

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2012-2013

ENFANTS DE MÈRES SCHIZOPHRÈNES : QUEL DEVENIR ET QUELLES PRISES EN CHARGE ?

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU

PAR

DEKKICHE Marion

Née le 10 juillet 1989 à THANN

Directeur de mémoire : **Docteur Nicole STEINBERG**

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements :

Au Docteur Nicole STEINBERG pour le temps qu'elle m'a accordé, son accueil, son écoute et ses conseils,

À Mme BURGY, ma guidante,

Au Docteur FRANK et à Mme PAQUET pour leur disponibilité et leurs conseils,

À Mme SBERRO pour ses réponses,

À mes camarades pour ces quatre années passées ensemble,

À Eloïse pour sa patience, son écoute et ses encouragements tout au long de notre extraordinaire collocation,

À Marc pour sa motivation.

Un énorme merci à Alex pour son soutien, son réconfort et son aide tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
INTRODUCTION.....	3
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	7
RÉSULTATS.....	9
I En anténatal.....	10
A Le traitement médicamenteux.....	11
1 Principes généraux.....	11
2 Intérêts du traitement.....	12
3 Risques à court et long terme.....	13
4 Recommandations.....	16
B Repérage et suivi d'une situation à risques.....	18
1 Quand un suivi psychiatrique est en place.....	18
2 Quand le suivi psychiatrique est absent.....	21
C Intégration d'un réseau de soins.....	25
1 Principe et objectifs.....	25
2 Avantages.....	27
3 Difficultés.....	28
II A la maternité.....	29
A Une alliance thérapeutique.....	29
B Soutien de l'équipe.....	30
C Evaluation de la situation.....	31
1 Évaluation du lien.....	31
2 Capacités de la mère.....	32
3 Risques de conduites inadaptées.....	32
4 Orientation du couple mère-bébé.....	32
III Post-natal.....	33
A L'hospitalisation conjointe.....	33
1 Principes et objectifs.....	34
2 Modalités pratiques des soins.....	35
3 Enquête à l'UMN de Strasbourg (Aurélié Crivello, 2012).....	36
B Séparation et placement.....	40
1 Objectifs.....	41
2 Dispositif.....	41
3 Évolution et risques.....	42
C Retour au domicile.....	43
1 Risques liés aux symptômes maternels.....	43
2 Risque de troubles du développement.....	44
3 Risques liés à l'environnement.....	45

DISCUSSION.....	46
I Validité de notre travail	47
A Matériel et méthodes	47
B Résultats	48
1 Manque d'études récentes de grande envergure	48
2 Une problématique factorielle.....	49
II Discussion.....	49
A Difficultés	49
1 La souffrance des professionnels	49
2 Souffrance des mères	50
3 Vécu des enfants.....	50
B Ethiques de la prise en charge	51
1 Maintien du lien	51
2 Le placement	52
3 Prise en charge alternative.....	53
C Perspectives d'avenir	54
1 Une prise en charge globale	54
2 Facteurs pronostics	54
3 Intérêts d'études à grande échelle	55
III Intérêt et enjeux	57
A Prévention précoce	57
B Prévention et prise en charge à plus long terme	58
CONCLUSION	59
RÉFÉRENCES	62

ANNEXE I : CLASSIFICATION CIM 10 DE LA SCHIZOPHRÉNIE
ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN

INTRODUCTION

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique qui touche sans distinction ethnique ou de sexe 1% de la population mondiale, soit 600 000 personnes en France. Cette affection chronique et d'évolution lente se déclare le plus souvent à l'adolescence ou chez l'adulte jeune.

Caractérisée par différents symptômes, la schizophrénie peut se présenter sous différents tableaux. Les symptômes présentés peuvent être une dissociation mentale, une discordance affective et la présence d'une activité délirante incohérente, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et parfois un repli autistique. C'est une psychose chronique qui évolue souvent vers un état déficitaire si elle n'est pas traitée (1).

Alors que cette pathologie peut être invalidante par ses répercussions comportementales, affectives et intellectuelles, les traitements actuels permettent le plus souvent de stabiliser les symptômes surtout dits « positifs » (idées délirantes, hallucinations) et vont donner la possibilité aux patients atteints, dans un certain nombre de cas, d'avoir une vie de couple, une situation professionnelle et dont la volonté peut être de fonder une famille.

Bien que dans la majorité des cas les femmes sous traitement antipsychotique sont en aménorrhées, il semblerait que leur fertilité n'en soit pas ou peu affectée et une grossesse peut survenir dans un tel contexte, qu'elle soit désirée ou non. De ce fait, 0,2 % des naissances concernent des mères atteintes de schizophrénie (2).

Suite à un stage en unité de périnatalité à Erstein, nous nous sommes posé la question de la prise en charge de ces dyades mère-enfant dont l'enjeu est tout particulier. Entre intrusion dans le lien et volonté de soutien de cette relation fragile, les implications éthiques sont incontournables et nous pouvons nous demander comment soutenir la maternité de ces femmes.

Les enfants de mères schizophrènes sont considérées comme des enfants à haut risque par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1975 et reconnus comme particulièrement vulnérables. En effet, plusieurs études ont mis en évidence une probable composante héréditaire des troubles de la schizophrénie, entraînant un taux plus important de troubles psychiatriques à l'âge adulte pour ces enfants de mères atteintes (3).

Bien souvent, il existe un déni de ces grossesses parfois déclarées tardivement. L'idée qu'un être distinct d'elles-mêmes puisse prendre vie au sein de leur propre organisme n'est pas une notion acquise et peut même avoir une valeur angoissante pour ces futures mères. Ainsi, l'instauration d'un lien de filiation est à travailler dès l'annonce de la grossesse (1). Bien que la grossesse soit généralement plutôt stable, une décompensation aiguë en cours de grossesse peut également mettre en danger le fœtus par risque de négligence voir dans les cas extrêmes de fœticide ou de suicide (4). En conséquence, la grossesse en elle-même peut déjà être pourvoyeuse de complications pour l'enfant à venir. Nous avons d'ailleurs été frappés par la violence d'une décompensation psychotique au cours d'un stage en salle d'accouchement. La conséquence en a été une césarienne faite dans l'urgence et prématurément à cause d'une infection liée à la négligence d'une poche des eaux rompue depuis plus de trois jours... Suite à cette expérience, nous nous sommes interrogés sur le devenir de ces enfants dont les mères sont atteintes de troubles psychiatriques.

Un nouveau-né pour se développer tant sur le plan physique que psychique a besoin d'un environnement stable et sécurisant. Le premier environnement de l'enfant qui est un être sociable est sa mère. Il a besoin, comme nous le dit Winnicott d'être couplé à des soins maternels pour exister. Ces soins maternels comprennent les soins de base qui assurent le bon développement physique du nourrisson mais impliquent également un lien d'attachement fort pour son développement neuro-moteur et psycho-affectif (5). Les travaux de Spitz nous l'ont d'ailleurs montré avec la description de l'« hospitalisme » retrouvé chez les enfants qui n'ont pas eu de lien affectifs avec l'objet maternel.

Dans le cas de la schizophrénie, les premiers liens seront difficiles voire impossible à mettre en place en l'absence d'un tiers et les besoins du bébé ne sont pas perçus. La mère schizophrène peut alterner moment de grande fusion et moment d'abandon exposant l'enfant à un environnement discontinu sur le plan affectif et physique (1). Cette discontinuité entraîne un état de stress et de vigilance permanent qui peut être la cause d'un certain nombre de troubles.

Le risque d'une décompensation psychotique à n'importe quel moment peut aussi exposer l'enfant au délire et aux hallucinations maternelles. Nous verrons qu'elles en sont les conséquences possibles (4).

Au vu de ces éléments et de la part grandissante des femmes schizophrènes qui deviennent mères, il semble essentiel de proposer à celles-ci et à leurs enfants une prise en charge qui puisse permettre d'offrir à ces derniers une qualité de vie comparable aux enfants de mères sans pathologie psychiatrique.

Nous allons donc nous attacher à définir quels éléments de la prise en charge actuelle permettent d'améliorer le devenir des enfants de ces mères reconnues comme schizophrènes, que ce soit en anténatal, à la maternité ou en post-natal.

Notre travail est basé sur une revue de la littérature.

Cette analyse permettra de définir quel est le rôle des professionnels de la santé de la femme dans cette prise en charge et quels sont les liens à faire entre les professionnels. Le but est d'envisager un mode de prise en charge le moins iatrogène possible, notamment en incluant la dyade dans son environnement familial qui peut être un atout décisif.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons fait le choix d'étudier la population des mères diagnostiquées schizophrènes et de leurs enfants. Pour les publications s'intéressant en particulier à la schizophrénie, le diagnostic était fait à partir de la CIM-10 incluant les formes de schizophrénie de 20.0 à 20.9 (ANNEXE I). Pour certaines données non spécifiques à la schizophrénie nous nous sommes intéressés aux mères ou futures mères psychotiques.

Nous avons limité notre recherche aux publications postérieures à 2007 en nous appuyant sur diverses bases de données médicales et psychologie. Les bases utilisées étaient : MEDLINE via le moteur de recherche PubMed, PsycArticles (journals Ovid), ScienceDirect, Cairn.info, l'EMC et le SUDOC. Différents mots clés ont été utilisés pour évaluer les différents modes de prise en charge. Selon le moteur de recherche nous avons utilisé le français ou l'anglais :

- schizophrenia AND pregnancy (schizophrénie ET grossesse)
- schizophrenia and motherhood (schizophrénie ET maternité)
- schizophrenia AND « attachment disorder » (schizophrénie ET « trouble de l'attachement »)
- schizophrenia AND pregnancy AND antipsychotics
- « infant from psychotic mother » (« enfant de mère psychotique »)
- « infant from schizophrenic mother » (« enfant de mère schizophrène »)
- «mother and baby unit» and schizophrenia («unite mere-bébé» / «unité mère-nourrisson» ET schizophrénie)
- «protection maternelle et infantile»
- «entretien prénatal»
- schizophrenia AND «child foster care» (schizophrénie ET placement)

La recherche s'est déroulée entre mars 2012 et février 2013.

Les articles ont été sélectionnés dans un premier temps par la lecture des titres et des résumés puis par une lecture des textes intégraux pour les résumés jugés intéressants (utilisation de la grille de lecture de survol du guide méthodologique).

La bibliographie de ces articles a également été exploitée et d'autres ressources sélectionnées sur leur titre, sans limitation de temps, par manque de résultats pertinents récents pour certaines thématiques.

Une thèse de médecine a été sélectionnée

Un entretien a été réalisé avec d'Evelyne Sberro, sage-femme de PMI au centre socioculturel d'Illkirch-Graffenstaden (ANNEXE II).

Nous avons utilisé le logiciel Zotero pour l'élaboration de la bibliographie.

RÉSULTATS

Nous détaillerons dans les résultats quels sont les niveaux d'intervention possible. Ainsi seront balayées les modalités de prise en charge en anténatal, à la maternité et dans le post-partum. Pour chacune de ces étapes, nous décrirons quels sont les impacts de la personnalité schizophrénique sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum et quels sont les risques en cas de décompensation psychotique. Partant de ces constatations, nous nous attacherons à définir quels éléments permettent d'évaluer ces risques et comment ils sont pris en charge.

I En anténatal

La prise en charge en anténatal de la femme schizophrène enceinte est un enjeu majeur. En effet, un bon suivi de la grossesse et de la pathologie pendant cette période peut être un facteur de stabilisation de celle-ci, favorisant ainsi le pronostic de l'enfant. Deux cas de figure peuvent se présenter : la femme schizophrène suivie pour sa psychose par un psychiatre traitant qui va exprimer son « désir » de grossesse et celle qui va se présenter en consultation prénatale sans suivi régulier. Il s'agit de deux situations bien différentes et qui n'impliqueront pas la même démarche (1) (6).

