont sensiblement plus fréquentes en fin de prise en charge.

Il existe un sourire spontané dans 44% des cas en début d'hospitalisation, et dans 90% des cas en fin de prise en charge.

Une mimique expressive est retrouvée dans 44% des cas au début et dans 87% des cas en fin d'hospitalisation.

2- De l'enfant

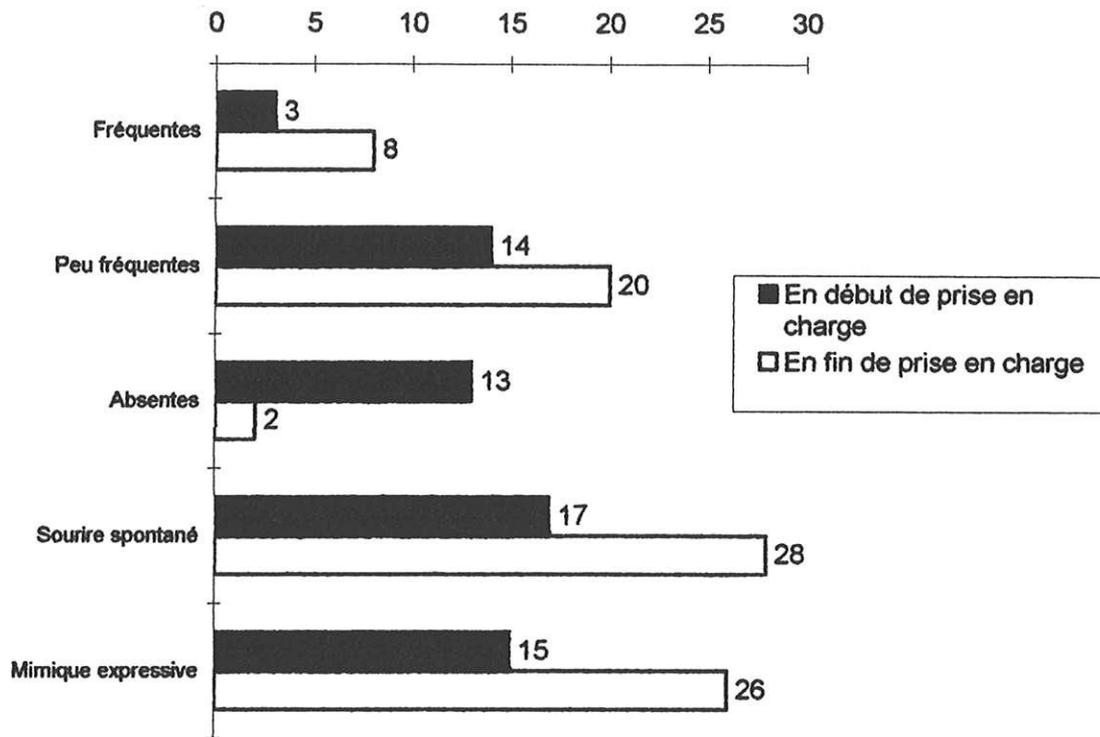


Figure 28 : Expressions émotionnelles de l'enfant en début et en fin de prise en charge.
(N=30)

Comme pour la mère, les expressions émotionnelles de l'enfant sont plus fréquentes en fin de prise en charge.

Un sourire spontané est retrouvé chez l'enfant dans 57% des cas en début d'hospitalisation et dans 94% des cas en fin de prise en charge.

Une mimique expressive est présente dans 50% des cas en début d'hospitalisation et dans 87% des cas en fin de prise en charge.

Ces résultats sont à interpréter en fonction de l'âge de l'enfant.

E- Tonalités affectives

1- De la mère

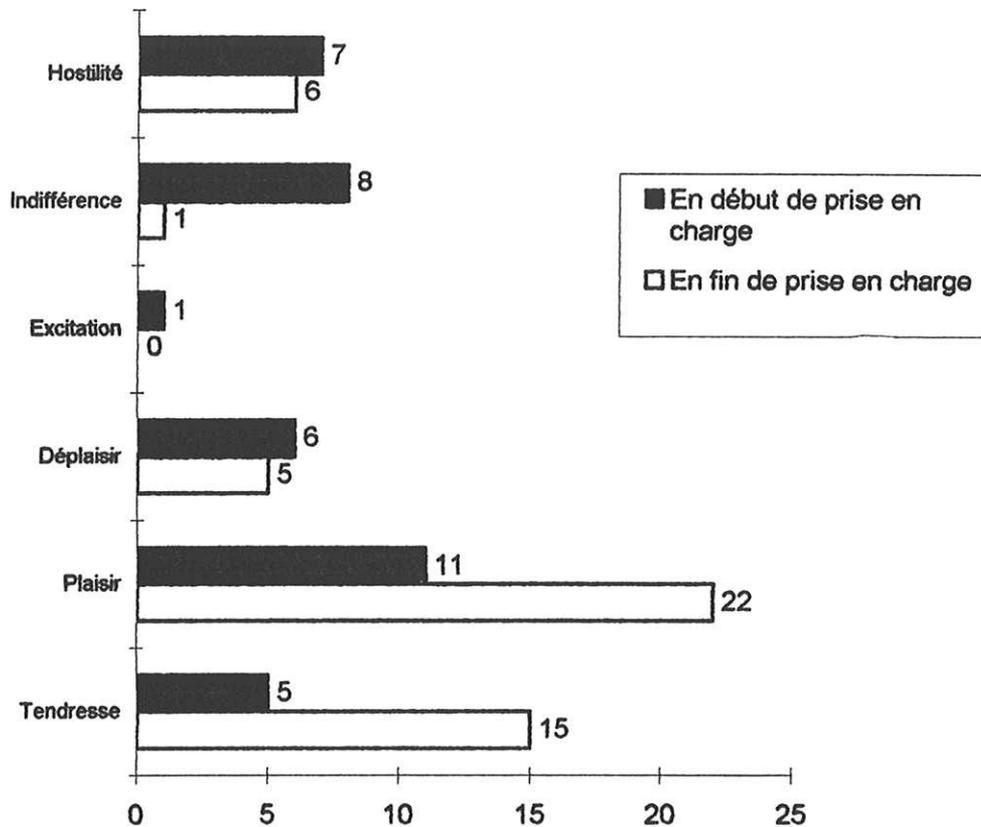


Figure 29: Tonalités affectives de la mère en début et en fin de prise en charge.

La figure 29 nous montre qu'en fin de prise en charge, il existe une nette progression des manifestations de tendresse et du sentiment de plaisir ressenti par la mère, au cours de l'interaction avec son enfant.

Un sentiment d'hostilité reste toujours présent en fin d'hospitalisation pour 6 cas. 8 mères présentent une indifférence au cours de l'interaction en début de prise en charge et 1 seule en fin d'hospitalisation.

2-De l'enfant

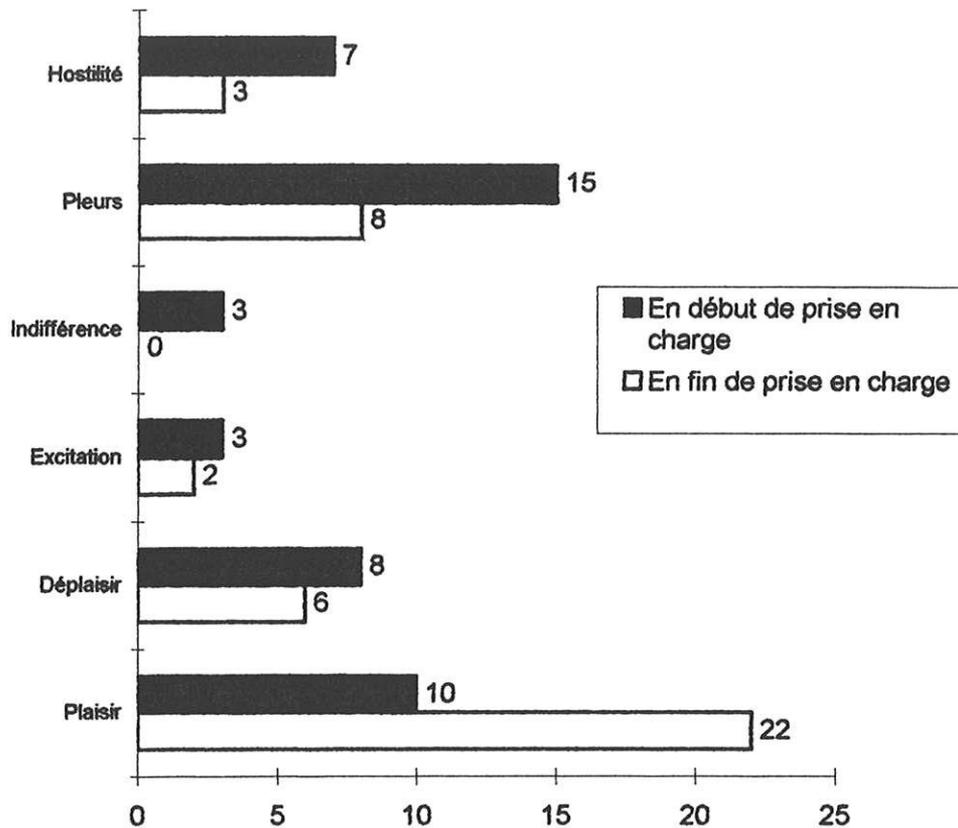


Figure 30 : Tonalités affectives de l'enfant en début et en fin de prise en charge.

Comme pour les mères, il existe en fin d'hospitalisation une amélioration du sentiment de plaisir ressenti par l'enfant.

En fin de prise en charge, seulement 3 enfants sur 7 conservent une attitude hostile à l'encontre de leur mère.

En début d'hospitalisation, 15 enfants utilisent de manière fréquente les pleurs au cours de l'interaction et seulement 8 enfants en fin d'hospitalisation.

3 enfants seulement présentent une indifférence au cours de l'interaction en début d'hospitalisation, aucune indifférence n'est notée à la fin.

F- L'initiative des échanges

1- En début de prise en charge

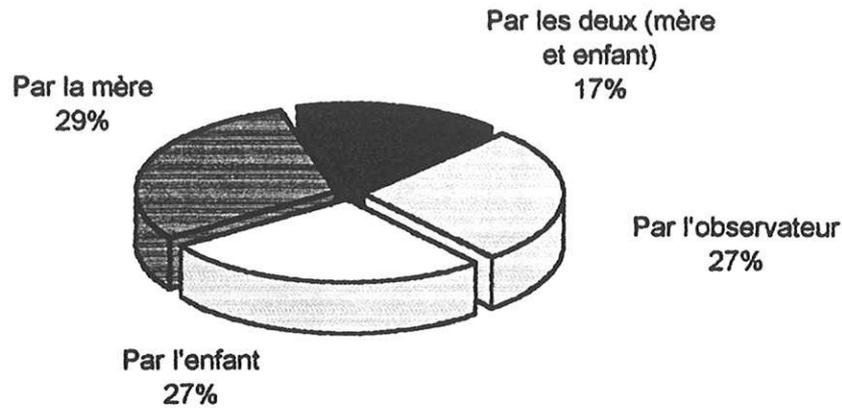


Figure 31 : Initiative des échanges au cours de l'interaction en début d'hospitalisation. (N=30)

En début de prise en charge dans 29% des cas les échanges sont initiés par la mère, dans 27% des cas par l'enfant, dans 17% des cas par la mère et l'enfant conjointement et dans 27% des cas par « l'observateur-soignant » de la dyade.

2- En fin de prise en charge

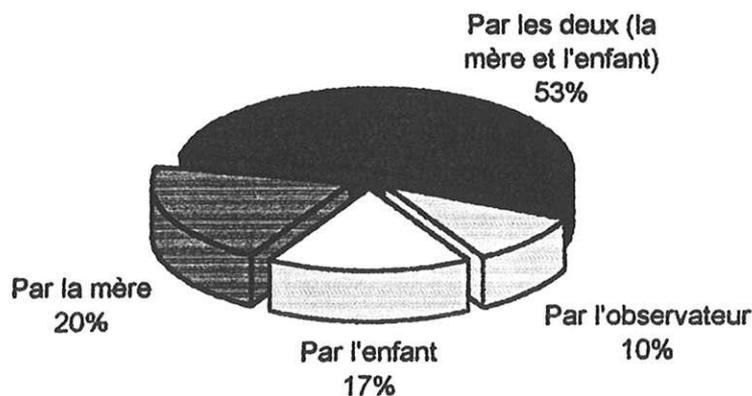


Figure 32 : Initiative des échanges au cours de l'interaction en fin d'hospitalisation.

Sur la figure 32 nous observons une progression importante de l'initiative des échanges par la mère et l'enfant conjointement en fin de prise en charge.

A la fin de l'hospitalisation dans 53% des cas les échanges au cours de l'interaction sont initiés par la mère et l'enfant et dans seulement 10% des cas ils sont initiés par l'observateur.

G- Les canaux privilégiés

2- Par la mère

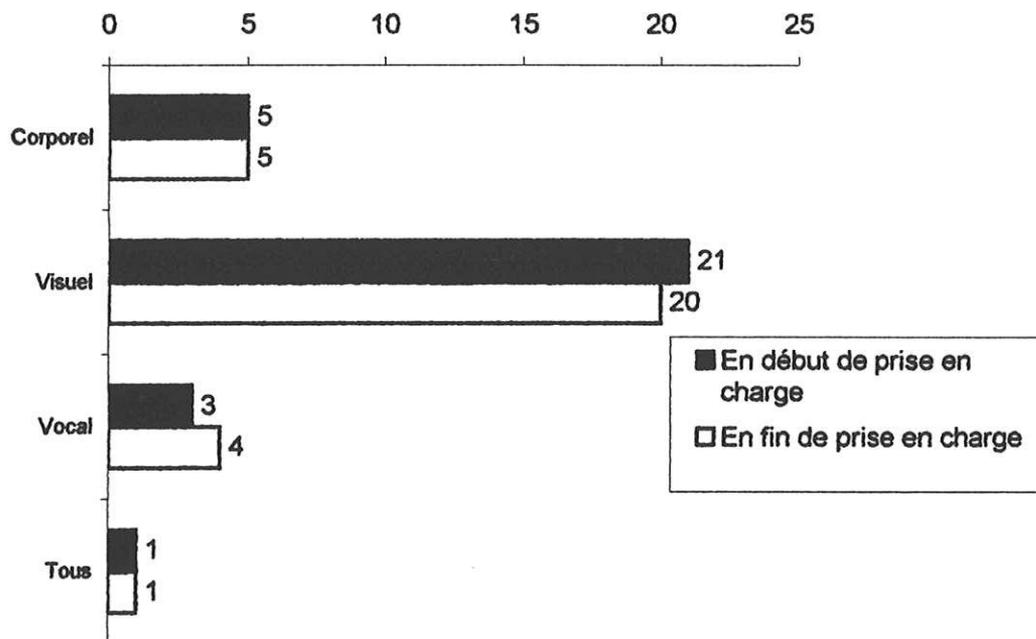


Figure 33 : Canaux privilégiés utilisés par la mère au cours des interactions en début et en fin d'hospitalisation. (N=30)

La mère modifie peu son mode de communication privilégié au cours de l'hospitalisation.

Le canal visuel est utilisé majoritairement (dans 70% des cas en début d'hospitalisation, dans 67% des cas en fin d'hospitalisation).

Pour seulement une mère il ne nous a pas été possible de retrouver un canal privilégié, celle-ci les utilisait tous (voir l'histoire d'Emile et de sa maman, chapitre III, paragraphe V).

2- Par l'enfant

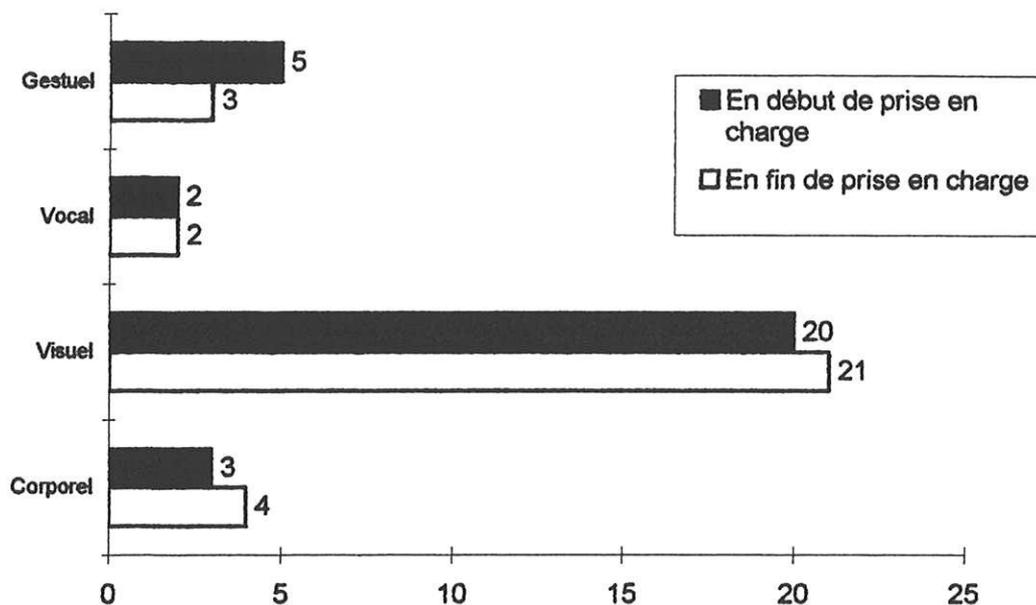


Figure 34 : Canaux privilégiés utilisés par l'enfant au cours des interactions en début et en fin d'hospitalisation. (N=30)

Comme pour la mère, le canal visuel est privilégié par l'enfant et peu de changements sont constatés au cours de la prise en charge. Malgré la différence d'âge des enfants entre le début et la fin de l'hospitalisation nous n'avons pas observé de changement significatif dans leur mode de communication.