Dans le premier cas, avec une schizophrène suivie et traitée, le psychiatre va pouvoir discuter du projet, si possible en couple. Pour cette pathologie qui évolue au long cours, une psychothérapie et un traitement antipsychotique est préconisé. Un suivi assuré par un médecin, surtout s'il dure depuis longtemps permet de créer un lien de confiance et un point de repère pour ces patientes (1) (7). Il s'agit d'un point très positif car un travail pendant la grossesse va pouvoir être fait, un traitement adapté et efficace pourra être instauré ou poursuivi, et la surveillance de la grossesse et l'intégration à un réseau de soin sera mise en place précocement (8).

Dans le second cas, une patiente qui ne bénéficie pas d'un suivi de sa psychose ou qui est en rupture de soins, la prise en charge n'est plus la même. Comme elle n'est pas forcément connue des services de psychiatrie, elle se présentera enceinte, en consultation ou à l'accouchement, que la grossesse soit désirée ou non et sans avis d'un spécialiste (3).

Dans les deux cas, il faudra agir le plus précocement possible pour agir sur les risques de la personnalité schizophrénique et ceux de la décompensation aiguë de la schizophrénie (3-4)(8).

A Le traitement médicamenteux

1 Principes généraux

Inscrit dans un suivi global, le traitement médicamenteux tient une place de choix dans le traitement de la schizophrénie. Découverts en 1952, les neuroleptiques ont considérablement amélioré la prise en charge de la schizophrénie. Alliée à un soutien psycho-social visant à favoriser l'observance, rendre acceptable le vécu de la pathologie et les troubles qu'elle entraîne, la médication est un élément clé de la prise en charge (9).

Le principe des antipsychotiques est le traitement de l'accès aigu et la prévention des rechutes. Ils vont permettre de diminuer l'agressivité et l'agitation, de réduire les symptômes psychotiques aigus et chroniques (hallucinations, délire). Plus efficace lorsqu'il est instauré tôt, ce traitement est à poursuivre au long cours. Sa mise en place se fait en ambulatoire ou à l'hôpital, après un examen clinique et biologique ne le contre-indiquant pas (examen neurologique et cardiaque, antécédents, bilan hépatique, métabolique et rénal). L'hospitalisation permet également la surveillance de la bonne tolérance clinique, de son efficacité et de l'observance du patient qui est primordiale (7) (9).

L'avènement des antipsychotiques atypiques (APA), dans les années 1980, a vraiment permis une prise en charge plus efficace car ceux-ci sont pourvoyeurs de moins d'effets secondaires que les antipsychotiques classiques et de ce fait entraînent une meilleure observance. On notera une diminution de l'hyperprolactinémie habituellement rencontrée avec les antipsychotiques typiques, entraînant ainsi moins d'aménorrhée-galactorrhée chez les femmes traitées et une fertilité comparable ou un peu moindre que celle de la population générale (3). En plus des antipsychotiques, on pourra selon le tableau de la schizophrénie, compléter le traitement avec d'autres molécules.

2 Intérêts du traitement

Les possibles effets délétères que peuvent entraîner un tel traitement chez le fœtus peuvent mettre en cause son utilité pendant la grossesse. En effet, tant qu'il n'a pas prouvé son innocuité, et par mesure préventive, un traitement est toujours mis en place ou poursuivi avec beaucoup de prudence pendant la grossesse.

Statistiquement, seules les études de cohorte, randomisées, à double aveugle, contre placebo et à grandes échelles permettent de conclure avec certitude sur les effets néfastes possibles d'un médicament durant la grossesse. Or, éthiquement, il n'est pas envisageable d'administrer une substance pendant la grossesse pour en voir les effets sur le fœtus. Néanmoins des études rétrospectives ont permis d'évaluer le risque des neuroleptiques et ils ne semblent pas conduire à un risque tératogène majeur. Les risques à court et long terme seront évalués plus loin.

L'intérêt du traitement neuroleptique durant la grossesse est de minimiser le risque de décompensation aiguë ou de rechute qui peut menacer la grossesse. Une décompensation pendant la grossesse avec des idées délirantes et des hallucinations met en jeu à la fois le pronostic de la mère et du fœtus. Et effet, le délire et les hallucinations peuvent induire un passage à l'acte auto-agressif ou dirigé contre l'enfant à venir (8).

Différentes études ont permis de conclure que globalement, le taux de rechute durant la grossesse est d'environ 50% en absence de traitement alors qu'il passe à 15 % lorsqu'un traitement est maintenu. En cas d'arrêt du traitement, le risque de décompensation est 2 à 3 fois plus important que s'il avait été poursuivi (10).

Un traitement discontinu entraîne un plus grand risque de rechute et l'arrêt du traitement entraînerait plus de complications pour la mère et l'enfant à venir (10).

Les études semblent donc aller dans le sens d'un maintien du traitement pendant la grossesse. Néanmoins, il faut garder à l'esprit les possibles effets délétères d'un traitement pendant la grossesse et évaluer le rapport bénéfice/ risque de celui-ci. Nous allons donc définir les risques à court et long terme pour l'enfant à venir lorsque sa mère a été traitée pour sa schizophrénie durant sa grossesse et les recommandations qui en découlent.

3 Risques à court et long terme

De façon générale, la schizophrénie est associée à de multiples complications obstétricales. Les méta-analyses de Robinson et Matevosyan notent ainsi un risque augmenté de score d'APGAR bas à naissance, de prématurité, de petits poids de naissance et d'hypotrophes ainsi que plus de morts fœtales et néonatales. Il n'est pas clairement défini si l'origine de ces complications est due à la pathologie en elle-même, au traitement ou aux conditions de vie en moyenne moins bonnes de ces femmes (alimentation pauvre, conditions d'hygiène médiocres, consommation de tabac, alcool et drogues) (10) (11).

Concernant l'effet des neuroleptiques, les études réalisées jusqu'à présent sur le sujet sont relativement peu nombreuses, évaluent de petits échantillons et comportent de nombreux biais. Néanmoins, les antipsychotiques typiques bénéficient d'un certain recul et on a pu établir les effets qu'ils peuvent engendrer pour la mère et l'enfant à venir.

- Les antipsychotiques typiques (APT)

Le taux de malformations congénitales ne semble pas être augmenté chez les enfants exposés aux APT (12).

Les études ne semblent pas s'accorder sur l'influence des APT sur le poids et la taille de naissance. En revanche, les auteurs concluent tous à un taux de prématurité augmenté pour la population exposée avec un OR= 2.46 après ajustement des facteurs de confusion (10).

Certains APT tels que la chlorpromazine (Largactil®), le flupenthixol (Fluanxol®) et la fluphenazine (Modécate®) ont été associés à un risque de syndrome de sevrage et de signes extrapyramidaux allant de quelques semaines à quelques mois.

La prométhazine (Phénergan®) en fin de grossesse pourrait induire une détresse respiratoire pour le nouveau-né ainsi que des troubles de l'agrégation plaquettaires pour la mère et l'enfant.

Au long cours, une étude n'a révélé aucune différence comportementale, relationnelle ou cognitive à 9 et 10 ans entre les enfants des groupes exposés et non exposés in utero à la chlorpromazine (10).

- Les antipsychotiques atypiques (APA)

Les antipsychotiques atypiques ou de deuxième génération ne bénéficient pas du même recul que les APT. Peu d'études permettent d'estimer avec précision l'impact de ces nouvelles molécules. Néanmoins, certains auteurs ont retrouvé sur de petits échantillons un taux comparable d'avortements spontanés entre les grossesses sous olanzapine (Zyprexa®) et la population générale.

Le risque tératogène est également difficile à évaluer clairement, mais sur une population de 110 femmes enceintes exposées à la clozapine (Leponex®), l'olanzapine (Zyprexa®), la quetiapine (Seroquel®) ou la risperidone (Risperdal®), aucune malformation congénitale majeure n'a été détectée. Les quelques cas témoins qui ont été reportés concernant l'aripiprazole (Abilify®), la ziprasidone (Zeldox®) et la paliperidone (Invega®) n'ont pas mis en évidence de malformations (10).

En revanche, Newham et al a trouvé une incidence significativement augmentée de macrosomes dans le groupe exposé in utéro aux APA comparé au groupe exposé aux APT (13). Mêmes résultats pour Yaeger et al qui indiquent une plus forte incidence de macrosomies, d'hypoglycémies néonatales, de dystocies des épaules qui peuvent être associées à des fractures et des lésions nerveuses. Ces résultats s'expliquent par les troubles de la tolérance glucidique provoqués par les APA. Ils sont responsables d'effets indésirables tels que prise de poids excessive, apparition d'un diabète gestationnel, hypertension artérielle entraînant un risque augmenté de prééclampsie. De ces effets indésirables découlent les complications néonatales précédemment citées ainsi qu'un taux de césarienne majoré. Paradoxalement, McKenna et al trouve un risque de 10% d'avoir un enfant de petit poids de naissance pour les expositions in-utéro aux APA. Newport trouve également un plus fort taux d'hypotrophes chez les enfants exposés à l'olanzapine (10).

Aucun cas de développement anormal à plus long terme (de 6 mois à 5 ans) n'a été reporté à ce jour dans la population des enfants exposés aux APA in-utéro.

- Les anticholinergiques

Le risque tératogène des anticholinergiques contre-indique son utilisation durant la grossesse.

- Les antidépresseurs

Ils ne semblent pas avoir d'effet tératogène majeur, en revanche, ils augmenteraient un peu le taux d'avortements spontanés et sont responsables de syndromes de sevrage à la naissance (8).

- Les benzodiazépines

L'usage du lorazepam (Ativan®), clonazepam (Rivotril®), alprazolam (Xanax®), triazolam (Halcion®) ou du flurazepam (Dalmane®) durant la grossesse n'a pas révélé d'augmentation du risque de malformation. Cependant, le lorazepam utilisé en fin de grossesse serait associé à un plus grand risque de détresse respiratoire, de score d'APGAR bas, de problème de régulation thermique et d'alimentation à la naissance ainsi que de syndrome de sevrage (14).

- Les thymorégulateurs

L'effet tératogène du lithium dans le traitement des troubles de l'humeur n'a pas été prouvé. Bien que les études ne tranchent pas sur le sujet, il semblerait qu'il n'y ait pas d'effet sur le développement à long terme chez les enfants de mères exposées lors de leur grossesse. Le traitement durant la grossesse doit être discuté s'il est nécessaire (15).

4 Recommandations

Au vu des risques associés à la prise d'un traitement antipsychotique durant la grossesse et des effets délétères de l'absence de celui-ci, l'initiation ou la poursuite de ce dernier semble préférable s'il est nécessaire. En effet, nous avons pu remarquer que les risques engendrés par les APT ne sont pas des risques malformatifs majeurs et les quelques effets néfastes qui en découlent ne sont pas permanents et peuvent être pris en charge. De plus, ils ne semblent pas avoir d'incidence à long terme (8).

Bien qu'il manque des études de plus grande ampleur pour préciser les effets à court, moyen et long terme des APA, on peut envisager l'utilisation de ces médicaments en cours de grossesse si ce sont les seuls qui ont amélioré la symptomatologie maternelle. En effet, bien qu'ils bénéficient d'un recul moins important que les APT, l'inconvénient majeur des APA semble être leur retentissement sur le métabolisme maternel. Nous comprenons donc que le traitement doit être adapté et discuté en fonction de chaque situation (molécules qui ont fait leur preuve, histoire thérapeutique...) et doit mettre en balance les bénéfices et les risques.

De plus il doit faire partie d'une prise en charge complète alliant le travail avec le psychiatre de façon rapprochée et une prise en charge sociale.

La posologie sera adaptée jusqu'à la dose minimale thérapeutique.

Afin d'aiguiller la prescription des antipsychotiques lors de la grossesse, le CRAT prévoit des recommandations à discuter avec la patiente et si possible avec le soutien du conjoint et/ou de la famille.