Le canal gestuel est utilisé préférentiellement par des enfants ayant des troubles du contact.

H- L'attitude de la mère au cours des interactions

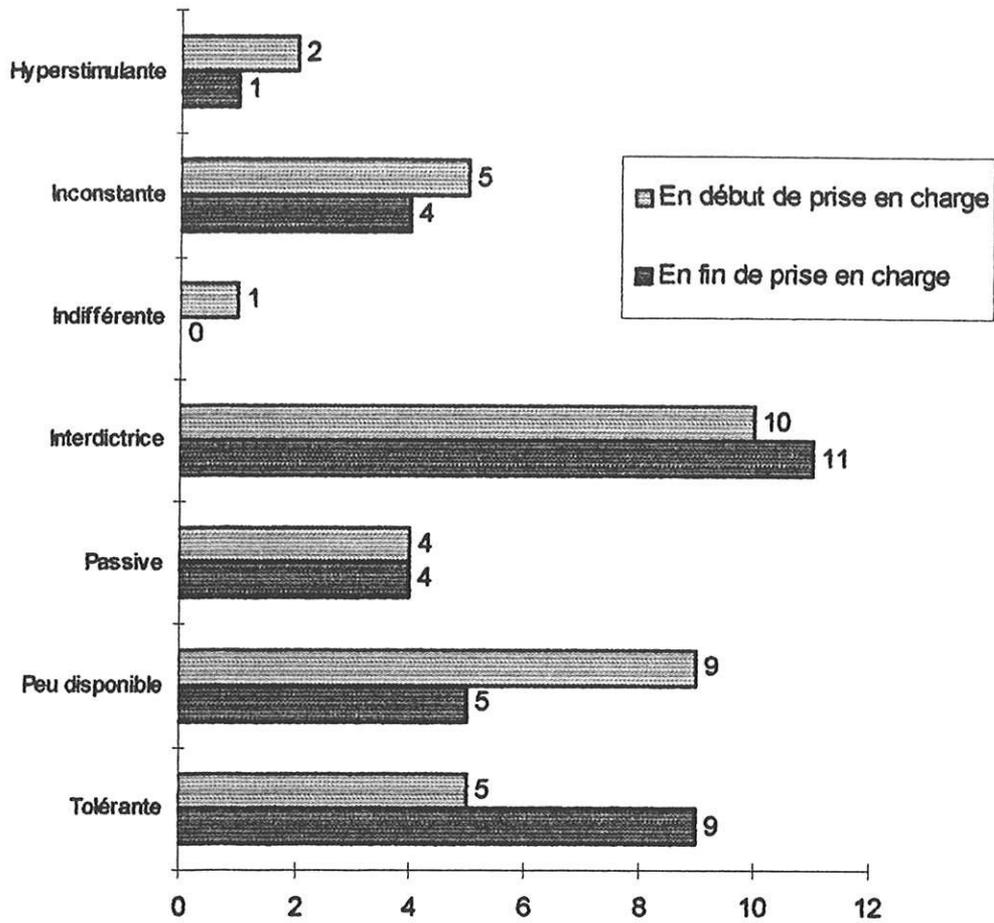


Figure 35 : Attitude de la mère au cours des interactions en début et en fin d'hospitalisation.

Sur la figure 35 nous notons une amélioration en fin de prise en charge en ce qui concerne la disponibilité et la tolérance des mères. Aucune mère n'est indifférente à son enfant en fin de prise en charge. Les 4 mères passives de notre population n'ont pas progressé.

I- L'attitude de l'enfant au cours des interactions

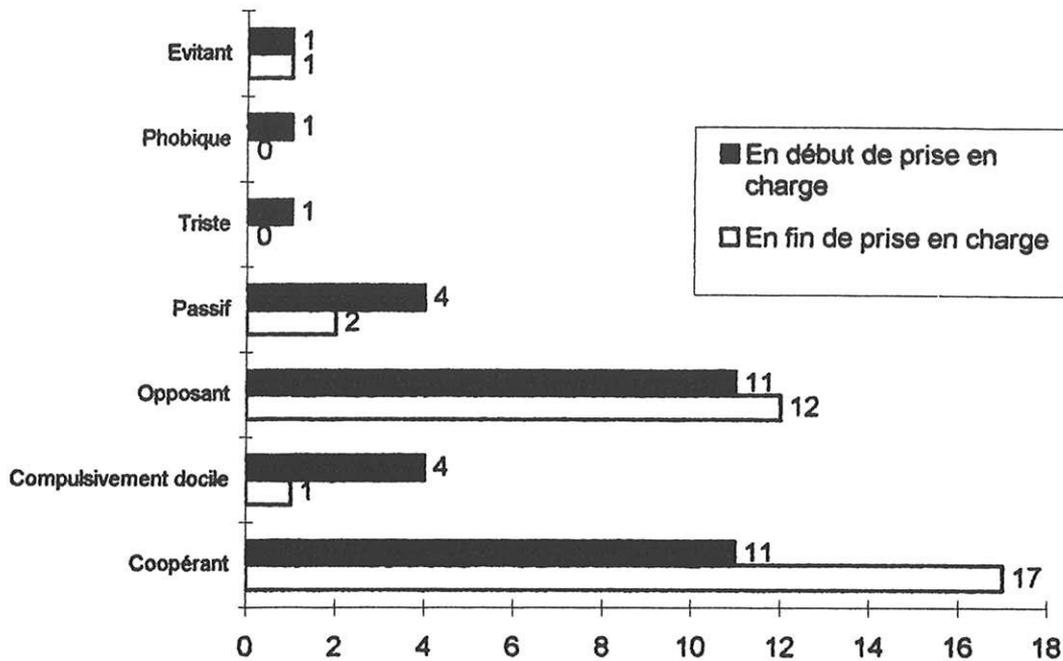


Figure 36 : Attitude de l'enfant au cours des interactions en début et en fin d'hospitalisation.

La figure 36 montre qu'il existe une progression de l'autonomie de l'enfant en fin de prise en charge, que nous pouvons expliquer par l'amélioration des échanges au sein de la dyade et l'avancée en âge des enfants en fin de prise en charge.

4 enfants sont compulsivement dociles au début et 1 enfant seulement en fin d'hospitalisation.

11 enfants sont coopérants dans l'interaction avec leur mère au début et 17 enfants à la fin de la prise en charge.

1 enfant présente des troubles phobiques en début d'hospitalisation, en raison d'une impossibilité à se séparer de sa mère, avec laquelle il entretenait une relation fusionnelle. Pour cet enfant, une amorce d'autonomie a été possible en fin d'hospitalisation.

1 enfant s'est montré évitant dans l'interaction avec sa mère à la fin de l'hospitalisation. Il s'agissait d'un enfant très algique, décédé pendant la prise en charge d'une insuffisance cardiaque secondaire à une tétralogie de Fallot.

VIII- ETUDE DES INTERACTIONS MERE-ENFANT A TRAVERS LE RECIT DE QUATRE SITUATIONS (Quatrième partie)

Dans cette quatrième et dernière partie de notre travail, nous avons choisi d'illustrer l'étude des interactions mère-enfant, à travers le récit de quatre prises en charge.

Nous avons observé et suivi ces quatre dyades pendant une année lors de leur prise en charge dans l'unité de jour.

Nous nous sommes inspirés de la méthode d'Esther BICK appliquée à l'observation des interactions entre la mère et son enfant pour la réalisation de ce travail.

A- Alain et Mme S.

1- Le récit de l'observation clinique

Alain est né le 12 Mars 1994.

Nous rencontrons Alain pour la première fois au début du mois de Mai 1996, cela fait bientôt 3 mois qu'Alain et sa maman sont en hôpital de jour à la crèche thérapeutique.

Alain a 2 ans, il n'a pas encore acquis ni la marche, ni la parole, ni la propreté.

Alain est assis par terre sur le tapis de la salle de jeux dont il ne descend presque jamais. Il tourne la tête de gauche à droite, il émet des petits bruits répétitifs avec sa bouche, son regard est dans le vide, il semble dans un autre monde.

Il garde presque en permanence une tétine dans sa bouche avec laquelle il joue. L'enfant ne répond pas aux sollicitations, quand l'observateur soignant s'approche de lui, le plus souvent, Alain se dérobe, s'éloigne et supporte difficilement le contact corporel.

Mme S. est assise dans la salle de jeux, regarde parfois son petit garçon, mais semble beaucoup plus intéressée par les conversations autour d'elle, auxquelles elle participe sans discontinuer.

Mme S. prend son fils dans ses bras seulement pour le changer de pièce ou au moment de l'arrivée à l'unité ou du départ.

Alain ne supporte pas bien ces moments de rapprochement physique, il crie, pleure et se débat. Mme S. semble très mal à l'aise dans ces moments là et le portage n'est ni enveloppant, ni sécurisant pour l'enfant.

L'observateur soignant tente fréquemment de rapprocher la mère de son enfant et d'initier des temps de jeux entre eux. Alain repousse sa mère, s'écarte et semble se refermer dans son monde à lui.

Alain semble prendre du plaisir à jouer dans la salle de jeux, où il joue depuis le début de la prise en charge dans l'unité, il semble avoir bien repéré ce lieu. Il met devant lui souvent les mêmes jouets qu'il prend toujours par trois et de préférence de la même couleur. (deux assiettes et un gobelet en plastique bleu) Personne ne semble être invité à jouer avec lui.

Ces jeux sont très ritualisés, il retourne les objets toujours dans le même sens et les aligne devant lui, tout en faisant du bruit avec sa bouche et en agitant ses mains de façon stéréotypée de chaque côté de son corps.

Alain approche très près son visage des objets, un sourire est noté fréquemment sur son visage, comme s'il leur souriait.

Alain suspend son jeu par moments, sans raison apparente, son visage est douloureux, il pleure, crie, se cogne la tête par terre et nous transmet son malaise. L'observateur soignant s'approche alors doucement d'Alain, lui caresse la joue, puis le dos, l'accrochage du regard est très bref, mais Alain est très attentif aux paroles que le soignant lui adresse. Le contact ne dure que quelques secondes, Alain reprend ses jeux stéréotypés et s'éloigne progressivement.

Mme S. ne dit rien, elle regarde impuissante la détresse de son enfant et ne semble pas percevoir le sentiment d'étrangeté qu'Alain nous renvoie.

Les temps de repas sont difficiles, Alain mange peu et ne semble éprouver aucun plaisir à s'alimenter.

Les gestes de Mme S. sont mécaniques, les cuillères de nourriture se succèdent rapidement, elle ne parle pas à Alain, qui regarde souvent le visage figé de sa mère pendant le repas.

Alain supporte mal les changements de lieu, son visage est tendu et anxieux, il essaie fréquemment de retourner vers la salle de jeux à quatre pattes.

Cela fait maintenant cinq mois qu'Alain et sa maman travaillent dans l'unité. Alain se repère mieux dans les lieux, descend plus souvent du tapis de la salle de jeux, explore un peu les coffrets à jouets et se déplace dans la pièce à quatre pattes. Il vient jouer près de sa mère et du soignant qui s'occupe de lui, qu'il semble avoir bien repéré.

Les moments d'échanges entre le soignant référent et Alain, même s'ils sont toujours brefs, se multiplient, l'accrochage du regard d'Alain est moins furtif et il rit aux « chatouilles » de l'observateur soignant.

Mme S. est un peu plus attentive à son fils, elle le regarde plus, reproduit les jeux initiés par le soignant et lui sourit tout en le taquinant pour le faire rire. L'enfant

répond à sa mère de la même manière qu'à l'observateur, en acceptant le jeu de manière très ponctuelle.

Alain prête de plus en plus attention à ce qui se passe autour de lui, il regarde les gens entrer et bouger dans la pièce où il se trouve.

Alain est placé dans une famille d'accueil au mois de Juillet 1996 (6 mois après son admission dans l'unité de jour). Le travail mère-enfant est maintenu à la crèche thérapeutique, à raison d'une journée par semaine.

Alain est amené dans l'unité de jour où l'attend sa maman, tous les jeudis par l'assistante maternelle qui l'accueille.

15 jours après le départ d'Alain dans la famille d'accueil, Alain arrive à la crèche blotti dans les bras de l'assistante maternelle. Il regarde autour de lui, son regard est interrogatif, puis il semble reconnaître le lieu et le soignant référent. L'enfant manifeste son mécontentement rapidement ensuite par des pleurs, des cris et tente de se débattre.

Les retrouvailles d'Alain et de ses parents qui sont tous les deux présents ce jour là dans l'unité pour le voir, sont très difficiles. Les cris et les pleurs redoublent d'intensité, l'enfant se débat, jette des coups de pied dans toutes les directions. L'atmosphère est tendue, Mme S. regarde son fils, impuissante, tandis que Mr S. multiplie les tentatives d'échanges avec Alain qui le repousse violemment. Alain mettra beaucoup de temps à se récupérer, à se détendre et à retrouver ses repères.

Alain est placé en famille d'accueil depuis 1 mois. L'enfant est rapidement plus présent par le regard, il observe beaucoup sa maman au cours de la journée. Mme S. regarde elle aussi beaucoup Alain, lui sourit, s'approche de lui, l'embrasse, lui adresse des mots tendres et semble à l'affût des progrès de son enfant.

Alain a pris de l'assurance sur le plan moteur, il se déplace rapidement à quatre pattes, se tient debout en équilibre et marchera progressivement tout seul 4 mois environ après le placement.

Mr S. vient régulièrement une heure dans l'unité pour voir Alain le jour de la prise en charge mère-enfant. Il joue beaucoup avec son fils et multiplie sans cesse les sollicitations, ne laissant plus aucune place à la maman, qui le plus souvent les regarde à distance sans intervenir.

Alain nous semble apprécier cette présence même s'il ne répond pas toujours aux sollicitations de son père.

Les interactions corporelles sont absentes, Alain ayant signifié très rapidement par ses pleurs et ses gestes brutaux qu'il ne souhaite pas ces rapprochements.

Mr S. parle assez peu à son enfant, mais il existe de nombreuses interactions visuelles entre le père et le fils. Alain regarde en effet beaucoup son père, mais le plus souvent à distance.

Mme S. accueille chaleureusement son fils lorsqu'elle le retrouve en début de matinée. Alain regarde sa maman arriver, ne manifeste pas d'élan envers elle et met très souvent un petit moment à se détendre.

Puis, Alain sollicite sa maman, vient se mettre contre elle et permet un échange plus long dans le jeu et le contact corporel.

Mme S. est sensible au progrès de son fils et l'encourage verbalement dans cette voie.

Alain joue beaucoup avec un tableau d'éveil, l'observateur soignant lui explique les différents jeux, lui montre comment les utiliser. Alain est très attentif, reproduit les jeux avec le soignant et prend sa main pour qu'il continue à jouer avec lui.

Il s'éloigne ensuite et continue de jouer seul de façon stéréotypée, tout en faisant des bruits avec sa bouche et des gestes avec ses mains. Il change peu souvent de jouets et revient souvent aux mêmes, si nous lui en proposons d'autres.

Alain a une tétine dans la bouche avec laquelle il joue de manière rythmée et qui lui est, depuis longtemps, indispensable pour s'endormir.

Il se dirige souvent en direction de la porte de sortie de l'unité, nous regarde et semble nous demander de l'ouvrir, comme s'il voulait partir, ce qu'il ne faisait pas avant le placement.

Alain quitte ses parents à la fin de la journée sans trop de difficultés, mais manifeste toujours un peu son mécontentement de changer de lieu.

Le soignant référent l'accompagne dans la pièce de l'unité où l'attend l'assistante maternelle, Alain pousse la porte avec anxiété.

Alain retrouve le plus souvent l'assistante maternelle avec élan, il semble avoir noué de réels échanges de tendresse avec cette famille. Alain se blottit dans ses bras, son visage est détendu et de nombreuses fois il nous semblera soulagé de quitter l'unité.

Les temps de repas dans l'unité deviennent progressivement plus actifs et moins anxiogènes pour la maman, celle-ci regarde plus Alain, prend plus son temps et ponctue le repas de commentaires adressés à son enfant.

Alain mange plus facilement, mais de façon inconstante. Il accepte maintenant les laitages et les aliments hachés que nous lui proposons.

Après environ cinq mois de placement, Alain marche désormais tout seul et explore le couloir à côté de la salle de jeu de sa propre initiative en prenant la main de sa mère ou du soignant référent.

Il n'a plus la tétine en permanence dans sa bouche et semble l'accepter.

Alain joue moins avec sa bouche à faire des petits bruits, il ne parle toujours pas et par contre il pousse des cris bruyants, sorte de « rugissements », régulièrement tout au long de la journée à la crèche thérapeutique.

Mme S. est très souvent ailleurs, noyée dans ses difficultés quotidiennes, peu à l'écoute de son fils, qu'elle semble ne pas comprendre.

Une humeur dépressive a été notée à plusieurs reprises chez Mme S.

Actuellement, l'hospitalisation de jour n'est pas terminée, Alain et sa maman se retrouvent dans l'unité toutes les semaines.

Alain a maintenant 3 ans, une prise en charge pédo-psychiatrique pour l'enfant seul, sera mise en place prochainement dans une structure de jour dépendant du même intersecteur de pédopsychiatrie.

2- Les commentaires

Mme S. est très passive et peu disponible pour son fils, dans les premiers mois de la prise en charge.

Les échanges corporels entre Mme S. et Alain sont très rares, presque inexistant pendant la journée.

Les interactions vocales sont peu fréquentes et relativement pauvres.

Mme S. exprime peu d'émotions à son fils, les interactions sont vides d'affects, elle semble indifférente à certains moments.

Pendant les temps de repas, Mme S. est dans l'anticipation anxieuse du refus de son enfant, son attitude est mécanique et impersonnelle.

Mme S. nous a semblé soulagée par le placement. En effet, elle se montre progressivement plus disponible et chaleureuse avec son enfant.

Mme S. initie spontanément les interactions avec son fils et semble éprouver un réel plaisir à le retrouver.

Le contact avec Alain est très difficile à établir pour ses parents comme pour les soignants.

Alain nous semble enfermé dans un autre monde et refuse très souvent l'intrusion d'une tierce personne.

Il existe chez cet enfant des troubles importants du contact, des stéréotypies gestuelles et très probablement des troubles dépressifs anciens graves et persistants.

Nous notons une amélioration du comportement de l'enfant après le placement en famille d'accueil. Les interactions sont d'une durée plus longue, il accepte mieux la présence de sa mère, il répond plus fréquemment aux sollicitations et le contact est en nette amélioration.

Alain semble moins indifférent au monde qui l'entoure, nous rencontrons plus fréquemment son regard et nous percevons davantage ses émotions.

Les jeux d'Alain restent stéréotypés, il accepte plus facilement la participation du soignant ou de sa mère, sans jamais l'initier, mais demande au participant de poursuivre le jeu.

L'enfant a bien investi sa famille d'accueil, son attachement pour l'assistante maternelle est réel, ce qui ne nous paraissait pas évident au départ et qui est rassurant pour l'évolution d'Alain.

Les visites du père d'Alain dans l'unité sont régulières depuis le placement familial. Mr S. exprime à chaque fois aux soignants ses difficultés à accepter le placement de son enfant et la tristesse qu'il éprouve. Il dit également souhaiter récupérer son fils le plus vite possible, sans exprimer il nous semble, de réel désir dans ce sens. Il nous a semblé en effet fréquemment désarmé, face à cet enfant qu'il ne comprend pas.

Nous pouvons penser que malgré ses nombreuses revendications, il éprouve peut-être (tout comme sa femme) un soulagement au placement d'Alain en famille d'accueil.

Mme S. n'est pas toujours disponible pour son fils, les interactions restent discontinues bien que de meilleure qualité, elle est très souvent envahie par ses propres difficultés et ne peut trouver les ressources pour interagir de manière adéquate avec Alain.

Le comportement d'Alain reste lui aussi inconstant, l'équilibre nous semble fragile, malgré les progrès notés après le placement en famille d'accueil.

Le travail de soin pour Alain est loin d'être terminé.

B- David et Mme B.

1- Le récit de l'observation clinique

David est né le 19 Janvier 1996.

A partir du septième mois de la grossesse, Mme B. a présenté des idées de persécution à l'égard de ses parents.

Une anesthésie générale a ensuite été nécessaire au moment de l'accouchement, du fait de l'apparition de troubles du comportement avec agitation et recrudescence des idées de persécution.

Mme B. a également présenté des troubles psychiques en post-partum, nécessitant la prolongation de son séjour en maternité. Il existait, en effet, un délire riche centré sur le thème de la non reconnaissance de son fils.

David et Mme B. ont été hospitalisés dans l'unité de jour mère-bébé temps plein, trois semaines après la naissance.

Un traitement neuroleptique est rapidement mis en place et permettra la disparition des idées délirantes.

Au début de l'hospitalisation, Mme B. est très distante de son bébé, accepte de participer aux soins et à l'alimentation de son enfant, tout en signalant au personnel soignant qu'il sera souhaitable de retrouver la maman de ce bébé qui n'est pas le sien.

A d'autres moments, elle révèle aux soignants que le gynécologue de la maternité où elle a accouché, est le père de son enfant.

David est un enfant très calme et décrit comme passif. Il réagit à la voix de sa mère, la regarde seulement à distance et semble très attentif à ce qui se passe autour de lui.

Il attend sans aucune manifestation le biberon, ne pleure presque jamais et se rendort facilement.

Les interactions corporelles sont peu fréquentes, l'attitude de Mme B. est mécanique et impersonnelle.

David tète son biberon de façon régulière et tranquille, il ne regarde pas sa maman et fixe un point sur le mur de la chambre pendant toute la durée de la tétée.

Mme B. regarde son enfant de temps en temps mais ne lui parle à aucun moment, son visage est figé et sans expression.

L'ajustement corporel est inadéquat, Mme B. ne soutient pas la tête de son bébé, l'enfant est comme posé sur ses genoux et glisse progressivement, sans réaction de la part de la maman.

Il n'y a aucune manifestation de tendresse au moment du couchage de l'enfant, qui se déroule rapidement.

Les gestes de Mme B. pour les soins et l'habillage sont doux mais sans chaleur. Le bébé regarde peu sa mère, il est détendu et très passif. Mme B. ne regarde pas son bébé et ne lui parle pas.

Un soignant de la crèche thérapeutique vient quotidiennement voir David et sa maman dans l'unité de psychiatrie adulte. Mme B. est très distante et communique très peu avec le soignant.

Après un mois d'observation de la dyade dans l'unité mère-bébé temps plein, une indication de placement de l'enfant en famille d'accueil est posée par les médecins responsables.

Mme B. accueille le projet de placement avec soulagement.

Un changement rapide dans le comportement de la maman sera noté après l'annonce de ce projet de placement.

Le soignant de la crèche thérapeutique est accueilli avec le sourire à chacune de ses visites et Mme B. semble être plus attentive à son enfant.

Le portage est de meilleur qualité, la maman regarde davantage son bébé et est capable de nommer son enfant par son prénom.

David a maintenant deux mois, il est de plus en plus actif et cherche très fréquemment à accrocher le regard de sa mère, qu'il ne quitte pas des yeux au cours des tétées.

David sourit beaucoup à sa maman, qui lui répond progressivement aussi par un sourire.

Le visage de Mme B. s'anime lors des interactions, elle adresse à son bébé quelques mots gentils et lui caresse furtivement le visage.

Les échanges deviennent un peu plus chaleureux entre la mère et son bébé.

Mme B. pose beaucoup de questions au sujet du placement de son bébé en famille d'accueil et accepte le travail mère-enfant qui lui est proposé dans l'unité de jour après sa sortie de l'unité temps plein. Elle exprime son désir de voir régulièrement son fils après le placement et de pouvoir le reprendre par la suite.

Mme B. souhaite sortir rapidement du service de psychiatrie adulte et attend avec impatience le placement de David.

Le travail dans l'unité de jour commence avant la sortie définitive de Mme B. David est attentif à ce nouveau lieu, regarde beaucoup les personnes présentes qu'il ne connaît pas encore, il est un peu tendu au départ et recherche souvent le regard de sa mère.

Les interactions entre la maman et son enfant sont plus fréquentes, mais restent globalement pauvres et discontinues.

Mme B. semble par moment perdue dans ses pensées, son regard est figé et dans le vide. David est à côté d'elle, il fait de nombreux efforts pour capter l'attention de sa maman, semble tendu et grognon dans ces moments d'inexistence de sa maman. Il le manifeste en se « tortillant » dans tous les sens, Mme B. ne semble pas décoder les désirs de David et le regarde passivement.

David reste un enfant très attentif à ce qui l'entoure, il sourit beaucoup à sa maman et à tous les soignants de l'équipe. De nombreuses régurgitations ont été notées peu après l'annonce du projet de placement.

Fin Avril, David a trois mois et demi. Il est donc placé dans une famille d'accueil à Limoges, Mme B. retourne habiter avec ses parents, dans le département de la Charente. Elle viendra deux fois par semaine dans l'unité de jour, pour poursuivre le travail mère-bébé avec David.

La première rencontre entre la dyade et l'assistante maternelle se déroule dans l'unité conjointe temps plein. Le jour du placement, David évitera le regard de l'assistante maternelle dans un premier temps, s'accrochera au regard de sa mère et du soignant référent et exprimera de la tristesse au moment du départ. Aucune émotion et aucun commentaire ne seront notés en ce qui concerne la maman.

Après 15 jours d'interruption, temps nécessaire à l'installation de David dans sa nouvelle famille, Mme B. retrouve son fils dans l'unité. Son visage est détendu et radieux, elle sourit beaucoup à son fils et le prend rapidement dans ses bras. Elle est chaleureuse, l'embrasse et lui montre le jouet et les habits qu'elle lui a apportés. Dans un premier temps David évite de regarder sa maman puis la regarde attentivement de manière interrogative et lui sourit rapidement.

Mme B. initie maintenant spontanément les échanges avec son fils. Elle communique encore assez peu par la parole avec lui, mais le regarde très souvent et lui sourit. Elle sort fréquemment de la pièce, sans aucun mot, pour aller fumer une cigarette et confie David à la première personne qu'elle trouve. David regarde partir sa mère inquiet et il manifeste rapidement son mécontentement par des pleurs. Il est tendu, agite son corps dans tous les sens et ne semble s'apaiser qu'au retour de sa mère.

David a maintenant 6 mois, il présente de nombreux épisodes de régurgitation après chaque biberon.

Il sollicite de plus en plus sa mère, qui ne répond pas à chaque fois et cherche constamment à être pris dans les bras de sa mère.

Mme B. initie peu de jeux avec son fils. Très souvent elle le pose sur le tapis de la salle de jeu à côté d'elle, le regarde souvent, lui parle peu et le reprend dans ses bras après de nombreuses sollicitations de l'enfant.

Mme B. parle peu à son fils pendant les temps de repas, ses gestes sont répétitifs et elle semble ne pas éprouver de plaisir à faire manger son fils. David ne la quitte pas des yeux, son regard est inquiet.

David a bien repéré le soignant référent qui s'occupe de lui, lui sourit beaucoup et le sollicite très souvent lorsque sa maman n'est pas disponible. Il recherche également beaucoup son contact physique et réclame d'être pris dans ses bras.

David se balance beaucoup sur les genoux du soignant référent, bouge dans tous les sens et semble avoir des difficultés à se détendre, lors de l'absence de sa mère.

Son regard est toujours triste en fin de journée, après le départ de sa mère.

Les régurgitations disparaîtront peu à peu.

David a neuf mois. Mme B. réorganise progressivement sa vie, devient plus active dans ses recherches d'emploi et habite seule maintenant un appartement sur Limoges.

Désormais, les interactions entre Mme B. et David sont de plus en plus fréquentes.

David tend les bras en direction de sa maman très souvent pour être pris dans ses bras.

Mme B. a fait de nombreux progrès, elle commente ses départs et rassure David en lui expliquant qu'elle ne s'absente que pour un moment.

Mme B. joue avec son fils spontanément et semble heureuse de ces moments.

Elle est très attentive à lui, le sollicite, commente ses attitudes et semble mieux le comprendre.

David vient de fêter son premier anniversaire. Il refuse souvent dans un premier temps de quitter les genoux du soignant référent quand sa maman arrive le matin. Il se détourne, la regarde de loin puis lui sourit. Mme B. lui laisse un peu de temps, le regarde, lui sourit et ne semble pas prendre ombrage de l'attitude de David.

Il est beaucoup plus actif, marche à quatre pattes et explore la salle de jeu. Il manifeste moins le désir constant d'être accroché au bras de sa maman.

Il est souriant et manifeste souvent son contentement par des « gazouillis » et des rires.

Les interactions entre David et sa maman sont maintenant harmonieuses. Mme B. est souriante, détendue et participe activement aux échanges avec son fils.

David explore de plus en plus les jouets et les lieux, il est détendu au cours de la journée.

Son visage est triste et anxieux à chaque départ de sa maman, il semble se récupérer et se détendre progressivement dans les bras du soignant référent.

Mme B. ne parle jamais à David de son père et ne nous en donnera que des informations.

Actuellement, David et Mme B. sont toujours pris en charge à la crèche thérapeutique. David a maintenant 14 mois et vit toujours dans sa famille d'accueil.

Mme B. retourne fréquemment avec plaisir dans l'unité conjointe mère-enfant temps plein, simplement pour parler des premiers moments qu'elle a passé avec son fils dans ce lieu. Elle leur montre les photos de David et semble très gratifiée des propos admiratifs de l'équipe soignante à l'égard de son fils.

2- Les commentaires

Mme B. n'avait présenté aucun trouble psychiatrique avant sa grossesse. Des idées délirantes de persécution sont en effet, apparues au septième mois de sa grossesse. Les troubles se sont ensuite aggravés au moment de l'accouchement et en post-partum.

Une indication justifiée d'hospitalisation conjointe mère-bébé a pu être posée pour cette dyade, grâce à l'intervention précoce du service de maternité.

A noter, les visites fréquentes de Mme B. dans l'unité temps plein, où elle aime reparler de son séjour avec son fils et des premiers moments d'attachement qui ont eu lieu là-bas entre elle et lui.

En début d'hospitalisation, après la disparition des idées délirantes de non reconnaissance de son bébé, nous avons pu observer la pauvreté et la rareté des interactions entre Mme B. et David. Le portage est inadéquat, il n'existe aucune communication verbale, Mme B. regarde très peu son bébé.

David semble peu exister dans l'esprit de sa maman.

Mme B. éprouve de grandes difficultés à investir son enfant.

David est très passif, peu réactif et semble se comporter en miroir de l'attitude de sa maman.

Il privilégie au début le contact visuel avec sa mère, mais quand celle-ci est à distance de lui.

Les affects de Mme B. sont très pauvres au début, elle ne manifeste aucune expression émotionnelle.

Après la proposition du placement de David en famille d'accueil, Mme B. semble soulagée et modifie rapidement son attitude à l'égard de son bébé.

Elle expliquera ensuite qu'elle ne pouvait envisager de s'occuper seule de son enfant et qu'elle ne se sentait pas capable d'assurer le quotidien de son bébé.

Le soignant référent tente de combler le vide ressenti par l'enfant, lorsque Mme B. se montre peu disponible et fermée aux sollicitations de David.

L'enfant est sensible à cela et parfois sollicitera plus le soignant que sa maman.

David s'accroche très souvent aux bras et aux vêtements de sa maman, tente de s'assurer de sa proximité et ne s'éloigne que très peu d'elle. Il touche également très souvent le visage de sa mère, comme pour vérifier la réalité de sa présence.

Mme B. investira progressivement son enfant par la suite.

Le travail mère-bébé, qu'elle ne comprend pas très bien au début et dont elle s'amuse, se met en place petit à petit.

Elle se nourrit progressivement des attitudes et des remarques du soignant référent, qu'elle reprend ensuite avec son enfant. Elle devient attentive à son bébé et semble mieux le comprendre.

L'attachement réciproque de ces deux êtres, ne fait rapidement plus aucun doute.

Les interactions sont fréquentes, spontanées et chaleureuses.

Mme B. reste très tolérante et ne manifeste jamais aucun agacement à l'égard de son fils.

David participe activement au travail, tente d'animer sa maman par de multiples sollicitations, exprime son plaisir de la retrouver et lui manifeste son mécontentement lorsqu'elle disparaît.

Il semble la reconforter et la gratifier dans son rôle de mère, en répondant presque systématiquement aux sollicitations qu'elle lui adresse.

David s'est bien adapté dans sa famille d'accueil, malgré tout il semble exprimer souvent sa tristesse et le vide qu'il ressent, lors de l'absence de sa mère.

C- Anne-Laure et Mme H.

1- Le récit de l'observation clinique

Anne-Laure est née le 13 août 1996.

Sa maman, Mme H. a été hospitalisée dans l'unité mère-bébé temps plein (Bergouignan), durant les trois derniers mois de sa grossesse en raison de troubles dissociatifs. Il existait par ailleurs une situation de conflit avec le compagnon de Mme H, père d'Anne-Laure.

Au cours de cette hospitalisation, le médecin responsable de l'unité de jour a rencontré à deux reprises Mme H.

Le lendemain de la naissance, accompagné du soignant référent nous allons voir la maman et la petite fille à la maternité. Les infirmières de l'unité du service adulte assurent une présence continue auprès de la mère et de l'enfant et se relaient toutes les quatre heures dans le service de maternité.