Figure 1 : Psychotropes et grossesse : recommandations du CRAT

Psychotropes et grossesse : les points forts

En cours de grossesse, si le recours à des psychotropes est nécessaire, voici quelques points de repère afin d'optimiser la prise en charge :

- Ne pas hésiter à traiter efficacement une femme enceinte.
- Ne pas sous-doser les psychotropes en cours de grossesse.
- Ne pas hésiter à augmenter les posologies si l'efficacité du traitement diminue en cours de grossesse (modifications pharmacocinétiques).
- Ne pas diminuer de façon systématique les posologies avant l'accouchement.
- Ne pas arrêter brutalement un traitement lors de la découverte d'une grossesse.
- Eviter les redondances thérapeutiques : choisir de préférence un seul médicament par classe (1 seul neuroleptique et/ou 1 seul antidépresseur et/ou 1 seul anxiolytique ...).

Source : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=881

Les molécules recommandées sont : la chlorpromazine (Largactil®), l'halopéridol (Haldol®) et l'olanzapine (Zyprexa®) (16) .

En conclusion, il faut toujours mettre les bénéfices du traitement en balance avec ses risques. Le traitement doit faire partie d'une prise en charge médico-psycho-sociale. Pour qu'un traitement soit efficace, la patiente doit adhérer aux soins et les comprendre. Pour cela, il faut qu'une relation de confiance s'installe avec le soignant. Nous allons donc voir comment accompagner ces femmes, en consultation de psychiatrie quand la situation est déjà connue. Le cas échéant, nous verrons quelles sont les éléments révélateurs d'une situation à risque, comment l'évaluer et la gérer en consultation prénatale.

B Repérage et suivi d'une situation à risques

Nous avons pu le remarquer, la prise en charge médicamenteuse chez la femme schizophrène enceinte est très importante. Néanmoins, elle ne prend son sens que si elle est associée à un solide suivi psychiatrique et social. Ce suivi peut être mis en place précocement et de façon régulière quand la pathologie n'entrave pas trop les relations sociales de la patiente et qu'elle est soutenue par son conjoint ou sa famille. Nous verrons donc comment le psychiatre peut l'accompagner dans sa démarche et permettre une grossesse la plus sereine possible. En revanche, si les symptômes sont tels que la femme est isolée, ne bénéficie pas de suivi ni de traitement et qu'une grossesse survient inopinément et se révèle tardivement, la prise en charge devient plus complexe (6). Il peut arriver dans ce cas qu'une patiente arrive totalement délirante en consultation de grossesse et que le professionnel ne sache pas réellement comment faire face à la situation. Nous noterons donc quels sont les « clignotants » qui doivent faire penser à une situation à risque pour la mère et l'enfant à venir, et comment orienter la patiente dans ce cas là.

1 Quand un suivi psychiatrique est en place

- rôle du psychiatre adulte

La situation où une femme schizophrène, en couple, exprime un désir d'enfant est rare mais existe (3). Bien souvent, il s'agit plutôt d'une demande émanant du conjoint. Nous pourrions constater à travers l'histoire clinique d'une patiente suivie en consultation parent-enfant de Créteil avant même la conception de l'enfant comment peut se dérouler un suivi psychiatrique en anténatal et quel sera le devenir de la dyade mère-enfant (17).

Il s'agit de l'histoire de madame S. 36 ans, en couple depuis 5 ans et qui est adressée en consultation parent-bébé à l'unité d'hospitalisation mère-bébé. C'est le psychiatre qui suit la jeune femme depuis plusieurs années au centre médico-psychologique (CMP) en équipe avec un infirmier psychiatrique qui oriente celle-ci et son mari dès l'annonce du désir d'une grossesse. Madame S. présente une schizophrénie paranoïde et malgré un traitement neuroleptique continu, a des idées persécutives alimentées par des hallucinations auditives. « Elle fait plusieurs séjours en psychiatrie, mais du fait d'une bonne observance du traitement liée à une relation transférentielle positive à l'équipe qui la soigne, elle est équilibrée malgré la persistance d'une activité délirante continue ». Elle va solliciter son psychiatre pour changer son traitement qui entraîne chez elle une infertilité afin d'accéder au désir d'enfant très important de son mari.

La relation de confiance qui s'est créée après un long parcours de soins entre la patiente et l'équipe de psychiatrie a permis d'orienter cette dernière dans une structure spécialisée pour les mères et futures mères souffrant de troubles psychiatriques. L'équipe est partagée mais émet « un certain optimisme dû [...] à la qualité de son suivi au CMP adulte, où elle se rend très régulièrement en modulant la fréquence des rencontres avec son infirmier [...] et à la présence d'un groupe nourri de professionnels pouvant apporter à elle et au bébé différents étayages. » Une psychologue et une puéricultrice vont recevoir le couple afin de discuter de leur projet de parentalité. Cette rencontre va être le départ d'une prise en charge pluridisciplinaire, personnalisée et adaptée qui permettra d'assurer un suivi que nous reprendrons dans la partie « réseau ».

Le psychiatre adulte est donc un repère solide pour la patiente, qui va permettre de faire le lien avec l'équipe de pédopsychiatrie, afin d'organiser la prise en charge anténatale et les options possibles après la naissance (17).

Le psychiatre va aussi pouvoir travailler les liens précoces entre la mère et l'enfant à venir. La grossesse est, pour la future mère schizophrène le lieu de projections parfois crues et archaïques, qui peuvent dérouter un professionnel non averti.

Certains auteurs relatent des projections maternelles où l'enfant est perçu comme un élément étranger, vécu à la manière d'un « cancer » (3) : « C'est un bout de viande que j'ai dans le ventre... Je ne dois pas manger sinon je vais grossir... Cela pourrit dans mon ventre, ce sont des éléments qui s'accumulent et qui pourrissent... Il y a eu un spermatozoïde et un ovule mais pas comme il faut pour faire un enfant, ça ne peut pas dans ces conditions... » (18).

Ferrari et Bouvet, cités par Bayle, conseillent de s'intéresser au vécu de la grossesse de la mère, dans le cadre de l'évaluation clinique. « La grossesse procure-t-elle un sentiment de complétude voire d'euphorie ? Quels rapports entretient-elle avec l'enfant imaginaire ? Les fantasmes le concernant sont-ils envahissants, annonciateurs peut-être d'une difficulté ultérieure à investir l'enfant réel ? Sont-ils au contraire très pauvres et préluant peut-être à l'établissement d'une relation symbiotique avec l'enfant à naître ? Sont-ils angoissants et déjà porteurs d'une note persécutrice ? » (1).

Suite à l'analyse de plusieurs cas cliniques, J. Hochman émet l'hypothèse suivante : « Lorsque l'enfant imaginaire est hypertrophié, la mère a beaucoup de difficultés à investir l'enfant réel, dont les défauts apportent un démenti continu à l'inflation fantasmatique, ce qui - en psychologie comme en économie - est à l'origine d'une dépression. La crise, on l'a vu, peut se résoudre de manière dramatique par un meurtre dont la fonction essentielle est de garder en soi, inaltérable, l'enfant imaginaire. Lorsqu'au contraire l'enfant imaginaire est quasi inexistant - au point de nécessiter un support photographique pour permettre à la mère de se convaincre qu'elle porte en elle un enfant vivant - l'enfant réel vient combler son vide » (11).

Dès lors, le psychiatre va pouvoir travailler avec la future mère la place que tient cette grossesse afin de « détoxifier » la relation et de donner une existence à l'enfant à venir permettant l'instauration d'un lien dès la naissance.

La consultation avec le psychiatre doit aussi pouvoir être le lieu d'expression pour la future mère des questions inhérentes à son état de santé et qui pourront l'inquiéter : « serai-je capable d'élever un enfant ? », « que faire en cas de décompensation ? » (17).

Bien évidemment, ce travail nécessite une certaine lucidité de la patiente sur son état et une certaine forme d'humilité pour le soignant qui est là pour accompagner au mieux sans forcément pouvoir résoudre les conflits psychiques.

- Conséquences obstétricales

Le fait de savoir qu'une femme est schizophrène et qu'un suivi psychiatrique est en place est donc un atout dans l'accompagnement du vécu de la grossesse. Néanmoins, la méta-analyse de Matevosyan met en évidence un certain nombre de risques obstétricaux chez les femmes psychotiques. Elles seraient exposées à un risque plus élevé de fausses couches et de complications liées à une consommation plus élevée de tabac et de toxiques et à la prise d'antipsychotiques pendant la grossesse. Elles sont aussi exposées aux risques des grossesses découvertes tardivement et non planifiées plus souvent rencontrées chez ces femmes (11).

Howard note un taux plus élevé de césarienne et un taux plus élevé de décès néonataux (19).

Face à ce risque de complications et aux conditions de vie en général moins bonnes des futures mères psychotiques (11), l'intérêt d'un suivi obstétrical rapproché est justifié bien que difficile à mettre en place (2).

2 Quand le suivi psychiatrique est absent

- Les consultations de grossesse : rôle de la sage-femme

Lorsqu'il n'existe pas de suivi chez une femme schizophrène et qu'elle se présente en consultation de grossesse, quelle attitude doivent adopter les professionnels ?

La rencontre avec la folie et le sentiment d'étrangeté que peut provoquer la schizophrénie confronte le professionnel à ses propres projections et à son propre vécu.

Si la maladie mentale en maternité fait peur à cause de ce que cela peut impliquer pour le devenir de l'enfant, un manque de connaissances sur le sujet ne ferait qu'augmenter les risques d'une mauvaise prise en charge. En effet, savoir que le moment de la grossesse va permettre de mobiliser des professionnels et l'entourage familial va modifier la façon d'aborder la patiente et ses difficultés (20).

Dans un premier temps il va s'agir de repérer les signes de la pathologie.

La schizophrénie peut se présenter sous différentes formes cliniques. Globalement, elle se caractérise par une dissociation, c'est-à-dire une déstructuration psychique qui entraîne une perte de cohésion interne du sujet. Ce syndrome de dissociation est responsable des troubles de la pensée et d'une perte de réalité avec l'extérieur. Le professionnel sera alors frappé par une altération de la communication verbale et non verbale. Le rythme de la parole peut être perturbé, les mots auront un sens inapproprié, une lenteur de la pensée et l'absence de volonté de créer une communication avec l'interlocuteur pourront exister. Elle se manifeste parfois par un monologue, froid et hermétique, abstrait et inadapté. La schizophrénie peut aussi se manifester par une discordance avec l'expression d'émotions contradictoires.

La femme peut présenter des troubles moteurs, oscillant entre la réalisation d'un mouvement et son interruption. Elle pourra également faire preuve d'apragmatisme et de négligence ou d'incurie.

Enfin en crise aiguë peuvent apparaître des éléments productifs délirants qui tendent à combler le vide laissé par les idées dissociatives afin de créer une réalité plus supportable pour le sujet. On pourra noter un langage abstrait et symbolique, dénué de tout sens pour l'interlocuteur (2)(21).

La certitude de l'unicité de soi disparaît, les limites entre soi et l'autre ou l'environnement sont floues. La femme schizophrène peut donc se représenter un fœtus comme incorporé à son propre organisme, comme faisant partie de son propre soi ou au contraire le vivre comme un élément extérieur vécu comme menaçant.

Ainsi il faudra être attentif lorsqu'une future mère parle de l'enfant à venir de façon hyper investie, idéalisée ou bien s'il ne fait pas du tout partie de son discours, même face à son image, en échographie par exemple (1).

Connaissant les risques obstétricaux liés à la schizophrénie et au vu de ces « clignotants », il sera important d'insister sur la nécessité d'un suivi obstétrical rapproché de ces femmes.

Chaque schizophrène présentera un tableau plus ou moins sévère, ne réunissant pas tous les symptômes à la fois. Il semblerait que les femmes qui accèdent à une vie en couple et parfois à une situation professionnelle sont celles qui présentent des symptômes discrets ne perturbant pas profondément leur rapports extérieurs (2).

Tout professionnel en contact avec une femme qui semble fragile sur le plan psychique, intellectuel, social, économique ou familial se doit de l'accompagner vers une structure qui lui permettra d'évaluer sa situation et de lui proposer des aides. Le temps de la consultation étant plutôt restreint, l'entretien prénatal précoce semble le moment privilégié pour aborder ces thématiques.