Mme H. nous accueille avec le sourire et nous demande à plusieurs reprises qui nous sommes.

Anne-Laure dort tranquillement dans le berceau placé à côté du lit de sa maman, elle semble détendue. Sa maman la regarde beaucoup et sourit.

L'infirmière psychiatrique de l'unité adulte nous précise qu'Anne-Laure n'a été confiée à sa maman que ce matin, le personnel de la maternité ayant préféré que Mme H. se repose pendant la nuit étant donné l'heure tardive de l'accouchement la veille au soir.

Il n'existe pas d'idées délirantes, mais le discours de Mme H. est parfois confus. Anne-Laure se réveille progressivement, la maman nous dit qu'il va être l'heure du biberon.

Mme H. commence à faire téter sa fille debout, nous lui conseillons de s'asseoir confortablement, ce qu'elle fait. La tétée se passe tranquillement, Mme H. est très attentive à sa fille, elle suit le rythme de l'enfant, la regarde beaucoup et lui parle doucement. Anne-Laure est détendue et ferme les yeux.

Au moment du change, la maman est très attentionnée, ses gestes sont adéquats, elle nous demande de surveiller sa fille lorsqu'elle s'éloigne.

Le portage est adaptée, la maman cale sa fille contre son bras et semble heureuse de s'occuper d'elle.

Rassurés par ce premier contact, nous proposons à la maman de revenir dans quelques jours à la maternité, ce qu'elle accepte avec le sourire.

L'accueil lors de la deuxième visite à la maternité est plutôt agressif. Mme H. nous dit qu'elle ne comprend pas pourquoi « des personnes d'une crèche » viennent la voir alors qu'elle n'a fait appel à personne.

Nous lui re-expliquons donc le fonctionnement de la crèche thérapeutique, ces indications et l'articulation du travail de cette unité de jour mère-enfant avec le service de psychiatrie adulte où elle a été hospitalisée avant son accouchement. Mme H. nous explique qu'elle n'avait pas compris et qu'elle pensait que nous venions pour lui « voler » son enfant.

Après quatre jours d'hospitalisation en maternité, Mme H. et son bébé sont transférés conjointement dans l'unité temps plein mère-enfant du service de psychiatrie adulte du CHS ESQUIROL.

Le retour dans le service de psychiatrie, où Mme H. a été hospitalisée en fin de grossesse, est un peu difficile. Mme H. a souhaité sortir dans le parc se promener et devant le refus du personnel soignant a jeté le biberon par terre et a recouché rapidement Anne-laure.

Anne-laure a maintenant 15 jours. Mme H. s'occupe avec plaisir de son bébé pour le bain et l'habillage. Anne-Laure est très détendue ses yeux sont grands ouverts et elle regarde sa maman pendant toute la durée du biberon. Anne-laure en boit la moitié et se rendort progressivement. Sa maman lui parle, l'appelle et lui demande de terminer son biberon. La petite ne se réveille pas, Mme H. couche donc rapidement Anne-laure sur le côté sans un mot ni un geste affectif. Mme H. semble contente de pouvoir passer à autre chose et décide d'aller manger quelque chose.

Anne-Laure régurgite dans son lit, Mme H. est occupée à autre chose et n'entend pas l'infirmière qui lui parle et qui a relevé l'enfant.

Mme H. et sa fille sont hospitalisées depuis bientôt 2 mois dans l'unité mère-bébé temps plein.

Le personnel infirmier de l'unité vient chercher systématiquement Mme H. pour les soins, la toilette et les biberons du bébé.

Le bain et l'habillage d'Anne-laure se déroulent de plus en plus rapidement.

Mme H. est de plus en plus pressée, ses gestes sont rapides et elle parle peu à son bébé. Nous ne percevons aucun agacement dans le comportement de la maman et elle garde le sourire.

Mme H. a de plus en plus de difficultés à rester assise pendant les tétées, elle se lève souvent, change de position et nous dit que le temps des tétées l'ennuie, que cela dure trop longtemps.

Anne-Laure est toujours aussi calme et détendue, ne manifeste pas et semble s'accommoder de l'attitude de sa maman. Elle boit goulûment tous ses biberons tout en ne quittant pas sa mère des yeux.

Mme H. détourne fréquemment son regard de celui de sa fille et s'intéresse beaucoup à tout ce qui se passe autour d'elle.

Anne-Laure finit son biberon et se rendort rapidement. Le couchage est rapide, sans mot et sans manifestation de tendresse de la part de Mme H.

Mme H. passe de plus en plus de temps à l'extérieur du pavillon, fait des courses en ville et laisse le personnel infirmier de l'équipe mère-bébé s'occuper d'Anne-Laure. Elle oublie souvent de rentrer au pavillon pour l'heure des biberons malgré les recommandations des infirmières.

Mme H. semble supporter de moins en moins bien l'hospitalisation et ses contraintes et utilise de plus en plus le service hospitalier comme une garderie. Compte tenu du délaissement de l'enfant une indication de placement familial est posé par les deux équipes mère-enfant.

La préparation du relais à l'hospitalisation conjointe commence fin septembre, Mme H. et Anne-Laure sont donc amenés par le soignant observateur en visite dans l'unité de jour mère-enfant.

Mme H. est visiblement contente de la « promenade » qui lui est offerte, regarde chaque endroit de la maison, ainsi que les jouets, elle est très à l'aise, parle fort et sourit beaucoup.

Elle pose Anne-Laure sur un radiateur sans appui pour la tête et le dos, le bébé ne se manifeste pas sur le plan vocal mais contracte tous ses muscles, tente de se redresser puis se relâche et se courbe vers l'avant. La maman ne semble pas se rendre compte de l'inconfort de la position pour son bébé et n'entend pas les remarques que lui adresse le soignant référent.

Mme H. nous dit souvent qu'elle souhaite que sa fille grandisse rapidement, pour être libre et pouvoir « reprendre la route » avec elle.

L'hospitalisation temps plein de la maman et du bébé se poursuit, parallèlement Mme H. et Anne-Laure viennent tous les mardis passer la journée dans l'unité de jour mère-enfant.

Anne-Laure semble un peu inquiète dans ce nouveau lieu, regarde autour d'elle, nous lui expliquons qu'elle peut dormir dans le petit lit même si ce n'est pas le même que d'habitude, que sa maman est en bas et qu'elle viendra la chercher à son réveil. Anne-Laure ne dit rien, est très attentive aux paroles de l'observateur soignant, tout en regardant attentivement ce qui l'entoure.

Anne-Laure pleure à plusieurs reprises, semble apaisée par les paroles rassurantes que l'observateur soignant lui adresse mais ne réussit pas à trouver le sommeil. Mme H. propose alors une promenade, Anne-Laure s'endormira très rapidement dans la poussette.

Anne-Laure s'habitue rapidement à ce nouveau lieu, semble le reconnaître et sourit au son de la voix de l'observateur soignant qui s'occupe d'elle et de sa maman.

Les interactions entre la mère et le bébé se déroulent toujours dans la rapidité et l'empressement. Par moment, Mme H. sourit beaucoup à son bébé, le couvre de baisers et lui adresse beaucoup de compliments. Anne-Laure dans un premier temps s'étonne de ce changement dans l'attitude de sa mère, mais semble s'accommoder rapidement de ces changements soudains de rythme.

Anne-Laure est calme et détendue, elle dort beaucoup lors des temps de présence à la crèche thérapeutique. Sa maman doit la réveiller pour les biberons et les changes, l'enfant se rendort ensuite profondément.

Mme H. est relativement peu disponible pour sa fille, leurs échanges au cours des interactions sont assez pauvres, l'enfant semble se réfugier dans le sommeil fréquemment.

Mme H. semble s'être bien intégrée dans l'unité de jour, elle profite des moments pendant lesquels sa fille dort pour « grignoter » et fumer. Elle nous apparaît très dynamique, logorrhéique, faisant beaucoup de projet d'avenir avec le père d'Anne-laure qui habite Bordeaux, souhaitant sortir rapidement de l'hôpital et prendre un appartement. Anne-laure semble peu faire partie de tous ses projets.

Mme H. ne semble pas avoir compris le but de la prise en charge à la crèche thérapeutique, ni le travail mère-enfant que les soignants et les médecins tentent d'engager avec elle et son bébé. Elle dit s'ennuyer durant la journée « mais moins à la crèche que dans l'unité temps plein » et demande souvent à sortir faire des courses en ville.

Depuis la naissance d'Anne-Laure et compte tenu du délaissement de l'enfant, l'éventualité d'un placement en famille d'accueil a été abordée avec Mme H. à plusieurs reprises par les médecins et les soignants des deux unités, ce qu'elle reconnaît comme nécessaire.

Fin octobre, le placement familial d'Anne-Laure est ordonné par le juge des enfants.

Après l'annonce du placement de son bébé, Mme H. présentera à plusieurs reprises lors des journées passées à la crèche, de nombreuses plaintes somatiques. Il est de plus en plus difficile pour la maman de s'occuper de son bébé, s'en remettant très souvent pour les soins et les biberons au personnel des deux équipes soignantes.

Mme H. est moins souriante, elle est tendue, soucieuse et de moins en moins disponible pour son bébé. Elle multiplie ses conduites addictives et boulimiques.

Anne-Laure regarde toujours très attentivement sa mère, elle reste calme au cours des soins rapides qu'elle lui prodigue. Elle régurgite à plusieurs reprises après chaque biberon et manifeste ensuite par des pleurs son désir de dormir. Anne-laure est par ailleurs un bébé qui s'éveille, elle est très observatrice et sourit spontanément à l'observateur soignant référent qu'elle semble avoir bien repéré.

Mme H. et Anne-Laure rencontrent à la crèche pour la première fois l'assistante maternelle désignée par le service de placement et qui aura la garde de l'enfant. Cette première entrevue amènera peu de commentaires de la part de Mme H.

Le projet de placement chez l'assistante maternelle ont été verbalisés à l'enfant, qui s'est montrée très attentive. Elle a regardé tour à tour sa maman, l'observateur soignant référent et l'assistante maternelle, comme si elle tentait de se repérer et de faire le lien entre ces trois figures maternelles.

La sortie définitive de Mme H. de l'unité d'hospitalisation temps plein est prévue le jour du placement de sa fille en famille d'accueil.

Le départ d'Anne-laure se fera à partir de la crèche thérapeutique, Mme H. étant conviée à accompagner sa fille dans la famille d'accueil, ce qu'elle refusera au dernier moment.

Mme H. arrive très tard à la crèche thérapeutique le jour du départ, elle est très préoccupée par des soucis financiers et parle peu du départ de son enfant.

Anne-laure est calme, détendue et a présenté un épisode diarrhéique la veille au soir.

Après le placement, le travail mère-enfant se poursuit à la crèche thérapeutique à raison d'une fois par semaine. Anne-Laure a maintenant 5 mois. Les retrouvailles d'Anne-Laure et de sa maman ont donc lieu à la crèche thérapeutique après une interruption de 15 jours, permettant à l'enfant de s'installer dans sa famille d'accueil.

Pendant l'attente de l'arrivée d'Anne-Laure, Mme H. semble impatiente de retrouver sa fille.

L'enfant sourit d'emblée au soignant référent et semble le reconnaître, elle est très détendue dans les bras de l'assistante maternelle.

Mme H. accueille chaleureusement sa fille, lui parle fort, la couvre de baisers et lui dit qu'elle lui a beaucoup manqué.

Anne-Laure est tout d'abord surprise, fixe sa mère du regard et n'apprécie pas du tout les changements de position imposés par sa maman lors du déshabillage, ce qu'elle manifeste bruyamment.

Mme H. ne supporte pas les pleurs de son bébé et la confie rapidement à un soignant de l'unité de jour. Mme H. semble se demander si son enfant l'a reconnue.

Les pleurs persistent, Anne-Laure est tendue et hypertonique.

Mme H. donne le biberon à Anne-Laure, qui se détend peu à peu. La maman est plus tranquille, prend son temps, la mère et la fille ne se quitteront pas des yeux pendant tout le temps de la tétée. Après le biberon Anne-Laure sourit à sa maman et réciproquement et une communication verbale harmonieuse s'établit ensuite peu à peu.

Anne-Laure participe maintenant activement, elle initie l'interaction et sa mère y répond spontanément pour la première fois.

De nombreuses régurgitations sont notées.

Les échanges sont chaleureux au cours des changes, toujours un peu dans la précipitation de la part de Mme H.

Mme H. serre fort sa fille dans ses bras à plusieurs reprises et celle-ci manifeste son mécontentement, s'agite, ce qui est bien perçu par la maman.

Après l'étreinte, Anne-Laure cherche le regard de sa mère, lui parle et lui sourit, comme pour lui signifier qu'elle veut rester près d'elle, mais avec une certaine distance maintenant.

Mme H. décide très souvent de partir prématurément et dit au revoir à sa fille rapidement. Après quelques heures passées dans l'unité de jour, elle semble ne plus avoir envie de rester auprès de sa fille. Anne-Laure ne semble pas réagir au départ de sa mère.

Début décembre Mme H. est hospitalisée de nouveau en psychiatrie: il existe des idées dépressives en raison de la déception de Mme H. du non engagement de son compagnon. La maman reconnaît avoir des difficultés à vivre seule et annonce son projet de partir vivre à Bordeaux avec le père d'Anne-Laure. Elle envisage de revenir une fois par mois pour voir sa fille. Les visites à la crèche thérapeutique sont maintenues pendant l'hospitalisation de Mme H.

Anne-Laure attend sa maman tout à fait détendue sur les genoux de l'observateur soignant qui lui explique que sa maman va bientôt arriver, qu'elle ne va pas très bien et qu'elle est de nouveau hospitalisée.

Mme H. ne reconnaît pas sa fille, la regarde et nous dit que ce n'est pas sa fille tout en s'approchant d'Anne-Laure. Tout le personnel soignant est troublé par l'attitude et le questionnement de Mme H.

Anne-Laure regarde sa maman et ne manifeste rien, son visage est impassible.

Mme H. prend ensuite sa fille, les échanges ne sont pas chaleureux ni d'un côté ni de l'autre.

Mme H. est triste, son visage est peu expressif. Anne-Laure se détourne à plusieurs reprises du regard vide de sa mère.

Malgré l'amélioration de l'état clinique de Mme H., Anne-Laure, durant les visites de sa mère dans l'unité de jour, est tendue, pleure beaucoup, régurgite et regarde sa mère avec inquiétude.

Mme H. est très peu disponible pour sa fille, elle initie malgré tout les échanges avec son enfant, qui restent pauvres et auxquels Anne-Laure répond peu.

L'enfant reste ouverte et attentive aux sollicitations de l'observateur soignant auquel elle sourit spontanément.

Fin décembre, Mme H. est sortie de l'unité de psychiatrie adulte, elle va mieux et a rejoint le père d'Anne-laure à Bordeaux pour vivre avec lui.

Anne-Laure n'a vu que deux fois son père depuis sa naissance. Celui-ci ne désirait pas cette naissance et ne peut investir actuellement ce bébé, ce qu'il a exprimé clairement.

Après plusieurs journées d'absence de Mme H., le travail mère-enfant est interrompu dans l'unité de jour début février, le prochain droit de visite entre Anne-laure et ses parents est prévu au service de placement familial sur une durée brève, toutes les trois semaines.

Actuellement, l'équipe de la crèche thérapeutique a peu d'espoir dans la reprise du travail mère-enfant.

Anne-Laure a 7 mois et présente toujours de nombreuses régurgitations après les repas. L'enfant a bien investi l'assistante maternelle et semble avoir trouvé les repères qui lui manquaient au sein de sa famille d'accueil.

2- Les commentaires

Une situation intéressante qui illustre l'intérêt d'une prise en charge préventive, grâce à une hospitalisation en service de psychiatrie avant l'accouchement, ayant permis de contrôler le devenir d'Anne-Laure et de sa maman. Il existait chez Mme H. en début d'hospitalisation dans l'unité mère-bébé temps plein une dissociation importante et un déni de sa grossesse. L'hospitalisation a permis à Mme H. de prendre conscience et d'investir son bébé avant la naissance.

Cette histoire clinique permet également une meilleure compréhension de l'articulation du travail mère-enfant entre l'unité mère-bébé temps plein et l'unité de jour mère-enfant.

L'hospitalisation temps plein mère-bébé a permis d'observer les premiers liens entre la mère et son nourrisson, de donner des soins spécifiques à la maman et de mettre en œuvre un projet de sortie adapté à la situation.

L'admission en unité de jour mère-bébé, prise en relais de la précédente, a permis d'assurer une continuité des soins pour la dyade. Elle nous montre également les limites du travail mère-bébé dans l'unité de jour face à certaines pathologies maternelles.

Dans cette observation, nous notons l'instabilité et l'inconstance de Mme H. et ses difficultés à assurer le quotidien de son bébé. La qualité de l'interaction semble meilleure dans les semaines qui suivent la naissance de l'enfant. Mme H. présente ensuite, rapidement des difficultés d'investissement de son bébé, celui-ci faisant peu partie de sa réalité.

Les interactions corporelles, visuelles et vocales sont peu fréquentes et discontinues, avec une prédominance des échanges visuels pour la mère et l'enfant.

Les soins maternels sont inadaptés et le plus souvent mécaniques et impersonnels.

Mme H. a peu adhéré au travail mère-enfant qui lui a été proposé par un manque de compréhension et une incapacité à trouver une stabilité autour de son enfant.

Une humeur dépressive et de plaintes somatiques apparaissent après l'annonce officielle du placement de l'enfant en famille d'accueil ; Mme H. exprimera peu sa souffrance qui est pourtant réelle et qui aboutira à une nouvelle hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Anne-Laure s'adapte au rythme imposé par sa maman et à son inconstance grâce à la suppléance des soignants des unités mère-bébé. Elle se réfugie beaucoup dans le sommeil et présentera de nombreux épisodes de régurgitations, probablement témoins de son malaise. L'interaction visuelle est privilégiée par l'enfant qui regarde souvent le visage de sa mère.

Après le placement en famille d'accueil, l'attitude d'Anne-Laure se modifie. Elle ne s'adapte plus aussi facilement aux changements de rythme de sa mère, son attitude n'est plus passive, elle manifeste son mécontentement par des pleurs, refuse à certains moments de prendre le biberon et se débat de l'étreinte de sa maman. A noter l'évitement du regard d'Anne-Laure face au visage triste et non expressif de Mme H. lors de sa rehospitalisation en psychiatrie.

Après le placement, Anne-Laure se détend difficilement lors des échanges avec sa mère et répond peu aux sollicitations inconstantes de celle-ci.

Elle garde des échanges privilégiés avec l'observateur soignant qu'elle a bien repéré et qui lui a apporté une bienveillance constante et la continuité de son regard pendant toute la prise en charge.

D- Patricia et Mme P.

1- Le récit de l'observation clinique

Patricia est née le 11 novembre 1996.

Sa maman est bien connue de l'équipe de l'unité de jour mère-enfant. En effet, lors de sa première grossesse, Mme P. a présenté une décompensation maniaque dans le post-partum et a été prise en charge dans l'unité de jour pendant 5 mois à la suite de cet épisode.

A la maternité, Mme P. rencontre par hasard un soignant de l'équipe de l'unité de jour présent à la maternité pour une autre situation, elle engage rapidement la conversation et demande que la personne de la crèche thérapeutique qui s'est occupée d'elle lors de son premier accouchement vienne la voir le plus rapidement possible à la maternité.

Un comportement « bizarre » chez Mme P. est noté par la sage-femme, 4 jours après l'accouchement.

Mme P. est agitée, logorrhéique, hyperactive, demande à ce que son mari lui apporte ses cours en vue de la préparation de sa maîtrise d'allemand et confie son bébé à la sage-femme afin de pouvoir travailler tranquillement dans sa chambre. Elle demande fréquemment des permissions dès le deuxième jour après l'accouchement, pour aller faire des achats pour ses enfants et elle-même, sans que son mari soit averti de ses sorties.

Une anxiété se manifeste peu à peu, Mme P. s'accroche de plus en plus au personnel de la maternité et semble demander de l'aide par son comportement désordonné.

Patricia semble ne pas souffrir du comportement de sa maman, elle est calme et détendue, l'allaitement au sein ne pose pas de problème particulier.

Après la visite du soignant de la crèche demandée par Mme P., il est décidé d'une visite au domicile de Mme P. le lendemain de la sortie de la maternité. Une admission de 5 jours par semaine dans l'unité de jour est mis en place le lendemain de cette visite.

Mme P. arrive donc avec Patricia âgée de 10 jours et sa petite sœur de 3 ans, à la crèche thérapeutique avec deux heures de retard sur l'horaire prévu. Mme P. est en pleine décompensation maniaque, elle est agitée, logorrhéique, ses propos sont délirants et confus. Elle réussit à expliquer le pourquoi du retard, la dispute et les violences de son mari la nuit précédente. Elle dit ne pas avoir dormi depuis sa sortie de la maternité et avoir été violente avec sa fille de 3 ans le matin, en raison du refus de celle-ci de préparer ses affaires pour partir à l'école.

Patricia dort calmement, très légèrement vêtue dans son berceau et semble ne pas s'être réveillée. Mme P. ne peut préciser l'heure de la dernière tétée de sa fille.

Devant la gravité de la situation, une hospitalisation conjointe mère-bébé, de Mme P. et de Patricia est décidée et organisée en accord avec Mr P, le jour même.

La dyade est donc transférée rapidement dans l'unité mère-bébé temps plein.

Un traitement neuroleptique sédatif est mis en place chez Mme P. dès son arrivée dans l'unité et l'allaitement au sein est suspendu.

Patricia reste détendue pendant les premiers jours de l'hospitalisation conjointe, pleure surtout la nuit et s'habitue rapidement au biberon qui lui est proposé par l'infirmière.

Les premières semaines Mme P. n'est pas capable d'assurer les soins et l'alimentation de son bébé. Elle y assiste tout de même, regarde beaucoup sa fille, lui parle tendrement et surveille fréquemment son sommeil à travers la porte de la chambre de l'enfant.

Au bout de trois semaines d'hospitalisation environ et à mesure que le délire disparaît, Mme P. participe activement, en partie, d'abord au bain de Patricia, puis au biberon.

Elle la regarde beaucoup, lui sourit, l'embrasse, lui adresse des propos chaleureux, mais ne peut établir qu'un contact physique furtif avec son bébé.

Patricia est décrite comme un bébé calme et facile, déjà très éveillé, très observateur et à l'écoute des paroles qui lui sont adressées.

Elle regarde beaucoup sa maman qui est à distance d'elle, elle semble comprendre les difficultés de sa mère et attendre les sollicitations maternelles.

Elle réagit aux baisers de sa maman par un sourire et une expression de bien être que l'on peut lire sur son visage détendu.

Mr P. vient plusieurs fois par semaine à l'unité BERGOUIGNAN accompagné de la sœur de Patricia. Ces rencontres sont un peu difficiles pour la sœur de Patricia, qui doit assumer à la fois le comportement désordonné de sa mère à son égard et la naissance de la petite sœur.

Mr P. reste présent auprès de sa femme et de Patricia, malgré les propos délirants de Mme P. et ses difficultés probables à investir ce nouveau bébé qu'il connaît peu.

Il est sollicité lors de ces visites pour donner le biberon à Patricia et y participe avec plaisir sous le regard attendri de Mme P.

La symptomatologie délirante de Mme P., dont Patricia ne fait pas partie, s'amendera très lentement sous l'effet du traitement neuroleptique.

Patricia a maintenant 1 mois et demi. Mme P. participe de plus en plus aux soins donnés à sa fille, sous le regard bienveillant d'une infirmière. Mme P. est souriante, parle doucement à sa fille, les biberons sont donnés intégralement par la maman avec tendresse et chaleur. Patricia est toujours aussi détendue et calme, la mère et la fille ne se quittent pas des yeux pendant ces échanges harmonieux.

Un relais est donc décidé avec l'unité de jour. La dyade reste encore hospitalisée quelques temps dans l'unité mère-bébé temps plein et vient deux fois par semaine passer la journée à la crèche thérapeutique.

Mme P. est de plus en plus à l'écoute de sa fille, les idées délirantes disparaissent totalement avec l'arrivée de Mme P. à la crèche, qui semble être ravie de réintégrer ce lieu, qu'elle reconnaît et dont elle note avec une précision extrême toutes les modifications depuis trois ans, au grand étonnement du personnel de l'unité de jour.

Patricia découvre le lieu sans inquiétude, sa maman lui présente l'unité et lui explique qu'elle est déjà venue ici il y a quelques années avec sa sœur.

Mme P. est donc rapidement sortante de l'unité temps plein et vient dès sa sortie dans l'unité de jour cinq jours par semaine. Patricia a bientôt 2 mois.

Les échanges entre la maman et son bébé sont toujours aussi chaleureux et harmonieux. Mme P. est très patiente et tolérante avec sa fille. Le plaisir est partagé.

Patricia est très souriante et apprécie tout particulièrement le moment du bain donné par sa maman à son arrivée le matin à la crèche

Mme P. parle souvent de ses difficultés à se positionner dans la mésentente qui existe entre ses parents et son mari, depuis sa nouvelle décompensation en post-partum.

Elle évoquera aussi à plusieurs reprises, avec anxiété, ses difficultés de couple après son épisode délirant qui n'a pas épargné son mari.

Mais malgré toutes ses préoccupations, elle reste disponible et adéquate avec son bébé.

Les premiers temps, Mme P. reste très accrochée et dépendante de l'observateur soignant, dont elle recherche constamment la présence.

Mme P. monte fréquemment écouter si son bébé dort paisiblement. Elle est très sensible aux commentaires gratifiants que le personnel soignant adresse à

Patricia. Elle est gaie et souriante et participe beaucoup aux activités proposées pendant la journée lorsque Patricia dort.

Patricia a 3 mois et demi. L'arrêt de la prise en charge est demandée par Mme et Mr P.

L'accord d'un arrêt progressif est donné par le médecin responsable, après discussion en équipe lors d'une réunion de synthèse.

Des visites à domicile sont prévues après l'arrêt du travail dans l'unité dans les premières semaines.

2- Les commentaires

C'est une des situations les plus intéressantes de notre population, puisqu'il s'agit d'une deuxième décompensation sur le même mode en post-partum.

L'hospitalisation mère-bébé temps plein dans le service de psychiatrie adulte a permis de réduire le temps total de prise en charge de la dyade, par rapport à la première décompensation (6 mois pour la première et 3 mois pour la seconde), malgré la gravité du tableau clinique de Mme P.

Mme P. perçoit semble-t-il très rapidement, après son deuxième accouchement des signes d'alarme, elle demande donc spontanément à la crèche une nouvelle aide.

Une fois le rôle contenant du service de maternité disparu, Mme P. entre rapidement en phase maniaque, malgré la perspective imminente de l'hospitalisation dans l'unité de jour.

L'hospitalisation mère-bébé temps plein est donc tout à fait indiquée dans ce type de décompensation puerpérale, afin de préserver les premiers liens. Elle représente une alternative dans cette situation de crise particulièrement bruyante pour la mère et son bébé, avant la poursuite du travail mère-enfant en hospitalisation de jour.

Il est probable que les visites du père dans l'unité temps plein mère-bébé et notamment la participation de Mr P. à la prise des biberons, ont aidé Mme P. à se replacer dans la réalité. Elles ont permis également au père et à Patricia de se rencontrer et de faire connaissance.

Mme P. semble avoir investi affectivement son bébé dès la naissance. Au début de son hospitalisation dans l'unité temps plein mère-bébé, même s'il lui est

impossible au départ d'assurer elle-même les soins et l'alimentation de son bébé, elle lui apporte tendresse et chaleur.

Elle privilégie au départ, le contact visuel et verbal. L'échange corporel étant source d'angoisse, elle reste dans les premières semaines un peu à distance de son bébé.

Patricia est calme et détendue, utilise beaucoup le contact visuel avec sa mère et semble attendre patiemment l'amélioration de sa maman. Elle tente de rassurer sa maman en répondant à chacune de ses manifestations de tendresse par un sourire.

Après la disparition totale des éléments délirants, Mme P. reprend à temps plein sa fonction maternelle et les interactions sont très rapidement harmonieuses, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

Voilà donc une prise en charge particulièrement gratifiante pour les deux équipes soignantes des unités mère-enfant qui permet de confirmer l'intérêt des prises en charge conjointes dans les décompensations psychiques du post-partum.

IX- DISCUSSION

A- Les indicateurs de risque

Les 49 dyades de notre population, hospitalisées dans l'unité de jour et présentant des troubles de la relation mère-enfant, sont des situations où il existe un risque élevé pour la mère de ne pouvoir assurer seule la prise en charge de son enfant, de le mettre en danger ou de provoquer un développement psychique pathologique chez l'enfant.

Les indicateurs de risque retrouvés dans notre étude sont ceux retrouvés dans la plupart des études. (10, 47)

Ces indicateurs de risque, par leur présence et surtout leur association peuvent être retenus comme prédictifs de dysfonctionnements graves au sein de la relation mère-enfant.

Nous en avons retrouvé quatre grands types : des indicateurs psychiatriques ou psychologiques, des indicateurs sociaux, des indicateurs familiaux et des indicateurs médicaux.

Tout d'abord il s'agit des indicateurs psychiatriques ou psychologiques : les antécédents chez les parents maternels de maladies psychiatriques ; les antécédents psychiatriques maternels et paternels ; les troubles psychiques et les hospitalisations de la mère en psychiatrie dans le post-partum ; un éthyilisme ou une toxicomanie chez un ou les deux parents.

Les indicateurs sociaux retrouvés sont : l'absence de suivi ou de déclaration de grossesse ; la sortie de la maternité contre avis médical ou une durée d'hospitalisation en maternité « normale » malgré des troubles psychiques retrouvés chez la mère ; les difficultés sociales et financières majeures ; l'absence d'activité professionnelle ; les antécédents d'enfants placés ou présentant des troubles psychiques.

Les indicateurs familiaux retrouvés sont : une enfance maternelle difficile avec des antécédents de placement familial ou en institution et des antécédents de mauvais traitements des parents ; les difficultés relationnelles majeures ou les ruptures avec la famille proche ; la mésentente et la violence conjugale ; l'instabilité dans le couple ; l'absence de père ou son départ pendant la grossesse ; les mères célibataires.

Les indicateurs médicaux retrouvés sont : la prématurité de l'enfant ; une pathologie somatique de l'enfant découverte à la naissance ; une pathologie

somatique maternelle au cours de la grossesse ; un accouchement dystocique mal vécu.

L'association de plusieurs de ces indicateurs de risques ont été retrouvés dans un grand nombre de situations de notre population où il existait des troubles de la relation mère-enfant ; à l'inverse un dysfonctionnement grave de la relation a été retrouvé alors qu'il n'existait pas ou peu d'indicateurs de risque associés. Il est donc nécessaire de pondérer ces indicateurs, en fonction de différents paramètres : l'investissement de la grossesse puis de l'enfant, la présence de projets cohérents établis par la mère pour son enfant, la qualité des interactions entre la mère et son enfant et la possibilité de mettre en place un travail mère-enfant régulier si nécessaire.

Tous ces indicateurs de risques constituent un outil qui doit être utilisé afin de déterminer une conduite à tenir adaptée à chaque situation. Cette conduite à tenir face à des situations à risque doit être mise en place le plus tôt possible, par les médecins qui suivent les mères pendant leur grossesse, par les médecins psychiatres de mères potentielles, par les équipes de maternité après l'accouchement, par le secteur social et les pédiatres qui sont amenés à suivre les dyades mère-enfant par la suite. Pour espérer une efficacité, ce travail ne peut donc se concevoir que dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, dans laquelle chaque intervenant a sa place.

B- Le travail mère-enfant dans l'unité de jour

La maternité provoque, selon la conception psychanalytique traditionnelle, une réactivation de la problématique oedipienne inconsciente. Proposer une hospitalisation mère-enfant c'est à la fois souligner la crise actuelle, en désigner le lien avec la relation mère-enfant et indiquer qu'elle renvoie en fait à une autre, celle de la période oedipienne de la mère et de sa relation avec ses propres parents.

L'unité de soin offre un lieu de rencontre médiatisé entre l'enfant et sa mère en même temps qu'un lieu de retrouvailles pour ces deux êtres qui n'avaient plus accès l'un à l'autre.

Elle offre également un temps de pause, d'apaisement des tensions et de réflexion, afin de préparer l'avenir de l'enfant.

Elle permettra ensuite, l'amorce du processus de distanciation qui sera indispensable pour l'enfant à la réalisation de sa nécessaire individuation.

Le travail mère-enfant réalisé dans l'unité de jour nécessite au préalable l'établissement d'une relation de confiance entre la dyade mère-enfant (principalement avec les parents), le soignant référent de la situation et le médecin pédopsychiatre responsable de la dyade. Lorsque la relation mère-enfant est médiatisée par un tiers, elle est moins angoissante et peut permettre, une fois la confiance de la patiente revenue, de réels échanges affectifs qui seront la base d'une relation future pouvant évoluer sur un mode plus stable et moins pathogène.

Dans une majorité de cas de notre étude nous avons remarqué une non adhésion de la mère au travail proposé. Cette non adhésion s'est manifestée parfois, par une attitude agressive vis-à-vis de « l'observateur soignant » perçu comme persécuteur ; la mère ne supportant pas la médiation du tiers qui vient là comme un intermédiaire entre elle et son enfant. « je ne suis jamais tranquille avec mon enfant, il y a toujours quelqu'un qui m'épie, tout est surveillé et jugé ». Elle se manifeste également, par une incompréhension du travail d'observation qui n'utilise pas d'outils quantifiables et repérables pour les parents (et principalement pour la mère) : « Je m'ennuie toute la journée ici, cela ne sert à rien, je serais aussi bien chez moi ».