- L'entretien prénatal précoce

Le plan de périnatalité 2005-2007 a prévu la mise en place au cours de la grossesse d'un entretien prénatal précoce, au quatrième mois ou avant, parfois plus tard si il n'a pas pu être réalisé à ce moment là, et faisant partie des huit séances de préparation à la parentalité. Classiquement réalisé par la sage-femme, un gynécologue peut également le faire (22).

Cet entretien a été instauré afin de laisser la parole à la future mère, ou dans l'idéal, au couple, notamment en laissant la possibilité aux futurs parents d'exprimer leurs attentes, angoisses ou difficultés liées à la grossesse ou la parentalité. Il permet aussi lorsqu'il est mené par un professionnel formé, attentif et à l'écoute de faire le point sur d'éventuelles difficultés médicales, socio-économiques ou psychologiques. Pour une femme souffrant de psychose, ce premier contact, s'il est fait de façon rassurante, va permettre d'emblée de faire le point sur la situation à risque pour la mère et l'enfant à venir, en lui expliquant les bénéfices d'une prise en charge pluridisciplinaire si elle est nécessaire. Il va aussi permettre de voir comment la femme se projette dans cette grossesse et avec son futur enfant. Si la relation de confiance est telle que d'autres thèmes puisse être approfondis, le professionnel pourrait aborder ses antécédents psychiatriques s'il y en a, l'interroger sur ses conditions de vie, d'éventuels soins en cours, les possibilités qui existent pour l'accompagner avec sa pathologie. Ce moment sera aussi l'occasion de faire le point sur l'entourage de la patiente, la présence ou non d'un conjoint, son état de santé, la présence de ressources familiales...

Ce contact plus long qu'une consultation prénatale, peut donc être un mode d'entrée dans un réseau de périnatalité de proximité (23).

En plus de cela, l'entretien précoce ou la consultation prénatale peuvent déjà être un temps de mise en contact avec un acteur de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), ce qui facilitera la suite de la prise en charge dans le post-partum. Un suivi à domicile avec une sage-femme de PMI ou libérale, pour faciliter la relation et permettre un suivi psychologique et obstétrical régulier pour ces grossesses à haut risque, ainsi que pour pratiquer une préparation à la naissance adaptée, pourra aussi être proposé (20).

- La PMI

La protection maternelle et infantile est un service géré par le Conseil Général, à visée principalement préventive au niveau médical, psychologique et social. Créée en France en novembre 1945, les missions de la PMI sont diverses. Elle regroupe des médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychomotriciens et assistantes sociales (24).

Concernant les mères schizophrènes, la PMI peut intervenir à différents niveaux. Pour mieux cerner comment elle peut avoir sa place dans des situations rendues difficiles par la maladie mentale, nous avons rencontré Evelyne Sberro, sage-femme de PMI au centre médico-social d'Ilklich- Graffenstaden.

Mme Sberro nous explique que sur toutes les déclarations de grossesses que la PMI centralise dans chaque secteur territorial, les mentions médicales n'apparaissent jamais (sauf pour une grossesse gémellaire). Ainsi, elle n'aura pas la possibilité de repérer une maman sur le seul critère de la schizophrénie à ce niveau. En revanche, une grossesse à déclaration tardive, une mère très jeune ou au contraire une grossesse après 40 ans, une mère vivant seule, sont des éléments qui peuvent indiquer une visite.

Elle peut être contactée par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme libérale, dont une situation peut leur paraître alarmante d'un point de vue psychiatrique. Concernant les praticiens hospitaliers, le parcours à l'hôpital en passant par le réseau de la maternité lui semble plus judicieux.

Elle spécifie que les femmes « étiquetées » schizophrènes sont finalement rares et que bien souvent le diagnostic n'est pas posé. Il s'agit là d'une des difficultés face à ces situations.

Dans tous les cas, la PMI a un rôle de liaison entre ces futures mères et un réseau de soins en présentant le dossier en réunion de coordination de périnatalité mensuelle.

Elle pourra les orienter vers une des structures qui évalue les situations psychiatriques prénatales. Il pourra s'agir d'une consultation en psychiatrie adulte, en particulier celle de l'Unité Mère-Nourrisson (UMN) de Strasbourg au Centre Hospitalier Universitaire si la question d'une hospitalisation pendant ou après la grossesse se pose. Ou alors, une consultation pédopsychiatrique, souvent mieux acceptée par la patiente, particulièrement quand s'est développée une consultation spécialisée en périnatalité.

Malheureusement, Mme Sberro déplore les difficultés rencontrées pour obtenir des informations auprès des psychiatres traitants qui suivent ces patientes, qui craignent peut-être une rupture du lien avec la patiente par divulgation du secret professionnel.

Enfin, la PMI dirige ces femmes vers un suivi rapproché à domicile, par une sage-femme de PMI, une sage-femme libérale ou au contraire vers un suivi à l'hôpital en cas d'indication médicale pour prévoir l'accouchement.

Le rôle de la PMI face aux mères schizophrènes est donc de créer un lien entre la patiente et la maternité, les équipes de psychiatrie et de pédopsychiatrie et les services sociaux, c'est-à-dire avec le réseau de périnatalité (25).

C Intégration d'un réseau de soins

1 Principe et objectifs

Les réseaux de soins sont régis par la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit du malade et à la qualité du système de santé (26). Également repris dans le plan de périnatalité 2005-2007, ils ont pour vocation de favoriser l'accès aux soins et assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins.

Le réseau de périnatalité est un tissage multidisciplinaire de professionnels de la naissance couvrant un secteur géographique déterminé, comprenant des obstétriciens de maternité publiques et privées, de sages-femmes hospitalières et libérales, des membres de l'équipe de pédopsychiatrie, psychologues de maternité, les intervenants de la PMI auxquels s'ajoutent parfois d'autres professionnels (psychiatres adultes, pédiatres, médecins généralistes, assistante sociale...) (20)(22).

Il existe deux échelles de réseaux :

- Les réseaux régionaux qui déterminent plutôt un parcours de soin et qui s'articulent autour de plusieurs institutions (maternités de la région, services de néonatalogie, services de réanimation néonatale).
- Les réseaux locaux, plus personnalisés, organisés autour de chaque maternité et qui prévoient une prise en charge adaptée à chaque patiente.

C'est une relation de partenariat qui va permettre, grâce à des réunions régulières (« staff de périnatalité »), de présenter chaque nouveau cas. Il sera discuté pour chacun d'eux les différentes dispositions à prendre (médicales, paramédicales, sociales et parfois judiciaires) et les outils thérapeutiques à mettre en place pendant la grossesse (traitement, consultations thérapeutiques anténatales, suivi obstétrical, visites à domicile). Si possible, l'équipe envisagera certaines dispositions à prendre après la naissance (évaluation, psychothérapie mère-bébé, hospitalisation mère-bébé voire si nécessaire placement et conduite à tenir en cas de crise aiguë).

Le réseau va aussi permettre de créer un annuaire « ressources » dans les différentes thématiques fixées, en particulier la psychiatrie, définissant : les psychiatres libéraux qui acceptent de participer à un suivi conjoint, les liens avec le secteur de psychiatrie adulte pour demander un avis dans l'urgence et un transfert si nécessaire, pour mettre en place la prise en charge psychiatrique et obstétricale (au besoin en UMB), ainsi que les modalités d'intervention d'un psychiatre à l'accouchement si nécessaire (15).

2 Avantages

Une telle organisation favorise la circulation des informations et des transmissions concernant chaque dossier, ce qui simplifie et facilite un travail structuré entre professionnels et usagers. Ce mode de prise en charge permet de répondre de façon ciblée à chaque situation qui présente un aspect unique. Le réseau permet un accompagnement global et complet qui va permettre à la patiente de se sentir entourée et soutenue, ce qui peut lui permettre de mieux comprendre et accepter les différentes thérapeutiques qu'on pourra lui proposer. Il permet également d'anticiper certaines démarches à adopter en cas d'urgence et donc de diminuer un peu l'état de stress que ces situations engendrent (4)(27)(28).

Dans la situation de madame S., que nous avons évoquée plus haut, différents modes d'accompagnement ont pu être mis en place grâce à une prise en charge en réseau avant l'accouchement et ont ainsi pu se poursuivre en post-natal. Tout d'abord, les consultations avec la psychologue et la puéricultrice en consultation parent-enfant ont permis de faire le point sur la situation familiale du couple, avec la possibilité de déployer des aides de la part de la mère de madame et la mère de monsieur qui pourrait venir d'Inde pour la première année de l'enfant. Les deux professionnelles évoquent également la possibilité pour la dyade mère-enfant d'avoir besoin d'un accompagnement en unité d'hospitalisation mère-bébé après la naissance.

De plus, un lien avec une pédopsychiatre intervenant en maternité a pu être fait pour la grossesse et après l'accouchement. Un lien avec la sage-femme de PMI a aussi été fait.

Le travail autour de cette femme a pu lui permettre de prendre conscience « qu'elle aura besoin d'être entourée et aidée pour s'occuper de son bébé ». De ce fait, les différents types d'aides proposés semble l'intéresser (PMI, travailleuse familiale, lieu d'accueil parent-enfant, UMN). Ce travail a permis une « nette évolution dans ses représentations du bébé depuis (leurs) premières rencontres ».

Ainsi, en vue des difficultés maternelles après la naissance de « Mattéo », « des visites à domicile par une puéricultrice de PMI et une travailleuse familiale, les accueils de la puéricultrice à la consultation parent-bébé autour de massage ou de chansons en plus des consultation parent-bébé » ont pu être mis en place (17).

3 Difficultés

Les professionnels doivent s'accorder pour prendre les mesures les plus justes et coordonnées possibles pour les mères et les enfants à venir. Néanmoins, lorsqu'une situation nécessite ce type de prise en charge c'est qu'elle est complexe et parfois à plusieurs niveaux. En effet, certains professionnels seront plus optimistes que d'autre et les inquiétudes des uns ne sont pas les inquiétudes des autres. Des questions autour de la prise en charge obstétricale, du risque que représente cette grossesse pour la patiente par rapport à sa pathologie et de sa capacité à élever un enfant peuvent animer les équipes.

Les résistances personnelles conscientes et inconscientes entrent donc en jeux. De plus des résistances intra-institutionnelles peuvent compromettre une prévention.

En effet, les mouvements de clivage qui peuvent animer une équipe ne sont pas pourvoyeurs de la mise en œuvre d'une continuité pourtant primordiale dans la prise en charge. Il n'est parfois pas simple d'évaluer une situation de façon objective et éthique. Il est d'ailleurs noté dans le cas de Madame S., que l'équipe, malgré « la sympathie » portée à cette dernière, était teinté « d'inquiétude par rapport au devenir de l'enfant et d'une forme de culpabilité (Ne les avons nous pas assez dissuadés ? Avons-nous été trop complaisants ?) » (17).

Les résistances inter-institutionnelles, avec les échelles différentes qu'elles impliquent, des enjeux surdéterminés et certaines pré-représentations peuvent empêcher certaines équipes de collaborer (20) (27).

Enfin les différences de territoires (disparités sur le plan national) et des problèmes de financement peuvent également compromettre une prise en charge de qualité (20) (27).

II A la maternité

Une prise en charge précoce peut être très utile quant à l'étayage d'un lien de confiance entre une femme souffrant de psychose et l'équipe pluridisciplinaire qui la suit. Cette relation peut être un point positif pour le déroulement de la grossesse et va surtout permettre la mise en place du suivi en post-natal (28). En effet, les mères schizophrènes, à cause de leurs difficultés à créer des relations et à percevoir les besoins d'autrui ont un risque relatif de 11.2 d'éprouver des difficultés dans la parentalité. De plus, si la grossesse est généralement plutôt stable, le post-partum est une période avec un risque augmenté de décompensation (8)(11). Il va donc falloir suivre de près la dyade et ce travail débute dès la maternité où la collaboration entre l'équipe obstétricale et celle de psychiatrie est un facteur déterminant. Nous verrons comment l'équipe de maternité peut, dès la naissance, soutenir les capacités maternelles, et comment on pourra évaluer la situation afin d'orienter la dyade mère-bébé.