La façon dont la mère montre son incapacité, souvent transitoire à assumer son enfant, induit spontanément chez les soignants le désir de s'approprier l'expression de sentiments maternels positifs à son égard. Mais plus on exprime à la mère combien son enfant est un objet attractif, plus elle se sent dépossédée de celui-ci. Elle se sent confirmée dans sa position de mauvaise mère, les qualités attribuées par les autres à son enfant ne pouvant rejaillir sur son propre narcissisme.

Une mère qui arrive dans l'unité de jour avec son enfant, passe par plusieurs étapes. On observe tout d'abord une attitude de retrait, puis la mère s'interroge sur la justification de ce double travail, ensuite progressivement s'établit un transfert entre la mère et l'équipe soignante (souvent préférentiellement sur le soignant référent). Parfois nous avons observé une attitude régressive de la mère, demandant son propre maternage par l'équipe soignante. Enfin vient une acceptation de l'aide proposée dans la relation à l'enfant, favorisée par la disponibilité des soignants vis-à-vis de la mère et de son enfant.

Le principe de base du travail dans l'unité de jour est que les patientes puissent s'appuyer sur les soignants, ceux-ci venant jouer un rôle d'étayage pour elle dans leur fonction maternante. Le soignant référent doit parallèlement donner

au bébé, à travers la continuité des soins, « l'illusion » d'une continuité psychique que la mère ne peut fournir à certains moments.

L'équipe soignante et plus particulièrement le soignant référent, par sa capacité à être le support des projections de la mère, permettra la mise en place des processus thérapeutiques.

Ainsi, le soignant référent et souvent chacun des membres de l'équipe va être pris dans des mouvements de projection, d'identification, de rivalité, de jalousie et d'amour auxquels il va devoir faire face.

Le réseau d'interrelations entre les membres de l'équipe, renforcé par les réunions de synthèse où discours et conduites de la dyade sont analysés, joue un rôle protecteur pour les soignants. Les soignants ont la possibilité d'exprimer dans les réunions leurs émotions par rapport aux situations qu'ils vivent avec le couple mère-enfant, qui parfois les mettent mal à l'aise ou les déroutent.

Ces réunions permettent également aux soignants d'évoluer dans leur attitude et de reconnaître des contre-attitudes dommageables pour eux et la dyade mère-enfant.

Elles permettent aussi de repousser en partie les affects suscités par la souffrance des enfants et de ne pas trop s'impliquer dans certaines situations.

BRAZELTON (16), à ce propos, préconise pour les soignants de nurseries la participation à des stages de formation particuliers pendant lesquels ils apprennent à se dominer et à surmonter leur désarroi, en le considérant comme naturel et inhérent à leur rôle.

C- Les interactions mère-enfant

De la qualité et de la solidité du lien entre la mère et son enfant dépend en grande partie l'avenir psychique de ce dernier.

Le rôle de notre soignant observateur sera donc, d'aménager et de faciliter l'établissement des relations entre la mère et son enfant, afin que celui-ci soit reconnu comme sujet par sa mère.

L'observation et l'évaluation des interactions entre la mère et son enfant est une partie importante du travail dans l'unité de jour. Cette évaluation est difficile et doit être effectuée avec le plus de précision possible. En effet, une mère peut tout à fait nourrir, changer, laver son enfant de façon adaptée. Mais ce qui fait la qualité de l'échange se retrouve aussi dans la façon dont elle accomplit son rôle, dans l'interaction qu'elle peut avoir avec cet enfant et dans l'amour qu'elle peut lui donner.

L'observation doit donc porter sur les contacts corporels, les échanges par le regard, les échanges verbaux, les expressions émotionnelles et les affects au sein de la dyade, ainsi que sur la réciprocité dans les échanges.

Le soignant référent observe par exemple quand l'enfant cherche à saisir un jouet, les réactions de la mère, quels objets la mère permet à l'enfant d'attraper, ceux qui lui sont interdits, la manière dont l'enfant réagit aux éventuelles limitations imposées par sa mère.

Il note également, ce que dit la mère après avoir regardé son enfant car ces propos sont à cet instant comme une sorte d'association mentale évoquée par la perception de l'enfant.

Il peut parfois demander à la mère, quand silencieusement elle regarde son enfant, de dévoiler ses pensées et mettre celles-ci en mots à l'enfant.

De plus, à travers l'observation de la dyade au quotidien, le soignant note si le bébé cherche ou non à regarder sa mère dans les yeux, s'il y a un évitement du regard et s'il existe une réciprocité dans l'interaction.

Du point de vue de la mère, le regard du bébé est souvent ressenti comme gratifiant et même valorisant. Il contribue à faire en sorte que, pour la mère, le bébé n'est pas seulement réduit à un fonctionnement physique et digestif, mais déjà une personne.

Les mères jouent un rôle important dans la qualité et la durée des épisodes de regard mutuel.

La qualité de l'interaction par le regard est donc pour l'observateur extérieur, une indication sur le climat affectif qui caractérise le couple mère-enfant.

Notre observateur sera sensible également au « dialogue tonique » existant entre la mère et son enfant.

Le « dialogue tonique » est une notion dûe à WALLON et développée par AJURIAGUERRA, qui désigne la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, ou maintenu par ses parents (principalement la mère dans notre travail) et la manière dont l'enfant y répond. Il existe ainsi, une véritable interaction entre les postures des partenaires et le tonus musculaire qui en est corrélatif.

Lors de l'interaction corporelle, l'observateur note l'existence d'une détente corporelle globale ou partielle, d'un raidissement localisé ou généralisé, chez l'un ou l'autre des partenaires de l'interaction.

La dynamique de ce dialogue apparaît dans la manière dont la mère est sensible aux manifestations de confort ou d'inconfort de l'enfant et dans la réponse que celui-ci donne : changement de position, blottissement, détente, raidissement ou refus.

Le contact corporel, et la proximité qu'il entraîne, semble pour certaines mères, notamment les mères psychotiques, intolérable et source d'angoisse. Le regard permet lui, une mise à distance et en quelque sorte une protection.

Dans notre population, il semble que les échanges corporels et visuels soient privilégiés par rapport aux échanges verbaux, avec une nette prédominance de l'utilisation des échanges visuels entre la mère et son enfant.

Dans notre étude, nous avons noté que dans 20% des cas, il n'existait aucune communication verbale entre la mère et son enfant en début de prise en charge. Très souvent, les mères de notre population ne comprenaient pas l'intérêt de parler à leur enfant, qui selon elles, n'est pas capable de comprendre le sens de leurs paroles (d'autant plus s'il s'agit de nourrissons).

La communication verbale est pourtant un paramètre important de l'interaction. En effet, la mère en parlant à son enfant, manifeste à celui-ci qu'il est à ses yeux un partenaire interactif. Et par la communication, la mère donne à son enfant le statut d'être humain à part entière.

Le simple fait de tenir son enfant ou de le regarder peut aller de pair avec des soins maternels d'allure mécanique et impersonnelle, alors que la communication verbale situe la relation dans un contexte véritablement interpersonnel.

Notre « observateur soignant » perçoit également le climat émotionnel qui tient en partie à l'interaction qui a lieu devant lui et en partie à ses propres réactions psychologiques. La situation de jeu constitue au cours du travail dans l'unité, un point de départ permettant d'avancer dans la compréhension de l'interaction fantasmatique. Les dyades mère-enfant de notre population semblent avoir bien participé, surtout lorsque « l'observateur soignant » encourage la mère. Grâce à sa participation, l'observateur peut percevoir le type de relation que l'enfant établit non seulement avec lui mais aussi avec les autres, ses affects et les affects qu'il suscite. Cela permettra aussi, une meilleure communication entre le soignant et la mère, qui aura le sentiment que l'observateur est plus en mesure de comprendre ses sentiments et ses inquiétudes, après être directement entré en relation avec l'enfant.

De plus, nous avons observé dans notre étude que fréquemment la mère adopte certaines des attitudes de « l'observateur soignant ».

Ainsi dans notre étude, les échanges au cours de l'interaction mère-enfant étaient initiés par l'observateur en début d'hospitalisation dans 27% des cas et dans seulement 10% des cas en fin d'hospitalisation.

Ainsi, les expressions émotionnelles et l'état affectif de la dyade peuvent être observés au cours des différentes interactions.

Les deux partenaires de l'interaction expriment leur bien-être ou leur malaise, leur plaisir ou leur déplaisir, à travers l'expression de leur affectivité.

La mère communique à l'enfant ses affects à travers l'intonation de sa voix, le rythme et le timbre de ces paroles, les mimiques et l'expression de son visage, mais aussi lorsque l'enfant est tenu dans ses bras, à travers la posture et le tonus de ses muscles.

L'enfant exprimera son affectivité par le sourire, les pleurs, les cris, le rire puis par la peur, l'angoisse, les tentatives de rapprochement, l'agrippement et le tonus musculaire.

Dans notre travail à travers l'étude des interactions, nous avons observé qu'il existait dans les troubles de la relation mère-enfant, une altération de l'expression émotionnelle et de l'affectivité entre la mère et son enfant. En fin de prise en charge, les expressions émotionnelles et la notion de plaisir sont retrouvées plus fréquemment au cours des interactions.

D- Le placement de l'enfant en famille d'accueil

Parmi les 49 enfants de notre population, une indication de placement familial a été posé pour 19 d'entre eux (soit dans 39% des cas). Sans être une solution idéale, le placement familial a permis de leur apporter un substitut parental stable.

Pour ces enfants, une mise à distance des parents a donc été le seul bon moyen retenu pour les protéger contre des ruptures internes répétées et pour tenter d'assurer la reprise et la continuité du lien parents naturels/ enfants, dans des conditions qui réduisent les dangers de pathologies psychiques pour l'enfant.

La participation et l'acceptation de la famille naturelle au placement de l'enfant n'est pas toujours facile à obtenir, d'autant plus quand l'unité de soin est à l'origine du signalement de l'enfant et a posé l'indication du placement. Dans notre population, l'unité de jour a été à l'origine de seulement 4 signalements dont 2 ont donné lieu à un placement à long terme de l'enfant.

Le placement ne peut, en effet, régler toutes les difficultés de l'enfant. L'enfant placé devient un enfant partagé entre deux familles : sa famille d'origine qui n'exerce plus la majeure partie des fonctions parentales et dont son appartenance est entamée ; sa famille d'accueil chargée de l'héberger, de le soigner et de l'élever, mais non de l'adopter.

Cependant, même si le partage de l'enfant est douloureux et conflictuel, ce double attachement de l'enfant pour ces deux familles « mobilise l'élaboration des imagos parentales, la mise en route des possibilités d'individuation et un assouplissement des processus identificatoires ; mais cela sous réserve, et c'est indispensable, que soient pris en compte la force de l'attachement mutuel, les angoisses de perte et les processus défensifs suscités par la séparation dont on

sait qu'ils renforcent les troubles initiaux et, comme eux, s'inscrivent... dans la psyché de l'enfant, au point de mettre en brèche les bienfaits du placement...
 ... La problématique du placement familial est d'une grande complexité et résulte de trois séries de facteurs omniprésents, qui sont liés :

- les uns à la souffrance initiale de l'enfant au sein de sa famille, souffrance qui est à l'origine de la mesure séparative et qui continue à se manifester au cours du placement ;
- les autres aux angoisses de perte suscitées par la séparation et aux troubles qu'elles engendrent ;
- enfin, au partage de l'enfant et qui alimente les rivalités entre les deux familles. » (24)

L'association de ces facteurs engendre des tensions et des conflits entre toutes les personnes concernées.

La gestion de ces tensions demande un travail permanent d'une équipe pluridisciplinaire auprès de l'enfant et des familles. Ce travail devant être mis en œuvre au préalable, avant la réalisation du placement, au moment où la problématique est en train de se constituer.

Le travail mère-enfant a été maintenu, parallèlement au placement, pour 17 enfants. L'assistante maternelle ou le référent du placement amenant l'enfant à la crèche thérapeutique, les jours de prise en charge dans l'unité de jour.

Les temps de passage de l'enfant entre la famille d'accueil et la famille naturelle, sur le lieu de soin est pris en charge par le soignant référent, celui-ci évitant une rencontre directe entre les deux familles.

Outre le suivi de l'enfant et de sa famille naturelle dans l'unité de jour, des consultations sont organisées régulièrement entre la famille d'accueil et le médecin référent de chaque enfant placé, afin de recueillir des éléments sur l'enfant dans son lieu de vie et d'apporter un soutien aux familles d'accueil, mises à rude épreuve elles aussi, dans leur tâche éducative.

E- « L'après hospitalisation »

Les unités mère-enfant permettent dans un premier temps d'évaluer les risques pour l'enfant en cas de troubles de la relation avec sa famille et dans un second temps de débiter un soin, afin de limiter les risques psychiques pour l'enfant.

Mais ces prises en charge ne permettent pas de régler toutes les difficultés pour l'enfant et sa famille.

Il paraît indispensable de penser le soin de la relation mère-enfant en terme de continuité et donc de mettre en place à la fin de l'hospitalisation de nouveaux outils thérapeutiques adaptés à l'évolution de chaque situation.

Mais en raison de certaines pathologies familiales et malgré tous les efforts mis en œuvre pour assurer cette continuité de soins, les équipes soignantes sont confrontées quotidiennement aux limites de leurs moyens d'intervention à long terme.

Il est donc nécessaire de réajuster et d'adapter ces interventions à chaque situation et parfois même de préférer l'abstention thérapeutique.

Ainsi, lorsque la poursuite du travail mère-enfant s'est avérée impossible sur le lieu même de l'unité de jour, des visites régulières au domicile des parents ont été proposées.

5 enfants ont été orientés vers une autre structure de jour, permettant la poursuite du soin de l'enfant seul.

La poursuite d'un travail en psychomotricité a également été proposée dans 5 cas et a permis de conserver un regard sur l'évolution de l'enfant.

28 dyades ont été suivies en consultation par le médecin référent de l'unité pendant les premiers mois après la fin de la prise en charge dans l'unité de jour mère-enfant.

Au moment de notre étude, 16 enfants parmi ces 28 (57%), sont toujours suivis en consultation. L'arrêt des consultations ambulatoires a été le plus souvent décidé par les parents de l'enfant, malgré la nécessité d'un accompagnement mère-enfant sur un plus long terme.

Pour certaines situations, où aucune proposition de soin n'a été acceptée par la famille (6 cas), les services sociaux (secteur social, PMI) ont été alertés par les inquiétudes de l'équipe soignante et ont assuré la poursuite du suivi de l'enfant.

F- La place réservée au père

Une difficulté habituelle des unités mère-enfant concerne la place qu'on peut y réserver aux pères. L'hospitalisation conjointe exclut le plus souvent, la présence physique du père, confirmant ainsi l'absence symbolique de celui-ci dans le psychisme maternel.

Ces pères confrontés à la décompensation maternelle expriment très souvent des sentiments de dévalorisation, de perte de l'estime de soi et de défaillance.

Le dispositif de soins installé autour de la mère et de l'enfant tend à affaiblir encore leur position. Ils restent isolés alors que la mère est entourée de soins et d'attention.

Les équipes médicales des deux unités d'hospitalisation conjointe (temps plein et unité de jour) tentent d'aménager une place à ces pères lorsqu'ils sont présents.

Les dyades hospitalisées dans l'unité de jour sont reçues en consultation régulièrement tout au long des prises en charge et les pères sont sollicités à chaque fois pour y participer.

Il leur est également proposé de venir passer quelques heures dans l'unité, afin de les intégrer à la prise en charge et de leur permettre de mieux comprendre le travail engagé conjointement entre la mère et l'enfant.

Dans notre étude seulement 18 pères ont participé à la prise en charge mère-enfant dans l'unité de jour et ont assisté régulièrement aux consultations avec le médecin responsable de l'unité. Un seul père est venu très régulièrement passer une heure par semaine dans l'unité.

Ces pères semblent éprouver encore plus de difficultés que les mères à comprendre l'intérêt d'un travail difficilement quantifiable à leurs yeux.

Un effort est très certainement à faire dans ces unités mère-enfant, afin de permettre également à ces pères de progresser.

CONCLUSION

La vocation de l'unité de jour mère-enfant est de proposer un soin des troubles de la relation mère-enfant. Ce soin s'organise essentiellement autour de l'accompagnement des mères et des enfants dans leur relation.

Cet accompagnement vise à organiser un espace contenant et continu autour de l'enfant et de sa mère et tend à recréer ce moment particulier de « préoccupation maternelle primaire » décrit par WINNICOTT, là où la mère est « anticipatrice de sens ».

L'accompagnement a une fonction de médiation de la relation où la présence, le regard et la parole des soignants constituent pour ces dyades en difficulté un véritable soutien.

Cette unité est le lieu d'une rencontre entre les enfants et leur mère. Il s'agit de favoriser les échanges entre la mère et l'enfant en agissant sur l'interaction et en offrant aux mères la possibilité d'une élaboration.

Le mode de prise en charge institutionnelle à temps plein ou en hospitalisation de jour représente une des modalités de réponse possible, à côté d'autres réponses thérapeutiques, telles que les consultations mère-enfant, les interventions à domicile, les interventions dans les crèches municipales ou les haltes-garderies et les interventions dans les P.M.I., afin de dépister le plus précocement possible les dysfonctionnements de la relation mère-enfant.