A Une alliance thérapeutique

Bien souvent, l'accouchement ne se passe pas avec plus de difficultés pour les femmes schizophrènes que pour les femmes non atteintes. Bien qu'il y existe un risque lié à la prématurité, au petit poids de naissance et l'imprégnation médicamenteuse pour l'enfant, les complications à l'accouchement ne sont pas majorées de façon significative. Certaines études notent un taux augmenté de césariennes en urgence (14). De plus, une consommation excessive de tabac, un âge maternel avancé, une découverte de grossesse tardive et un mauvais suivi de grossesse sont plus fréquemment associés à la schizophrénie et exposent les femmes schizophrènes à un risque augmenté de complications obstétricales de façon générale (19).

Néanmoins, le suivi des interactions précoces entre la mère et son nouveau-né va être un des éléments décisifs concernant le futur de la dyade. L'équipe obstétricale aura pour rôle d'évaluer les relations précoces ainsi que la mobilisation de la famille en observant quotidiennement la mère et son enfant. Elle aura pour rôle (comme pour chaque femme) d'assurer les soins de post-partum et au besoin de prévenir l'équipe de psychiatrie. Les transmissions entre les deux équipes doivent être complètes et permettre l'élaboration d'un parcours de soins pour la patiente dans le respect de la déontologie et en informant la patiente.

Le pédopsychiatre pourra venir directement en maternité pour discuter avec la patiente et si possible sa famille pour établir les outils à mettre en place : traitement, hospitalisation, voire si la situation est vraiment alarmante, indiquer un placement de l'enfant.

Un discours cohérent entre les deux équipes est nécessaire pour que la patiente reçoive les mêmes informations et qu'une continuité dans les soins s'installe.

B Soutien de l'équipe

Même si la maladie mentale, peut mettre à mal les équipes (29), il est primordial pour que la mère puisse développer des liens avec son bébé et ses compétences maternelles, qu'elle soit soutenue par l'équipe. En effet, la prévention des troubles de l'attachement doit se faire le plus tôt possible et si un travail en anténatal n'a pas pu être fait, le moment de la rencontre entre la mère et l'enfant doit être encore plus encadré. Winnicott le soulignait, toute mère possède en elle les compétences pour le maternage, pour être une « mère suffisamment bonne ». À condition que quelqu'un la confirme dans ses capacités, « il suffit de s'occuper d'elles d'une manière qui reconnaît la nature essentielle de leur tâche. »

Devenir mère n'est pas inné, mais le « holding » de l'équipe soignante de la mère dans ses interactions avec l'enfant et les soins qu'elle va lui porter sont une des conditions d'une mise en place de la parentalité. Les troubles des interactions liés à la schizophrénie sont un des obstacles qui peuvent entraver l'instauration de ce lien. La présence et le soutien par l'équipe de ces mères sont donc encore plus importants. Le personnel devra, malgré les réticences qu'il peut avoir, soutenir la mère au cours des soins tels que le change, l'habillage, le bain, l'alimentation...Cet accompagnement doit être bienveillant et non intrusif pour que la mère ne se sente pas diminuée dans ses capacités (5) .

C Evaluation de la situation

Les questionnements autour de la jeune mère schizophrène sont multiples. Plusieurs caractéristiques de la pathologie vont soulever différents problèmes. Premièrement, du fait de la perturbation des affects, la mère confrontée à son bébé va éprouver des difficultés à entrer en interaction avec celui-ci et à créer un lien. Dans un deuxième temps, la mère par ses difficultés à percevoir les besoins du nourrisson peut avoir du mal à répondre à ses besoins.

Lorsque les symptômes maternels sont modérés, certaines réponses aux besoins du nouveau-né seront adaptées, mais dans le cas où l'expression symptomatique de la pathologie est trop sévère, l'équipe soignante pourra juger l'état maternel dangereux pour l'enfant. En cas de psychose aiguë la mère peut également avoir des conduites inadaptées mettant en danger l'enfant. Les risques sont d'autant plus importants que le délire ou les hallucinations sont importantes.

Il faudra donc évaluer la qualité du lien et les capacités de la mère ainsi que le risque de conduites dangereuses en vue de l'orientation de la dyade.

1 Évaluation du lien

Doté de compétences, le nouveau-né a tous les attributs pour attirer l'attention de sa mère (vocalisations, pleurs, réflexe de succion, grasping, regards...). Cette communication précoce multimodale va lui permettre d'exprimer ses besoins. Si la mère éprouve des difficultés à saisir ce panel de signaux, et c'est le cas dans la schizophrénie, le personnel pourra rendre la mère attentive à toutes ces manifestations chez le bébé, notamment en favorisant le regard sur ce dernier, le portage et en l'aidant à comprendre ses besoins (5). La discontinuité psychique et le trouble des affects que peuvent présenter les mères schizophrènes rendent les interactions avec le nouveau-né difficiles (30). Holzer nous rapporte que les mères schizophrènes sont généralement moins sensibles, plus distantes, intrusives et auto-centrées. Le contact oculaire est réduit, il y a un manque de stimulation et une discordance des interactions (4). Bayle corrobore cette idée et décrit dans une observation clinique le cas d'une mère schizophrène qui alterne période de grande fusion avec sa fille, où celle-ci est « appendue au sein de sa mère » toute la journée et moment d'abandon (1).

2 Capacités de la mère

En plus de la problématique du lien, la question qui anime les équipes en maternité est : « est-ce que cette mère sera capable de s'occuper de son enfant seule à la maison ? ». Le problème chez la mère schizophrène est la quasi incapacité à percevoir les besoins propres de l'enfant : à quel moment le changer, le nourrir ? Parfois la mère biberonne l'enfant au moment où elle-même a faim. Le portage est souvent insécure et la mère peut faire preuve de négligence envers le bébé. La perte de réalité avec le monde extérieur amène à une confusion entre l'enfant réel et l'enfant fantasmé. De ce fait, la question des capacités maternelles va influencer la prise de décision de maintien du lien ou de la séparation (3)(31) .

3 Risques de conduites inadaptées

Les résultats cités précédemment mettent en évidence un taux de décompensation pendant le post-partum plus élevé. Ces accès psychotiques aigus avec des symptômes productifs tels que délire et hallucinations peuvent engendrer des conséquences graves. La mère peut percevoir son enfant comme un objet persécuteur. Ce type d'hallucination peut conduire à des conduites inadaptées, une maltraitance voire un infanticide. Il faut donc rester vigilant à ce type de symptomatologie. De plus, la femme confrontée à son enfant qu'elle ne peut pas gérer la soumet à un stress supplémentaire qui peut conduire à des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs (32) (31).

4 Orientation du couple mère-bébé

Suite à l'appréciation du lien mère-enfant, des capacités maternelles, mais aussi du risque de conduites inadaptées ou dangereuses, l'équipe, en collaboration avec le réseau va orienter la dyade mère-bébé à la sortie de maternité.

Pour palier aux discordances maternelles, un entourage très présent peut parfois être le relai des soins maternels. Le contexte familial et social est aussi un élément à prendre en compte dans la décision d'orientation de la dyade. Ainsi seront pris en compte les interactions précoces, les capacités maternelles et l'environnement auquel sera confrontée la mère avec son bébé au retour à domicile. L'équipe de maternité en collaboration avec le réseau va prendre en compte tous ces critères ainsi que l'étayage familial autour de la dyade pour envisager l'option jugée la meilleure pour l'enfant (2).

III Post-natal

Comme nous avons pu le constater, il existe de nombreux moyens d'accompagner les mères schizophrènes durant la grossesse et dès le séjour en maternité. Néanmoins, c'est une pathologie invalidante dans les rapports qu'ont ces femmes avec autrui et d'autant plus avec leur bébé. Même si un suivi en prénatal va permettre de préparer l'accueil de cet enfant, un suivi solide en postnatal reste nécessaire et la prise en charge de ces couples mère-bébé est souvent longue. Après l'évaluation par les équipes de psychiatrie, de maternité et du réseau, de la situation, il sera décidé le plus souvent soit d'un transfert en unité mère-bébé, soit d'un placement de l'enfant. Lorsqu'un suivi en anténatal a pu être mis en place, l'hospitalisation conjointe vient souvent dans la suite logique de la prise en charge et a pu être préparée. Dans les situations d'urgence, avec des tableaux bruyants ou une décompensation psychotique, la prise en charge après la maternité est plus délicate et peut aboutir à une séparation dans l'urgence (33)(6). Parfois, le retour au domicile est possible et expose le nouveau-né à certains risques qui seront précisés.

A L'hospitalisation conjointe

Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé (UMB) en psychiatrie, largement institutionnalisées en Grande Bretagne depuis plus d'un demi-siècle, ne se sont développées en France que depuis les années 1980 (33). Bien que recommandées dans la prise en charge des mères souffrant de pathologies psychiatriques depuis 1961 par Racamier (34), des études doivent être réalisées pour évaluer leur impact réel. En effet, l'étude Cochrane de 2007 « Mother and baby units for schizophrenia » nous indique qu'aucune étude randomisée depuis celle de Baker en 1961 n'a été réalisée sur l'intérêt d'une hospitalisation conjointe en cas de psychose maternelle (35). Malheureusement il n'existe pas d'uniformité de fonctionnement ni d'harmonisation territoriale car ces unités sont d'initiatives locales. Toutefois, C. Isserlis dans son article « les unités mère-bébé à temps plein : leur rôle en psychiatrie périnatales » nous apporte quelques précisions. Elle nous indique que sur les 13 UMN de France entre 2001 et 2007, les femmes présentant une schizophrénie ou un troubles délirant représentent 13% des hospitalisations (36). Les objectifs et prise en charge des dyades mère-bébé seront évaluées dans ce chapitre.

1 Principes et objectifs

Il existe en France 15 structures dites UMB en 2012 (24). Il s'agit d'unités d'hospitalisation à temps plein spécifique au sein de psychiatrie adulte, unité de pédopsychiatrie ou autonomes. Ces dernières permettent l'évaluation et la prise en charge des troubles du lien mère-enfant précoce. La pathologie psychiatrique chronique maternelle est une des indications d'hospitalisation dans ce type d'unité. La période qui suit immédiatement l'accouchement est un moment particulièrement fécond pour évaluer l'état clinique et la mobilisation possible de la mère et semble un bon compromis pour les équipes inquiètes du maintien du lien mère-enfant (6) (33).

Concernant la schizophrénie il s'agit de soigner conjointement les troubles de la mère, permettre les soins de base du bébé tout en accompagnant la relation entre les deux. Selon Racamier, la séparation d'une mère, même malade, de son nourrisson, est souvent nuisible pour les deux partenaires (34). Il disait « l'enfant est l'ambassadeur de la réalité » pour la mère psychotique. Guidé par la clinique du lien, leur but est d'offrir un cadre sécurisant, un lieu intermédiaire, une médiation pour que mère et bébé puissent se rencontrer sans se désorganiser. La schizophrénie est un obstacle à l'instauration du lien d'attachement, l'hospitalisation conjointe vise donc à « matérialiser un entre-deux, une juste distance pour que chacun puisse se développer sans se détruire ». « Il s'agit de faire exister le bébé dans le psychisme de la mère, et que mère et enfant se reconnaissent comme tels. » (33).

L'objectif n'est donc pas tant de maintenir à tout prix la mère et l'enfant ensemble car dans certaines situations l'hospitalisation aboutit à un placement et permet de le préparer. Elle n'est pas une fin en soi mais va permettre le relais entre un retour au domicile avec les outils nécessaires à mettre en place ou un placement de l'enfant (33).

L'hospitalisation conjointe peut donc être prévue en anténatal et parfois l'idée de projet est déjà opérante par le cadre symbolique qu'elle représente. On pourra accueillir la femme dès sa grossesse pour travailler sur le lien et envisager son suivi après l'accouchement. Elle peut aussi être envisagée en cas de décompensation aigüe après la naissance, pour ne pas rompre le lien-mère bébé déjà insaturé mais encore fragile (36).

2 Modalités pratiques des soins

Avant toute intervention, il va s'agir d'effectuer un état des lieux de la situation : situer la place du père, évaluer la qualité du réseau familial élargi et s'assurer de la disponibilité des intervenants du réseau médicosocial. Il va aussi falloir évaluer les représentations maternelles concernant son enfant, les possibilités de mobilisation du lien qui les unit (2).

« Quelle est la capacité de la mère à tolérer la présence d'un tiers dans sa relation avec le bébé ? Sur quels éléments peut-on asseoir une alliance thérapeutique ? Quels sont les objectifs de l'hospitalisation : le soin ? L'évaluation ? La prévention ? La protection ? – Et de qui ? Du bébé ? De la mère ? Du lien ? Ou des services demandeurs ? » (6). Tous ces éléments sont à prendre en compte pour cibler les besoins de chacun et pour mettre en place un plan de travail.

- Les soins à la mère

Ils consistent au suivi de la pathologie avec la prise en charge du traitement psychotrope éventuel et des soins psychothérapeutiques. L'équipe est mise au service du déploiement des processus psychiques de la maternité et va mettre en place les soins de maternage (bains, alimentation, massages...) visant à soutenir les mouvements régressifs inhérents à la maternité souvent dans une position grand-parentale (33).

- Les soins au bébé

Étroitement articulés à ceux de la mère, ils consistent à assurer une stabilité dans l'attention psychique et somatique portée au bébé. Cette stabilité vise à assurer au bébé la continuité du sentiment d'exister. Certaines techniques d'observation, variables selon les unités (méthode dérivée de l'observation d'Esther Bick, enregistrements vidéo-scopés, grilles d'évaluation...) permettent d'asseoir et de soutenir cette attention (33).

- Le soin des interactions mère-bébé

Il ne s'agit pas pour l'équipe de faire à la place de la mère, mais d'accompagner la mère dans les soins qu'elle va porter à son enfant et de l'aider à prendre sa place en faisant « avec elle ». Ainsi, les différents intervenants (puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture...) vont aider la mère à comprendre les besoins du bébé par un étayage identificatoire et vont les aider à y répondre par l'accompagnement des gestes quotidiens (bain, biberons, jeux...) (33).

L'hospitalisation conjointe n'est pas une fin en soi. Elle permet de commencer à accompagner la mise en place du lien qui pourra se poursuivre à domicile par la mise en place d'un étayage autour de l'enfant avec une place en crèche, une assistante maternelle, un accueil de jour ou une aide éducative à domicile (AED) à la demande de la mère. Parfois, une décision d'Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) peut aussi être prise. Dans le cas où le maintien du lien est jugé néfaste pour l'enfant, chaque professionnel de santé est en mesure de demander une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) auprès du juge des enfants qui pourra décider d'un placement de l'enfant.

Pour une évaluation de l'impact de l'UMB sur le devenir de la dyade mère-enfant, les résultats d'une étude menée par Aurélie Crivello, interne en psychiatrie seront présentés. Il s'agit d'une étude prospective portant sur les mères schizophrènes hospitalisées avec leurs bébés à l'Unité Mère-Nourrisson de Strasbourg entre 2000 et 2010.

3 Enquête à l'UMN de Strasbourg (Aurélie Crivello, 2012)

- Objectif

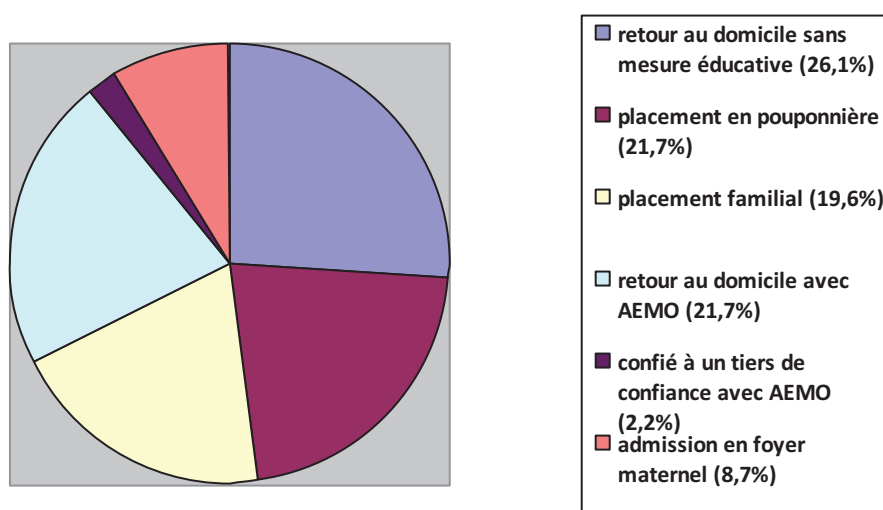
Cette étude rétrospective a été réalisée entre 2000 et 2010 sur 46 mères schizophrènes et leurs 48 bébés hospitalisés à l'UMN de Strasbourg (2). La situation au moment du recueil des informations est évaluée par un questionnaire adressé aux professionnels en charge du suivi des enfants. Sur les 46 dyades étudiées, 8 sont perdues de vue.

Ont été évalués : l'influence de la situation socio-familiale de la mère sur les décisions de séparation ou les mesures de protection de l'enfant à la sortie de l'hospitalisation ; l'impact de la symptomatologie maternelle sur les symptômes du bébé puis de l'enfant, mais aussi sur les mesures de séparation, les mesures éducatives ou de placement.

- Résultats

Les résultats ont permis de confronter des taux de maintien du lien à la sortie de l'hospitalisation conjointe et au moment de l'évaluation de la situation.

Figure 2 : répartition des décisions d'hébergement et de prise en charge éducative à la sortie d'hospitalisation

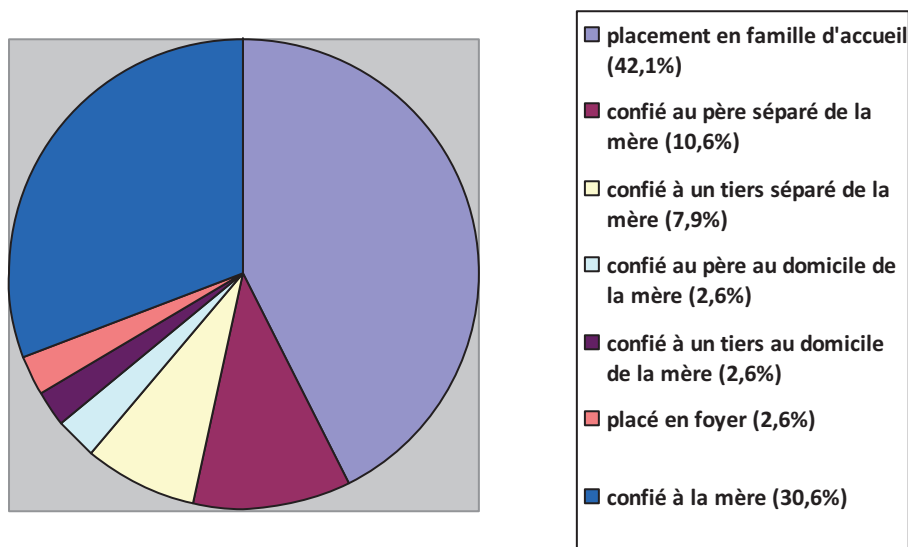


Le diagramme nous indique que 56,5% des enfants sont maintenus auprès de leur mère dont 26,1% des cas sans mesures éducatives pour les situations les plus stables. Dans 43,5 % des cas, un placement est prononcé de façon équivalente en placement familial et pouponnière.

Au moment de l'hospitalisation, seules 45,7% des mères ne sont pas en situation de précarité. Parmi elles, 71,4% pourront rentrer au domicile avec leur bébé, ce qui est plus important que dans l'échantillon total. Une Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) concernera 19% de ces enfants maintenus avec leur mère qui ne sont pas en situation de précarité. Si seulement 43,5% des mères ont un entourage familial présent, 65% d'entre elles pourront rester avec leur enfant. De plus lorsqu'il est confié à un tiers, l'enfant est toujours confié à ses grands-parents.

La symptomatologie maternelle semble aussi influencer la prise de décision. En effet, le placement est décidé dans 62,9% des cas quand la mère présente des symptômes dissociatifs (il y en a moins pour les mères présentant uniquement des symptômes déficitaires ou productifs).

Figure 3 : répartition des modalités de prise en charge socioéducative des enfants aujourd'hui



À terme, seules 37% des mères sont maintenues avec leurs enfants dont 30,6% en ont la garde. Ainsi l'évolution va plutôt dans le sens de la séparation. Le placement se fait préférentiellement en famille d'accueil et un nouveau mode de prise en charge apparaît, l'enfant confié au père. La majorité des placements a lieu avant 3 ans, au plus tôt à 3 mois et au maximum à 8 ans.

Le placement touche préférentiellement les enfants de mères présentant des symptômes dissociatifs comme initialement. Les placements dans la part des mères déficitaires augmentent aussi. Si cette présentation de la schizophrénie permet de créer une forme d'attachement et n'entrave pas trop les interactions précoces, l'adaptation aux besoins grandissant du bébé semble plus compliquée pour ces mères.

Sur les 38 enfants non perdus de vue, 30 sont en âges scolaires.

Nous retrouvons 18,1% de retard du développement (contre 43,5% à la sortie d'hospitalisation) et 39,5% de troubles des acquisitions scolaires. Les enfants de mères avec des troubles dissociatifs sont là encore plus touchés concernant le trouble des acquisitions probablement à cause du stress subi par ces enfants soumis à la désorganisation maternelle.

Concernant les symptômes psychiatriques spécifiques, 62,1% des enfants sont touchés dont seuls 36,8% bénéficient de soins spécialisés (consultation en pédopsychiatrie, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), psychomotricien, orthophoniste, hôpital de jour pédopsychiatrique).

Nous retrouvons une fréquence augmentée de troubles anxieux, angoisse de la séparation, troubles oppositionnels, troubles moteur et troubles du langage et de la communication. Ils suggèrent une difficulté de structuration globale du psychisme.

Il semblerait que les enfants maintenus auprès de leur père présentent moins de troubles, de même lorsqu'ils sont maintenus avec les grands parents (sauf pour l'angoisse de séparation).

Les enfants maintenus auprès de leurs mères présentent moins de troubles anxieux que les enfants placés mais plus de troubles oppositionnels et de troubles des conduites par la suite. Ils manifestent également plus de troubles des acquisitions expliqués par un probable manque de stimulation.

Pour les enfants placés, nous retrouvons les mêmes troubles (hormis les troubles oppositionnels) avec une plus grande proportion de troubles du langage et de la communication, de retard du développement et de troubles des acquisitions scolaires. Les enfants placés seraient donc plus sujets à une perturbation globale du développement cognitif et psycho-affectif.

- Conclusion

Cette étude nous permet de dégager plusieurs lignes de réflexion. Dans un premier temps, la symptomatologie maternelle influence en partie la symptomatologie de l'enfant. Les symptômes dissociatifs exposant les bébés à un niveau de stress plus important dû à la désorganisation maternelle et les obligeant à une continuelle vigilance peuvent expliquer ces résultats. La désorganisation maternelle est probablement moins propice à l'installation des premiers liens et à l'adaptation aux besoins de l'enfant.

Le deuxième apport important de cette étude est la part de troubles chez les enfants placés.

Ainsi, si l'UMB est un moyen d'évaluer et de prendre en charge les troubles de la relation mère-enfant, elle aboutie parfois à terme à un placement de l'enfant.