Les unités mère-enfant ont donc pour objectif de prévenir les troubles graves de la relation précoce mère-enfant.

Ces prises en charge conjointes doivent pour être efficaces et le plus préventif possible, doivent s'appuyer sur un réseau incluant l'obstétricien, le pédiatre, la psychologue, la sage-femme, la puéricultrice mais aussi les services sociaux, voire la justice.

Nous concluons maintenant ce travail par une citation de WINNICOTT(87), qui nous semble illustrer ce que nous avons ressenti pendant une année, lors de notre observation des dyades mère-enfant :

« Le bébé qui regarde la mère voit ses yeux et la mère en train de le regarder, c'est aussi dire que la mère qui regarde son bébé le voit en train de la regarder. C'est dans ce miroir, celui des yeux de son enfant qu'elle peut jouir de son identité maternelle. »

BIBLIOGRAPHIE

1. -AMAR A., LEMOINE P. Les psychoses puerpérales . Une mise au point. *J. Gynecol. Obstet. Biol.* 1991 ; 20 : 1025-1030 .
2. -AMAR A. Problèmes psychiatriques au cours de l'état gravido-puerpéral , à propos de 16 cas . *Thèse de médecine* 1974 Paris VII .
3. -BAGEDAHL-STRINDLUND M., TUNNEL R., NILSSON B. Children of mentally ill mothers : mortality and utilization of paediatric health services. *Acta Paediatr. Scand.* 1988 ; 77 : 242-250 .
4. -BAKER A . Admitting schizophrenic mothers with their babies. *Lancet* 1961; 2 : 237-239 .(15)
5. -BALLET G. Des psychoses puerpérales. *Mèd. Moderne* 1982.
6. -BARDON D., GLASER Y. , PROTHERO D. Mother and Baby Unit : Psychiatric survey of 115 cases. *Br. Med. J.* 1968 ; 2 : 755-758.
7. -BEETSCHEN A. , CHARVET F. Psychologie et psychopathologie de la maternité. *Confrontations psychiatriques* 1978 ; 16 : 83-124.
8. -BELL AJ., LAND NM., MILNE S., HASSANYEH F. Long term outcome of post-partum psychiatric illness requiring admission. *J. Affect. Disord.* 1994 ; 31, 1 : 67-70.
9. -BENEDEK T. Parenthood as a developmental phase .A contribution to the libido theory. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 1959 ; 7 : 389-417 .
10. -BERTHIER M., BARAUD C., DABAN M., PAGET A. et Coll. Evaluation de la prise en charge psychosociale en maternité : expérience du C.H.U de Poitiers. *Arch. Pédiatr.* 1995 ; 2 : 840-47.
11. -BOUCHART-GODART A. Alice, ou de l'opportunité d'une hospitalisation conjointe mère-nourrisson en psychiatrie adulte. *Psychanalyse à l'université* 1989 ; 14 , 56 : 41-61 .

- 12.-BOWLBY J. Attachement et perte ; Volume 1 et 2 , PUF, Paris, 1978 ;
Volume 3, PUF, Paris, 1984. Traduction française.
- 13.-BOWLBY J. An Ethological Approach to Research in Child Development.
Brit. J. Med. Psych 1957; 30 .
- 14.-BOWLBY J. The Nature of the Child's tie to his Mother. *Int. J.*
Psychoanal. 1958 ; 39.
- 15.-BRAIN DJ., MACLAY I., Children in hospital. *Brit , J, Med.* 1968 ;
1 :278-280.
- 16.-BRAZELTON TB. La naissance d'une famille. Stock Paris 1983
Traduction française.
- 17.-BROCKINGTON IF., WINOKUR G., DEAN C. Puerperal Psychosis, in
Motherhood and Mental Illness, I.F. Brockington, R. Kumar (eds), New York,
Grune & Stratton 1982 ; 27-700.
- 18.-BROCKINGTON IF. L'adéquation des services hospitaliers et extra-
hospitalier. Un service global pour les mères « malades mentales ». *Jeunes*
parents psychotiques et leurs enfants SIMEP Paris 1986 ; 115-117 .
- 19.-CAZAS O. Hospitalisation conjointe mère-enfant en psychiatrie.
Neuropsychiatrie de l'enfance 1986 ; 34 , 11-12 : 556-559.
- 20.-CAZAS O., DHÔTE A., BOUTTIER D., GINESTET D. L'hospitalisation
de la mère et de son nourrisson dans un service de psychiatrie adulte.
Psychiatrie de l'enfant 1990 ; 635-74 .
- 21.-CELINE LF. SEMMELWEIS 1818-1865. NRF Paris 1952.
22. -Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du
Comportement. 1992.
- 23.-COOKSON JC. Post-partum Mania, Dopamine, and Oestrogens.
Lancet 1982 ; 672.
- 24.-DAVID M. L'enfant en placement familial. *Nouveau traité de psychiatrie*
de l'enfant et de l'adolescent 1991 ; 4 : 2745, 2764.

- 25.-DEAN C., KENDELL RE. The symptomatology of puerperal illnesses. *Br. J. Psychiatry* 1981; 139 : 128-133.
- 26.-DELAY J.,CORTEEL A., BOITTELLE G. Hypolutéinie révélée par les biopsies cytohormonales dans une psychose du post-partum. *Ann. Méd. Psych.* 1956 ; 1, 2 : 183-188 .
- 27.-DSM IV Version Française . 1996 .
- 28.-DEUTSCH H. La psychologie des femmes. Tomes I et II . PUF Paris 1974. (Traduction Française) .
- 29.-DOUGLAS G. Psychotic Mothers. *Lancet* 1956 ; 1 : 125-126.
- 30.-DUGNAT M. Hospitalisation mère-enfant en pédopsychiatrie : d'une prévention primaire. *Thèse de Médecine* ; 19 89 ;36-51.
- 31.-DURANT B. : Dépression et maternité . *Revue soins psychiatrie* 1993 ; 151 : 10-13.
- 32.-ESQUIROL « Aliénation des nouvelles accouchées et des nourrices » 1838.
- 33.-EY H., BERNARD P., BRISSET C. Les psychoses puerpérales. *Manuel de psychiatrie*, 6° édition, Masson ; 724, 734 .
- 34.-FOWLER DB. A psychiatric mother and baby unit. *Lancet* 1965 ; 1 : 160-161.
- 35.-FREUD A. , BURLINGHAM D. Enfants sans familles. PUF Paris 1949 Traduction française.
- 36.-GOLSE B. Quelques notes sur les aspects psychologiques de l'hospitalisation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1986 ; 34 , 11-12 : 550-553.
- 37.-GRUNEBAUM H., WEISS JL. Psychotic mothers and their children. Joint admission to an adult psychiatric hospital. *Am. J. Psychiatry* 1963 ; 119, 10 : 927-933.

- 38.-GUEDENEY N., MOUREN MC. , DUGAS N. A propos des hospitalisations mère-enfant : l'hospitalisation mère-enfant dans un service de psychopathologie de l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant* 1986 ; XXIX , 2 : 469-531.
- 39.-GUYOTAT J. Processus psychotique et filiation. *Confrontations Psychiatriques* 1978 ; 16 : 191-217 .
- 40.-HAAG G., HAAG M. L'observation du nourrisson selon Esther BICK (1901-1983) et ses applications. *L'information psychiatrique* 1995 ; 7,1 : 7-17.
- 41.-HARLOW HF. The Nature of love. *Am. Psychol.* 1958; 13 : 673.
- 42.-HARLOW HF. Primary Affectional Patterns in Primates. *Am. J. Ortho. Psychiatr.* 1960 ; 30 : 676.
- 43.-HARRIS B., JOHNS S., FUNG H., et coll. The hormonal environment of post-natal depression . *Br. J. Psychiat.* 1989 ; 154 : 660-667.
- 44.-HEIM A., BENASSOULI P., HEIM N., PHILIPPE HJ. Troubles psychiatriques et grossesse. *Encyclopédie Médico-chirurgicale* 1995 ; 5-046-A-10 ; 37-660-A-10.
- 45.-HIPPOCRATE Des maladies des femmes . Livres premier et deuxième . IN :Oeuvres complètes , volume 7 et 8 .1962 . (Traduction Française)
- 46.-HUNT N., SILVERSTONE T. Does puerperal illness distinguish a subgroup of bipolar patients ? *J-Affect-Disord* 1995 ; 17 : 101-107.
- 47.-HUNTER RS. , KILSTROM N., KRAYBILL EN., LODA F. Antecedents of children abuse and neglect in premature infants : a prospective study in a newborn intense care unit. *Pediatrics* 1978 ; 61 : 629-35.
- 48.-KENDELL R.E. , CHALMERS J.C., PLATZ C., Epidémiologie of puerperal psychoses . *Br. j. Psychiat.* 1987 ;150 : 662-673 .
- 49.-KENNEL JH., KLAUS MH., JERAULD R., WOLFE H. et Coll. Maternal behavior one year after early and extended post-partum contact ; *Developmental Medicine and Child Neurology* 1974 ; 16 : 172-179.

- 50.- KUEVI V., CAUSON R., DIXSON A.F., et coll. Plasma amine and hormone changes in post-partum blues. *Clin., Endocrinol. (Oxf.)* 1983 ; 19 : 39-46 .
- 51.- LAPLANCHE J., PONTALIS JB. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF 12° Edition 1994.
- 52.-LAUKARAN V.H., VAN DER BERG B. The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetric complications. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1980 ; 1 : 374-379.
- 53.-LEBOVICI S., STOLERU S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. 1983 ; 59- 85.
- 54.-LEMPERIERE T. , ROUILLON F. , LEPINE JF Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *Encyclopédie Médico-chirurgicale* Paris Psychiatrie ; 37660 A10, 7-1984, 12 pages .
- 55.-LEMPERIERE T., FELINE A., GUTMANN A., ADES J. Psychiatrie de l'adulte. *Abrégé Masson* 1993 12° tirage ; 350, 353.
- 56.-LEVY P. Bilan de 12 ans de fonctionnement d'une unité d'hospitalisation conjointe mère-nourrisson dans la prise en charge des troubles psychiques du post-partum. Analyse rétrospective de 130 dossiers cliniques. *Thèse de Médecine* 1992.
- 57.-LORENTZ KZ. Der Kumpan in der Umwelt des Vogels ; die Artgenosse als auslösendes Moment Sozioler Verhaltensweisen ; *J. Ornithol. Berlin* 1935; 83 : 137-213.
- 58.-LYNCH M., STEINBERG D., OUNSTED C. Family unit in a children's psychiatric Hospital. *Brit. Med. J* 1975 ; 2 : 127-129.
- 59.-MAIN TF. Mothers with children in a psychiatric Hospital . *Br. J. Med* 1975 ; 2 : 127-129 .
- 60.-MALAUZAT D. , LOMBERTIE R. , LEGER JM.L'hospitalisation mère-enfant dans les psychoses du post-partum. *Actualités psychiatriques* 1982 ; 8 : 73-78.

- 61.-MARCE LV. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales se rattachant à ce sujet . BAILLIERE et fils Paris 1958.
- 62.-MAZET P., STOLERU S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Abrégés MASSON 2° Edition 1993 ; 3-22 .
- 63.-MCGORRY P., CONNELL S. The nosology and prognosis of puerperal psychosis. 1990 ; 31,6 :519-534.
- 64.-MEAD M.La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle. *La carence de soins maternels Cahiers numéro 14* OMS Genève 1962.
- 65.-MEAKIN CJ., BROCKINGTON IF. , LYNCH SE. et Al. Dopamine Supersensitivity and Hormonal Status in Puerperal Psychosis. *Br. J. Ppsychiat.* 1995 ; 166 : 73-79.
- 66.-PROTHEROE C. Psychiatric illness associated with chilbird. *Practitioner*1981 ; 225, 1359 : 1245-1251.
- 67.-RACAMIER PC. Notes concernant le traitement des psychoses de la puerpéralité. *Perspective Psychiatrique* 1963 ; 4 : 31-41.
- 68.-RACAMIER PC. , SENS C. , CARRETIER L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum . *Evol. Psychit.* 1961 ; 26 , 3 : 525-570.
- 69.-RANCUREL G. Psychoses puerpérales. *Précis de psychiatrie* KOUPERNIK C., LOO H. , ZARIFIAN E. ; 320, 330 .
- 70.-RANCUREL G., MARMIE D., KOUPERNIK C. Les psychoses puerpérales . *E.M.C. Psychiatrie* 1968 ; II, 37660 A 10-11 .
- 71.-RILEY DM., WATT DC. Hypercalcemia in the etiology of puerperal psychosis. *Biol-Psychiatry* 1985 ; 20, 5 : 479-488.
- 72.-RINGSTADT T. , SPURKLAND I. Le traitement familial : hospitalisation de la famille entière. *Psychiatrie de l'enfant* 1981 ; XXIV : 265-291.

- 73.-RUETSCH G. A propos de deux cas d'hospitalisation de la mère et de l'enfant en service de psychiatrie adulte. *Psychologie Médicale* 1977 ; 9, 4 : 653-664.
- 74.-SALBREUX R., ROBAEY PH., FERRARI L. Tonus musculaire, extensibilité et développement psychique : signe associé, cause ou conséquence ? *In Psychiatrie du bébé* Nouvelles frontières Edition Eshel Paris 1988 ; 451-464.
- 75.-SAMEROFF A., ZAX M. Perinatal characteristics in the off-spring of mentally disordered women ; *J. Nerv.Ment. Dis.* 1973 ; 157 : 191-199.
- 76.-SANDRI R. L'observation du nourrisson selon Esther BICK et ses applications Premier colloque européen sur l'observation du nourrisson Bruxelles 26 et 27 Octobre 1991 sous la direction de Rosella SANDRI Collection L'Enfant ; 15-22.
- 77.-SAUVAGE D., GONZALES AM., LARMANDE C., et Coll. Les troubles fonctionnels du premier trimestre observés à l'hôpital. *Neuro. Psychiatr. Enf. Ado.* 1982. 30,4-5 : 193-96.
- 78.-SIVADON P. Les psychoses puerpérales et leurs séquelles. *Thèse de Médecine* PARIS 1933.
- 79.-SOBEL DE. Fetal damage due to ECT, insulin coma, chlorpromazine or reserpine. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1960 ; 2 : 606-611.
- 80.-SOULE M. L'enfant dans la tête. L'enfant imaginaire. *La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé ?* ESF (Paris) 1983 ; 135-175.
- 81.-SPITZ R. De la naissance à la parole. PUF Paris 1968. 6° Edition 1979 traduction française.
- 82.-SUTTER AN., BOURGOIS M. : Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale . Puf Nodules 1996 ; 31-33.
- 83.-THALASSINOS M. Epidémiologie des troubles psychiques de la puerpéralité. ROUILLON F., LEPINE JP. , TERRA JL. *Epidémiologie psychiatrique* ; 185-195.

- 84.-VAN DER WALDE PH. , MEEKS D. , GRUNEBAUM HU. et Al. Joint Admission of Mother and Children to a State Hospital. *Arch. Gen. Psy.* 1968 ; 18 : 706-712.
- 85.-WIECK A., KUMAR R., HIRST AD., et Al. Increased Sensitivity of Dopamine Receptors and Recurrences of Affective Psychoses after Childbirth . *Br. Med. J.* 1991; 303 : 613-616.
- 86.-WINNICOTT DW. La préoccupation maternelle primaire . *De la pédiatrie à la psychanalyse* Paris Payot 1969.
- 87.- WINNICOTT DW. Le rôle de miroir de la mère et de sa famille dans le développement de l'enfant. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1974 ; 10 : 79-86.
- 88.-WREDE G., MEDNICK SA., HUTTUNEN MO. Pregnancy and delivery complications in the births of an unselected series of finnish children with schizophrenic mothers. *Acta. Psychiatr. Scand.* 1980 ; 62 : 369-381.
- 89.-ZILBOORG G . The dynamics of schizophrenic reactions related to pregnancy a childbirth. *Am. J. Psychiat.* 1929 ; 8 : 733-770.
- 90.-ZILBOORG G. Depressive reactions related to parenthood. *Am. J. Psychiat.* 1929 ; 10 : 927-962.