B Séparation et placement

Le principe du placement est de séparer l'enfant de sa mère quand celle-ci met en danger son enfant ou *si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* (37). Dans le cas des mères schizophrènes, si au cours de l'évaluation en maternité ou en UMN (dans tous les cas, après la naissance), un professionnel juge que la mère constitue un danger dans sa relation avec l'enfant, il peut constituer un dossier en vue d'un signalement.

Ce signalement est fait à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), gérée par le Conseil Général. Elle est l'interface entre le professionnel et l'administration ou la justice. La CRIP étudie et complète au besoin le dossier avec des investigations complémentaires et transmet si nécessaire l'enquête au juge des enfants ou au Procureur de la République. Le juge reçoit les demandes et va instruire l'enquête à charge et à décharge. C'est-à-dire qu'il va recevoir les parents et l'auteur du signalement afin d'évaluer la situation et de rendre son jugement. Il évaluera le dossier et les arguments des deux parties et bien souvent, en plus de la pathologie maternelle, les déterminants sont d'ordre social, économique et familial. Il décidera de la durée du placement et de l'échéance d'une réévaluation ultérieure (au maximum 2 ans). Le jugement donnera lieu au besoin d'une aide éducative à domicile (AED), d'une aide éducative en milieu ouvert (AEMO) ou au pire d'une décision de placement (OPP).

Ce signalement peut également avoir lieu après un temps de maintien du lien, mais qui peut s'avérer délétère par l'impossibilité pour la mère et/ou la famille de prendre en charge l'enfant dans des conditions de sécurité suffisante.

En cas de situation urgente, le signalement peut, en parallèle, directement être fait auprès du Procureur de la République (37) (38).

1 Objectifs

Nous l'avons mentionné, la période du post-partum est une période à risque élevé d'une décompensation aiguë de la schizophrénie et dans certains cas, un maintien de l'enfant auprès de sa mère semble ne pas être une alternative sécurisante. L'objectif du placement sera donc d'offrir à l'enfant un environnement suffisamment stable et sécurisant pour lui permettre de se développer normalement sur le plan physique et psychoaffectif. Ce placement a donc pour but d'éloigner l'enfant de la violence et de la discontinuité que pouvait comporter la relation avec sa mère (1). À terme, une séparation à lieu dans 50 % des cas environ (3).

2 Dispositif

Si l'UMN peut être un moyen de préparer la séparation mère-enfant, elle peut toute fois rester un événement marquant pour la mère si elle ne comprend pas l'intérêt de ce placement. Initialement fait en pouponnière où l'enfant est confié à une équipe, il aboutit généralement à un placement en accueil familial. Il peut se faire directement après l'UMN ou après un retour à domicile qui n'a pas fonctionné.

Si le placement de l'enfant est toujours une décision difficile à prendre, Benoît Bayle dans son ouvrage « Ma mère est schizophrène » nous dit qu'il faut s'avoir l'accepter quand il est nécessaire. Parlant de la mère et de son bébé, il nous dit que « cette séparation physique doit permettre de les protéger mutuellement, mais aussi de leur donner le temps de se rencontrer dans de bonnes conditions. » Toute la problématique sera alors de savoir, comment aménager ces rencontres ? Où doivent-elles avoir lieu ? Combien de temps doivent-elles durer ? A quel rythme les organiser (39) ?

3 Évolution et risques

La question de l'effet bénéfique du placement se pose donc. L'intérêt d'une séparation mère-bébé est-elle réelle dans certaines situations ?

Quels sont les risques pour ces enfants placés et quelle est leur évolution ?

Plusieurs études ont été menées sur le sujet et il est difficile de les comparer car les critères de sélection sont très divers. Âge au moment du placement, durée du placement, réinsertion auprès de la famille, prise en charge psychothérapeutique, âge au moment de l'évaluation sont autant de critères à prendre en compte pour une bonne évaluation de leur devenir (40).

Nous retrouvons dans la littérature certains symptômes exprimés par les bébés séparés de leur mère. D'abord décrits par Spitz en 1948, les effets de la séparation d'un enfant de sa mère et des carences affectives sont connus. H Rottmann, en 2001, retrouve tout un panel de manifestations telles qu'une angoisse de la séparation, des troubles du contact physique, de l'affectivité ou dépressifs, des difficultés de mentalisation et une pauvreté de la vie fantasmatique chez les enfants placés.

Souvent liée à un placement tardif, la souffrance du bébé dans sa relation initiale avec la mère psychotique peut se poursuivre dans ses relations avec la mère de substitution. En plus des différents symptômes rencontrés, il est fréquent que l'enfant, imprégné des premières interactions avec sa mère, cherche à reproduire le même mode de relation avec le substitut maternel. Même pathologique, c'est un lien privilégié pour lui. Il peut engendrer des tensions auprès de la famille d'accueil qui peut se sentir démunie face à ce type d'attitudes. Le danger est d'engager une spirale relationnelle néfaste si la mère de substitution se laisse séduire par un mode d'interaction pathologique. L'enfant peut aussi souffrir d'un conflit de loyauté entre sa famille d'origine et la famille d'accueil (31).

Ces risques liés au placement sont d'autant plus importants si le placement est fait dans l'urgence, notamment dans le cas d'une rechute psychotique aigüe (41).

Bien que les données, il y a plusieurs dizaines d'années, étaient plutôt péjoratives sur le plan du développement psychoaffectif de ces enfants, il semblerait qu'un placement stable, d'une durée suffisante avec un soutien psychothérapeutique soit plutôt une option bénéfique pour ces enfants qui constituent une population fragile (40).

Concernant les enfants de mères schizophrènes, il faudra donc prendre en compte ces différents critères afin d'envisager un placement bénéfique. Enfin, il faut aussi penser à la composante génétique de la pathologie pour ces enfants à haut risques qui peuvent présenter des troubles psychoaffectifs malgré l'éloignement familial (3)(2).

C Retour au domicile

Dans un certain nombre de cas, un maintien du lien avec un retour au domicile est possible. Cette situation a lieu si une place en UMB n'est pas disponible, que la mère refuse l'hospitalisation mais que la situation ne nécessitait pas de placement. Dans certains cas, il n'y a pas eu de repérage de la situation en anténatal et la situation a pu passer inaperçue en maternité. Enfin, il a lieu si l'évaluation et la prise en charge en UMB permettent de maintenir les liens mère-enfant. Il n'existe pas de données précises concernant ces retours au domicile. Cependant, Isserlis précise dans « La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale » de novembre 2009 qu'environ 3500 femmes schizophrènes deviennent mères chaque année. Or 60 lits d'hospitalisation en UMB sont disponibles en France. Chaque situation ne nécessitant pas un placement, il y a un certain nombre de retours à la maison avec leur mère pour ces enfants. Dans les situations jugées alarmante une demande d'Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) peut être décidée. Un suivi par une éducatrice et des visites obligatoires notamment par la puéricultrice de PMI peuvent être organisés. Lorsqu'aucune mesure n'est prise, l'enfant peut être exposé à la désorganisation maternelle sans médiation par un tiers et le soumettant à un environnement imprévisible et stressant (36).

1 Risques liés aux symptômes maternels

Les risques liés aux symptômes maternels déjà cités plus haut sont multiples.

- Il y a le risque de négligence lié à l'altération des capacités maternelles. Il s'explique par l'apragmatisme et la perte de réalité avec le monde extérieur de ses femmes qui ne perçoivent pas toujours les besoins de leur enfant. Ces difficultés sont d'autant plus marquées que les besoins évoluent (sevrage, acquisition de la marche...) (4) (3) (31) .

- Le risque de perturbation du lien mère-enfant causé par le trouble des affects de la mère. Il est noté que les mères schizophrènes ont moins d'échanges de regards et d'échanges vocaux essentiels à la création d'un lien d'attachement. Les auteurs décrivent un évitement du regard de la mère et des enfants qui se raccrochent au regard des autres. Le portage souvent mal assuré expose le bébé à un état de vigilance permanent. Il peut alors développer des troubles du tonus allant dans le sens de l'hypertonie pour se protéger de cette attitude maternelle insécure ou au contraire s'y adapter en étant complètement hypotonique (1) (4) .
- Le risque de maltraitance ou de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif en cas de délire ou d'hallucinations maternelles(31) (32).

De plus, la part génétique de cette pathologie expose ces enfants à un risque augmenté de développer un trouble psychiatrique à l'âge adulte. Ce risque est d'autant plus important si les deux parents sont atteints (3).

2 Risque de troubles du développement

En relation avec la perturbation des premiers liens d'attachement, du manque de stimulation, d'une interaction mère-enfant pauvre et de la part génétique de la schizophrénie, ces enfants sont à risques développementaux. Les auteurs décrivent des troubles du développement global, avec un retard de développement psychomoteur, des troubles du tonus musculaire et des troubles cognitifs. Ces enfants peuvent présenter des retards dans les acquisitions scolaires par manque de stimulation, des interactions vocales rares et le jeu quasiment inexistant. De plus, l'environnement imprévisible marqué par les changements d'attitudes maternelles fréquents et les hospitalisations possibles les soumettent à un stress délétère pour leur bon développement (1) (31).

Dans certain cas, ces enfants développent une forme d'hypermaturité, car habitués à se consoler seul. Les rôles tendent à s'inverser et ils déploient une vigilance extraordinaire, protègent leur mère pour ne pas se mettre en danger (1).

3 Risques liés à l'environnement

Pris dans un schéma familial désorganisé, ces enfants se retrouvent souvent seuls face à leurs mères malades. Souvent isolés socialement, ils peuvent souffrir de solitude et de la moquerie des autres. Parfois pris dans les délires maternels ils peuvent être les victimes d'humiliations, de négligences et de maltraitances quotidiennes. Bayle dans son ouvrage « Ma mère est schizophrène » recueille des témoignages poignants de ces enfants devenus adultes et qui subissaient le joug quotidien de cette maladie. Parfois révélées plus tard, les manifestations de troubles peuvent faire surface à l'adolescence. Si dans certaines situations la présence d'un substitut maternel solide pendant l'enfance a permis un développement normal, l'adolescence est une période à risque. En effet, cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte met par définition les adolescents dans une situation de conflit psychique et de questionnement intense (39). Confronté à une situation familiale difficilement gérable et source de stress, les enfants de mères schizophrènes peuvent présenter un état de crise au moment de l'adolescence. Cette crise peut se manifester par des conduites suicidaires, un état psychotique, des symptômes anxio-dépressifs, des prises de risques (toxiques, alcool, conduites dangereuses) ou des problèmes psychosomatiques (42).

DISCUSSION

L'enjeu de notre travail était de déterminer quels sont les éléments de la prise en charge actuelle qui permettent d'améliorer le devenir des enfants de mères schizophrènes.

Cette revue de la littérature avait pour but de mettre en évidence les différents niveaux d'intervention possible en anténatal, à la maternité et en post-natal.

La problématique des enfants de parents présentant un trouble psychiatrique est complexe. Notre travail a permis de mettre en évidence l'intérêt d'une prise en charge précoce et globale. Celle-ci passe tout d'abord par les soins portés à la mère, en anténatal, dès l'annonce de la grossesse, voire avant, puis par une prise en charge de la dyade en favorisant le plus possible l'établissement du lien mère-enfant. Cette revue permet aussi de mettre l'accent sur la collaboration entre les professionnels, notamment les équipes de psychiatrie adulte, de maternité et de pédopsychiatrie ainsi que l'importance d'un soutien de l'entourage de ces patientes.

Enfin, notre recherche souligne les difficultés liées à cette pathologie et au devenir de ces enfants qui méritent d'être approfondies.

Nous nous attacherons à évaluer la validité de notre travail afin de donner sens aux résultats obtenus. Nous mettrons en valeur les difficultés encore inhérentes à cette prise en charge complexe. Enfin nous parlerons de l'intérêt de ce travail sur les pratiques professionnelles et les perspectives d'avenir pour ces couples mère-enfant fragiles.