ANNEXE

Exemplaire du recueil de données

Grille d'évaluation des interactions mère-enfant du centre de recherche
Claude BERNARD

RECUEIL DE DONNEES A PARTIR DES
DOSSIERS DE PRISE EN CHARGE A LA CRECHE
THERAPEUTIQUE DE 1990 A 1996

Numéro :

Nom de la mère:

Nom de l'enfant:

Année:

I- Première Partie

1-Pré-partum

- durée:
- complications:

2-Accouchement:

- mode:
- score d'Apgar:
- durée d'hospitalisation en maternité:

3-Troubles psychiques ou somatiques, dans le post-partum
immédiat, de la mère et/ ou de l'enfant :

4-Mère:

- mariée
 - divorcée
 - concubinage
 - célibataire
 - autre
- mineure

5-Age de l'enfant en début de prise en charge:

6-Age de la mère:

- Age du père:

7-Situation socio-économique:

- correcte
- insuffisante
- très insuffisante

8-Antécédents maternels:

- familiaux (enfance de la mère)
- médicaux:
- psychiatriques personnels et familiaux:

9-Fratrie:

10-Symptômes de l'enfant à l'admission:

11-Symptômes de la mère à l'admission

II- Deuxième Partie

12-Hospitalisation en service adulte conjointe mère-enfant:

- service:
- durée:
- motifs d'admission:

13-Motifs d'admission à la crèche thérapeutique:

14-Origine des demandes de soins(médecin traitant, service hospitalier, PMI):

15-Type de prise en charge proposé à la crèche:

16-Participation du père à la prise en charge:

17-Devenir de l'enfant après l'hospitalisation:

- lieu de vie
- suivi de l'enfant

19-Durée de prise en charge à la crèche :

20-Durée de prise en charge totale par l'équipe soignante de la crèche:

III- Troisième Partie

21-Les interactions mère-enfant en début et en fin de prise en charge:

a-Interactions corporelles: début fin

*fréquentes

*peu fréquentes

*absentes

*harmonieuses

*discontinues

*intrusives

b-Interactions visuelles: début fin

*fréquentes

*peu fréquentes

*absentes

*réciproques

*discontinues

c-Interactions vocales: début fin

*fréquentes

*peu fréquentes

*absentes

*réciproques

*discontinues

*intrusives

d-Expressions émotionnelles: début fin

- Mère *fréquentes
- *peu fréquentes
- *absentes
- *mimique expressive/figée
- *sourire spontané

- Enfant *fréquentes début fin
- *peu fréquentes
- *absentes
- *mimique expressive/figée
- *sourire spontané

-

e-Tonalités affectives:

début

fin

- Mère: *tendresse
- *plaisir
- *déplaisir
- *excitation
- *indifférence
- *tristesse
- *pleurs
- *hostilité
- *vide
- *autre

début

fin

- Enfant: *tendresse
- *plaisir
- *déplaisir
- *excitation
- *indifférence
- *tristesse
- *pleurs
- *hostilité
- *vide
- *autre

f- Initiation des échanges: début fin

- *par la mère
- *par l'enfant
- *par l'observateur

g- Canaux privilégiés: début fin

- Mère *corporel
- *visuel
- *vocal
- *tous

- Enfant *corporel début fin
- *visuel
- *vocal
- *gestuel

h- Attitude de l'enfant au cours des interactions:

début

fin

*coopérant

*trop coopérant

*opposant

*passif

*évitant

*autre

i- Attitude de la mère au cours des interactions:

début

fin

*tolérante

*intrusive

*interdictrice

*passive

*peu disponible

*indifférente

*inconstante

*autre

CENTRE DE RECHERCHES
CLAUDE BERNARD

GRILLES D'EVALUATION

DES INTERACTIONS MERE-BEBE

BOBIGNY - CLAUDE BERNARD

3 mois - 1 an - 2 ans

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES	EXPRESSIONS EMOTIONNELLES
BEBE	Recherche le contact <input type="checkbox"/>	Recherche le regard de sa mère <input type="checkbox"/>	Vocalise spontanément vers sa mère <input type="checkbox"/>	Sourit spontanément à sa mère <input type="checkbox"/>
	S'agrippe <input type="checkbox"/>	Explore L'environnement <input type="checkbox"/>	Répond à sa mère <input type="checkbox"/>	Répond au sourire de sa mère <input type="checkbox"/>
	Initie le contact <input type="checkbox"/>	Evite le regard de sa mère <input type="checkbox"/>	Pleure <input type="checkbox"/>	Reste indifférent aux sollicitations maternelles <input type="checkbox"/>
	Apprécie le contact <input type="checkbox"/>	A un regard figé <input type="checkbox"/>	Hurle <input type="checkbox"/>	Mimique figée <input type="checkbox"/>
	Evite le contact <input type="checkbox"/>			
	Tient son bébé confortablement <input type="checkbox"/>	Recherche le regard du bébé <input type="checkbox"/>	Parle au bébé <input type="checkbox"/>	Sourit spontanément à son bébé <input type="checkbox"/>
	Berce son bébé <input type="checkbox"/>	Accompagne l'enfant par le regard <input type="checkbox"/>	Jeux vocaux Mère-bébé <input type="checkbox"/>	Répond au sourire de son bébé <input type="checkbox"/>
	Caresse son bébé <input type="checkbox"/>	Evite le regard du bébé <input type="checkbox"/>	Voix modulée <input type="checkbox"/>	Mimique figée <input type="checkbox"/>
	Embrasse son bébé <input type="checkbox"/>	Regard absent <input type="checkbox"/>	Crie <input type="checkbox"/>	Emoussement affectif <input type="checkbox"/>
	Tient son bébé à distance <input type="checkbox"/>		Reste silencieuse <input type="checkbox"/>	

0 : absent 1 : au moins 1 fois 2 : au moins la moitié du temps

INTERACTIONS MERE-NOURRISSON 3 MOIS

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES	AFFECTIVES GESTUELLES
Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans ce domaine ?	Très fréquents 3 Assez fréquents 2 Peu fréquents 1 Absents 0 <input type="checkbox"/>	Très fréquents 3 Assez fréquents 2 Peu fréquents 1 Absents 0 <input type="checkbox"/>	Très fréquents 3 Assez fréquents 2 Peu fréquents 1 Absents 0 <input type="checkbox"/>	Très fréquents 3 Assez fréquents 2 Peu fréquents 1 Absents 0 <input type="checkbox"/>

III

<p>Les interactions mère-enfant vous paraissent-elles?</p>	<p><input type="checkbox"/> Réciproques <input type="checkbox"/> Mutuelles <input type="checkbox"/> Répétitives <input type="checkbox"/> Discontinues <input type="checkbox"/> Rigides <input type="checkbox"/> Intrusives <input type="checkbox"/> Transmodales <input type="checkbox"/> Harmonieuses</p>	<p><u>Qui initie les échanges ?</u></p> <p>1 La mère <input type="checkbox"/> 2 L'enfant <input type="checkbox"/> 3 Les deux</p> <p><u>Communication</u></p> <p>0 Absence de communication <input type="checkbox"/> 1 Unicanalale 2 Multicanalale</p> <p><u>Canaux privilégiés:</u></p> <p>1. corporel <input type="checkbox"/> 2. visuel <input type="checkbox"/> 3. vocal <input type="checkbox"/> 4. gestuel <input type="checkbox"/></p> <p>mère <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/></p> <p>Les interactions favorisent-elles l'exploration de l'environnement ? <input type="checkbox"/></p>
--	--	--

0 : absence
1 : 1 fois
2 : environ la moitié du temps

On peut noter plusieurs cases

Tonalités affectives dominantes:

	Enfant	Mère
Tendresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indifférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hostilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Expressions émotionnelles

	Enfant	Mère
mimique 2 expressive 1 figée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sourire 0 absent 1 réponse 2 spontané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le bébé présente :

une hypertonie	<input type="checkbox"/>
un tonus normal	<input type="checkbox"/>
une hypotonie	<input type="checkbox"/>

	Mère
adéquate	<input type="checkbox"/>
tolérante	<input type="checkbox"/>
intrusive	<input type="checkbox"/>
interdictrice	<input type="checkbox"/>

	Enfant
coopérant	<input type="checkbox"/>
opposant	<input type="checkbox"/>
passif	<input type="checkbox"/>
compulsivement docile	<input type="checkbox"/>

TR

Glossaire

- _ Recherche le contact maternel _ tente d'obtenir ou maintient un contact avec le corps de la mère.
- _ S'agrippe _ s'accroche en serrant les doigts.
- _ Apprécie le contact _ manifeste apaisement et bien-être et maintient le contact.
- _ Evite le contact _ observé la plupart du temps.
- _ Tient son bébé confortablement _ le maintient de façon sécurisante et non contraignante, détendue et stable pour les deux partenaires.
- _ Tient son bébé à distance _ de manière qui empêche la proximité du buste ou visage.
- _ Regard figé _ immobile, fixe.
- _ Regard absent _ arrelationnel, vide.
- _ Regard vide _ sans expression, détaché.
- _ Mimique figée _ visage inexpressif, immobile.
- _ Emoussement affectif _ indifférence affective ressentie ou observée aux événements agréables et désagréables.
- _ Interaction transmodale _ reprise immédiate par l'autre partenaire, sur un canal différent, d'une séquence interactive en cours.
- _ Interaction harmonieuse _ réactions adéquates, dans son déroulement, d'un échange.
- _ Interaction continue _ les interactions se poursuivent ou transforment sans rupture brusque
- _ Interaction discontinue _ les interactions se rompent de manière brusque.

TABLE DES MATIERES

PLAN	8
INTRODUCTION	10
CHAPITRE I	12
LES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PUERPERALITE	
I- Définitions	12
II- Historique de la psychose puerpérale	13
III- Epidémiologie	15
A- Généralités	
B- Les troubles psychiques au cours de la grossesse	
C- Les troubles psychiques du post-partum	
IV- Les formes cliniques	17
A- Pendant la grossesse	
B- Le post-partum blues	
C- Les psychoses du post-partum	
D- Les dépressions du post-partum	
V- Ethiopathogénie	22
A- Les facteurs biologiques	
1- Les hormones	
2- La noradrénaline et l'adrénaline	
3- Le calcium	
B- Les facteurs gynécologiques et obstétricaux	
C- Les facteurs psychosociaux	
VI- Nosographie	25

CHAPITRE II	27
LES RELATIONS PRECOCES MERE-ENFANT	
I- La théorie de l'attachement	27
A- Le comportement d'attachement chez l'animal	
B- Le comportement d'attachement chez l'homme	
II- Les interactions précoces	30
A- Avant la naissance	
1- Les capacités sensorielles	
2- Les interactions foeto-maternelles	
B- Les capacités du nouveau-né	
1- Les capacités sensorielles et interactives	
a- La vision	
b- L'odorat	
c- L'audition	
2- Les états de vigilance	
C- La constitution du lien mère-nourrisson	
III- Les difficultés et les perturbations de l'interaction mère-nourrisson	36
A- Les perturbations quantitatives	
1- Excès de stimulation	
2- Hypostimulation	
B- Les perturbations de la réciprocité	
C- Les expressions symptomatiques	
1- Le sommeil	
2- L'alimentation	
3- Le tonus et la motricité	
4- Les manifestations affectives	
a- Les cris et les pleurs	
b- L'angoisse	
c- La tristesse et la dépression	
5- Le comportement	
D- Les situations cliniques fréquentes	
1- La prématurité	
2- Les mères psychotiques	
3- Les mères déprimées	
4- Les mères alcooliques et/ou toxicomanes	
5- Les sévices et la négligence parentale	

CHAPITRE III	46
L'HOSPITALISATION MERE-ENFANT TEMPS PLEIN	
I- Historique	46
A- Dans les pays Anglo-saxons	
B- En France	
C- La situation actuelle	
II- Les différents types d'hospitalisation conjointe à temps plein	49
A- En obstétrique	
B- En pédiatrie	
C- En pédopsychiatrie	
D- En psychiatrie adulte	
III- Les indications et contre-indications	55
A- Les indications	
B- Les contre-indications	
IV- Les intérêts et limites	56
A- Les intérêts de l'hospitalisation conjointe	
B- Les limites de l'hospitalisation conjointe	
V- L'exemple de l'unité BERGOUIGNAN	59
A- Présentation de l'unité	
B- L'hospitalisation conjointe dans l'unité	
1- Les objectifs de la prise en charge conjointe	
2- Les deux équipes soignantes	
3- Le nombre de lits	
4- L'activité d'hospitalisation conjointe dans l'unité	
C- L'exemple d'Emile et de sa maman	

CHAPITRE IV **67**
**BILAN DE SIX ANNEES DE PRISE EN CHARGE MERE-
 ENFANT EN HOSPITALISATION DE JOUR A LA CRECHE
 THERAPEUTIQUE**

I- Introduction **67**

II- Présentation de l'unité **67**

A- L'histoire de l'unité

B- Le cadre de soin psychothérapeutique

1- L'équipe soignante

2- Les objectifs de l'unité

3- Les principales modalités de prise en charge

C- Les indications de l'hospitalisation de jour conjointe

1- Au niveau de la mère

2- Au niveau de l'enfant

III- Méthodes **71**

A- Présentation du recueil de données

B- Les conditions de l'étude

C- L'observation du nourrisson : application thérapeutique de la méthode d'Esther BICK

1- Généralités

2- La méthode

3- L'utilisation de la méthode et son application thérapeutique dans le travail mère-enfant de l'unité de jour

IV- Matériel d'étude **77**

A- Age et sexe de l'enfant au moment de l'admission

B- Age de la mère et du père au moment de l'admission

V- Résultats et commentaires de l'étude de la dyade mère-enfant (première partie de l'étude) 80

- A- La grossesse
- B- L'accouchement
- C- Les pathologies psychiques puerpérales
- D- Les pathologies psychiatriques maternelles connues avant l'admission
- E- Le contexte socio-familial
 - 1- L'enfance de la mère
 - 2- La situation familiale de la mère à l'admission
 - 3- L'entourage familial de la mère à l'admission
 - 4- La situation socio-économique familiale à l'admission

VI- Résultats et commentaires de l'étude concernant l'hospitalisation de jour (deuxième partie de l'étude) 88

- A- Le motif principal d'admission
- B- L'origine des demandes de soins
- C- Les symptômes présentés par la mère à l'admission
- D- Les symptômes présentés par l'enfant à l'admission
- E- La prise en charge proposée en début d'hospitalisation
- F- L'articulation avec l'unité mère-bébé temps plein
- G- L'adhésion de la mère au travail proposé
- H- La durée de la prise en charge
- I- La prise en charge proposée à l'enfant en fin d'hospitalisation
- J- L'origine du signalement de l'enfant
- K- Les décisions judiciaires prises pour l'enfant
- L- Le devenir de l'enfant au moment de l'étude
 - 1- Le lieu de vie de l'enfant
 - 2- La scolarisation
 - 3- Le lieu de soin de l'enfant

**VII- Résultats et commentaires de l'étude des interactions mère-enfant
(troisième partie de l'étude) 98**

- A- Les interactions corporelles
- B- Les interactions visuelles
- C- Les interactions vocales
- D- Les expressions émotionnelles
 - 1- De la mère
 - 2- De l'enfant
- E- Les tonalités affectives
 - 1- De la mère
 - 2- De l'enfant
- F- L'initiative des échanges
 - 1- En début de prise en charge
 - 2- En fin de prise en charge
- G- Les canaux privilégiés
 - 1- Par la mère
 - 2- Par l'enfant
- H- L'attitude de la mère au cours des interactions
- I- L'attitude de l'enfant au cours des interactions

**VIII- Etude des interactions mère-enfant à travers le récit de quatre
situations (quatrième partie de l'étude) 111**

- A- Alain et Mme S.
 - 1- Le récit de l'observation clinique
 - 2- Les commentaires
- B- David et Mme B.
 - 1- Le récit de l'observation clinique
 - 2- Les commentaires
- C- Anne-laure et Mme H.
 - 1- Le récit de l'observation clinique
 - 2- Les commentaires
- D- Patricia et Mme P.
 - 1- Le récit de l'observation clinique
 - 2- Les commentaires

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 20

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

MEZANGE (Isabelle). — Une mère, un père, un enfant, en souffrance psychique : bilan de six années, de prises en charge conjointes dans l'unité de jour mère-enfant de Limoges. — 185 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1997).

RESUME :

L'objectif de ce travail est de montrer les intérêts et les limites d'une prise en charge conjointe mère-enfant dans une unité de jour, dans les troubles de la relation mère-enfant.

Nous exposons tout d'abord quelques notions théoriques portant sur les troubles psychiques de la puerpéralité et les relations précoces mère-enfant.

Nous nous intéressons, ensuite, à l'hospitalisation mère-bébé temps plein dans les pathologies psychiques puerpérales. Après un rappel historique nous exposons les fondements de ce type de prise en charge conjointe et nous présentons l'exemple de l'unité Bergouignan de Limoges.

Ensuite, nous avons étudié le fonctionnement et l'évolution de la crèche thérapeutique (unité de jour mère-enfant), à travers l'étude de 49 dyades mère-enfant hospitalisées dans l'unité entre novembre 1990 (date d'ouverture de l'unité) et décembre 1996. Nous avons recherché des indicateurs de risques, à travers des données concernant la grossesse, l'accouchement, les antécédents maternels psychiatriques et le contexte socio-familial de la mère. Nous nous sommes intéressés également à l'hospitalisation de jour, à travers le motif principal d'admission dans l'unité, l'origine des demandes de soins, la prise en charge proposée, les décisions prises pour l'enfant et son devenir au moment de l'étude.

Enfin, nous avons étudié les interactions mère-enfant et leur évolution au cours du travail dans l'unité de jour.

MOTS-CLES :

- Hospitalisation.
- Mère-enfant.
- Placement familial.
- Relation mère-enfant.

JURY : Président : Monsieur le Professeur GAROUX.
Juges : Madame le Professeur ARCHAMBEAUD.
Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR.
Monsieur le Professeur MOULIN.
Membre invité : Madame le Docteur SOUCHAUD Fabienne.