I Validité de notre travail

A Matériel et méthodes

Les difficultés liées à la sélection du matériel ont été diverses. Dans un premier temps, la complexité et la multiplicité des prises en charge proposées à ces enfants sont aussi liées à la prise en charge des mères. Ainsi une double problématique s'est présentée. Il en découle donc de nombreux mots-clés, parfois complexes et non référencés dans le thésaurus

Cette volonté de mettre en évidence une prise en charge globale, l'aspect multifactoriel de la problématique a rendu notre travail compliqué. De plus certaines données n'ont pas été trouvées suite aux modalités de recherches citées dans les matériel et méthodes. Dans cette situation, nous avons pu obtenir des données moins récentes grâce aux bibliographies de certains articles, ouvrages ou thèses. Cette méthode de recherche n'est donc pas exhaustive par limitation des moteurs de recherche utilisés, par une limitation relative des années de publication et par des mots clés parfois complexes.

B Résultats

1 Manque d'études récentes de grande envergure

Aucune étude de cohorte avec de grands échantillons n'a été réalisée dans les cinq dernières années. Ainsi, nous avons exploité des études de cas et des articles didactiques principalement, sans pouvoir obtenir de résultats statistiquement significatifs et récents. Néanmoins, les écrits recueillis ont été publiés dans des revues spécialisées en psychiatrie, pédiatrie, pédopsychiatrie ou psychologie et par des auteurs spécialistes du sujet (psychiatres, pédopsychiatres, responsables d'unités mère-bébé...). Une thèse de médecine qui exposait les résultats de l'étude menée sur l'UMN de Strasbourg a été exploitée. La faible puissance de cette étude et le petit échantillon ne permettent pas de conclure mais nous rendent vigilants à la prise en charge des enfants placés : il ne faut pas négliger leur prise en charge psycho-affective et rester à l'écoute d'éventuels troubles du développement global pour mieux les prendre en charge.

Ainsi, notre travail a une forte valeur indicative mais montre la nécessité d'études prospectives à grande échelle portant sur l'avenir de ces enfants de mères schizophrènes.

2 Une problématique factorielle

La problématique multifactorielle de cette prise en charge (en anténatal, en post natal à court, moyen et long terme, en fonction d'une séparation ou non) rend le recueil et l'exploitation exhaustive des résultats quasi impossibles au vu des restrictions temporelles de notre travail. De plus, les études disponibles ne couvrent pas tous les champs d'action possibles de la prise en charge en ce qui concerne spécifiquement la schizophrénie (par exemple pour la prise en charge en PMI ou les UMB).

II Discussion

Des résultats exposés dans notre travail se dégagent plusieurs lignes de conduite qui permettent d'améliorer le devenir des enfants de mères schizophrènes. Néanmoins, les déterminants sont nombreux et certaines difficultés pratiques, morales ou éthiques peuvent être rencontrées. Nous les discuterons dans ce chapitre.

A Difficultés

1 La souffrance des professionnels

Nous avons traité tout au long de ce travail la problématique des enfants de mères schizophrènes. A travers la souffrance souvent exprimées par ces nourrissons ou enfants en difficultés, nous rencontrons aussi la souffrance des professionnels qui y sont confronté. Martine Lamour dans son traité « Parents défaillants, professionnels en souffrance » relate les difficultés des soignants face à la maladie mentale. Nous pouvons aisément comprendre à la fois le sentiment d'étrangeté que peut susciter la schizophrénie, l'impuissance que l'on peut ressentir face à un bébé exposé à la désorganisation maternelle et le vécu de ces femmes qui doivent affronter la maladie et les difficultés de la maternité.

La situation est d'autant plus difficile à appréhender quand elle arrive dans l'urgence et que le placement de l'enfant est nécessaire (29).

2 Souffrance des mères

Nous nous sommes, à travers les différents résultats, principalement intéressés au devenir des enfants de mère schizophrènes. Néanmoins, le vécu et la prise en charge de ces mamans ne sont pas à négliger. Le devenir de ces enfants est intimement lié à la prise en charge de la mère. Ainsi, autant que les enfants, il faudrait se tourner sur le vécu de ces femmes qui passent du statut de malade à celui de mère pour mieux cerner leurs attentes et les aider dans cette maternité difficile (43).

3 Vécu des enfants

Les enfants pris dans une désorganisation maternelle sont soumis à de nombreux changements, confrontés à un environnement imprévisible et source de stress. Si les professionnels cherchent à trouver la meilleure solution possible pour leur assurer un avenir le plus « normal » possible, il faudrait également s'intéresser à leur regard sur la situation.

Bayle à travers les témoignages qu'il relate met la lumière sur la souffrance à laquelle sont confrontés ces enfants. Ainsi nous pouvons nous demander comment leur expliquer la situation ? Que comprennent-ils de la maladie de leur mère ou parfois de leurs deux parents ? Comment vivent-ils les séparations répétées avec leurs mères quand elles sont hospitalisées ? Que l'enfant soit placé ou maintenu auprès de sa mère, ces questions suggèrent un accompagnement psychothérapeutique solide pour qu'il puisse exprimer son vécu et ses souffrances face à une situation douloureuse (1).

B Ethiques de la prise en charge

1 Maintien du lien

Si un maintien du lien est possible à la sortie de maternité ou de l'UMB, il faudra penser aux dispositifs à mettre en place pour que les symptômes maternels ne mettent pas en jeu le bon développement de l'enfant. En effet, même si les liens d'attachement préviennent un certain nombre de troubles, il existe tout de même un risque pour ces enfants d'être soumis à un environnement instable et stressant. Dans un premier temps, il faudra penser à l'entourage proche en essayant de mobiliser le plus possible l'environnement familial. La place du père s'il est présent est primordiale et les grands-parents peuvent aussi soutenir la mère. Dans quelques cas, l'enfant est confié au père ou aux grands-parents, permettant ainsi un maintien du lien mais avec la médiation d'un tiers (17).

Lorsqu'il est confié à la mère, l'enfant est constamment soumis aux troubles de la mère. Afin de rendre ce « vivre ensemble » tolérable pour les deux partenaires, la médiation par un tiers est parfois nécessaire. Pour cela, des consultations parent-enfant peuvent être mises en place pour le suivi du lien mère-enfant. Un accueil en hôpital de jour ou en CATTP à un rythme adapté à chaque situation peut être proposé.

Ce type de prise en charge, tout comme l'UMB permettent à la mère de mieux cerner les besoins de l'enfant et à trouver leur place dans les interactions du quotidien (repas, bains, jeux...) (17).

Une aide éducative à domicile (AED) ou une travailleuse familiale (TISF) peut intervenir au domicile pour aider la mère à gérer certaines tâches du quotidien. Des visites de la puéricultrice au domicile peuvent être faites.

De plus, un accueil en journée en crèche, par une assistante maternelle ou un tiers est à prévoir pour ménager un temps où l'enfant bénéficiera de stimulations et d'un mode d'interaction plus riche qu'avec sa mère mais également où la mère pourra prendre un temps pour ne pas se sentir envahie dans ses interactions avec l'enfant (44).

Un étayage peut donc être mis en place autour de ces dyades pour soutenir ces mères qui peuvent être en difficulté face à la parentalité et ces enfants confrontés à l'instabilité affective et physique de leur mère. Cependant, il subsiste dans les cas de maintien des liens la question des séparations répétées. Si l'élaboration d'un lien mère-enfant est possible, il reste fragile car soumis au risque de décompensation maternelle plus élevé dans le post-partum que pendant la grossesse. Le risque de décès par suicide et de mort non naturelle également plus élevé surtout au cours de la première année après l'hospitalisation en UMB (8). Dans ces cas là, comment sont vécues les séparations multiples par l'enfant ? Comment pallier aux discontinuités engendrées par ces hospitalisations ? Nous verrons un exemple de prise en charge alternative plus loin.

2 Le placement

Face à toutes les questions que soulève la prise en charge des mères schizophrènes et de leurs enfants, nous pouvons nous demander si nous ne sommes pas iatrogènes. En effet, nous avons remarqué qu'un placement mal préparé est également néfaste pour l'enfant. Dans un tel contexte, comment organiser ce dernier ?

Il faut penser à l'âge du placement. Réalisé trop tard, l'enfant est déjà pris dans un mode d'interaction pathologique qui l'expose à des troubles du développement (31).

Il y a la part héréditaire de la schizophrénie qui expose l'enfant à un risque de trouble psychiatrique à l'âge adulte. De plus, nous pouvons penser que les enfants placés ont des mères dont la symptomatologie est la plus sévère, compliquant ainsi les liens d'attachement et majorant peut-être la part héréditaire (2).

Au vu de ces deux éléments et ne sachant pas avec certitude dans quelle proportion ils influencent le développement de l'enfant, il semble intéressant de proposer à ces enfants, même placés, un suivi psychothérapeutique. Il permettrait de prévenir et de prendre en charge suffisamment tôt l'apparition de troubles psycho-affectifs ou du développement (40).

Enfin, compte tenu de l'importance de la réalisation et du maintien du lien mère-enfant, pour les deux partenaires, il faudra penser, autant que possible à la mise en place de « visites médiatisées » pour que l'enfant et la mère puissent se rencontrer dans un environnement neutre. Bien évidemment, ces éléments doivent être adaptés aux besoins de l'enfant mais aussi aux possibilités pour la mère de rencontrer l'enfant. Il peut s'agir d'un moyen de pérenniser les relations précoces déjà créées, permettant à la mère de maintenir la réalité de l'enfant sans être dépassée par sa présence. Bien le placement soit une façon de protéger l'enfant, améliorer le pronostic de la mère, c'est aussi améliorer le pronostic de ce dernier.

3 Prise en charge alternative

Si le nombre de réhospitalisations des jeunes mères schizophrènes est inquiétant, il faut articuler le maintien du lien en prenant en compte cet élément. C'est le cas de l'unité « Fil-à-Fil » du centre hospitalier de Liège.

Cette unité a été conçue pour pallier aux discontinuités affectives engendrées par les hospitalisations répétées en cas de décompensation aiguë. Il s'agit d'un espace d'accompagnement et de soin de la relation parent-enfant pendant la période d'hospitalisation du parent en psychiatrie. Le parent en souffrance psychique est hospitalisé et l'enfant jusqu'à cinq ans est accueilli en journée dans les locaux aménagés du service. Le rythme et la fréquence des rencontres est variable et aménagé et l'enfant est amené par les personnes qui le gardent ou si possible cherché par le parent qui revient dans l'unité. Un projet personnalisé est mis en place pour chaque situation.

L'équipe pluridisciplinaire emploie la méthode d'observation d'Esther Bick adaptée à la pratique professionnelle. Il s'agit d'une observation continue et régulière de la dyade dans des situations variées (soin, repas, séances de psychomotricité relationnelle...) durant une demi-heure. Un retour de l'observation est fait avec une psychologue afin d'évaluer l'observation et la place de l'observateur. Il s'agit de soutenir et consolider les interactions tout en favorisant la continuité et la satisfaction des échanges mère-bébé.

L'originalité de cette prise en charge est la possibilité d'accueillir les enfants jusqu'à 5 ans (45).

Contrairement à l'UMN l'enfant est accueilli en journée et contrairement au CATTP ou à l'accueil de jour classique, le parent est hospitalisé.

C Perspectives d'avenir

Si l'effet des prises en charge actuelles est encore discuté par les questions pratiques, morales et éthiques qu'elles soulèvent, ce travail nous ouvre à un certain nombre de perspectives.

1 Une prise en charge globale

Si le devenir de l'enfant est influencé par un suivi en post-natal, il passe en premier lieu par une prévention précoce dès la grossesse et une prise en charge de la mère. Par la suite, le devenir de l'enfant est aussi influencé par un suivi de l'établissement des liens mère-enfant, donc une prise en charge de la dyade avec la prévention d'apparition de troubles développementaux chez l'enfant (qu'il soit placé ou non) et de risque de décompensation chez la mère.

2 Facteurs pronostics

Nous avons pu à travers les différentes données recensées et à travers l'étude d'Aurélié Crivello observer des facteurs de bon pronostic qui sont à évaluer. Il semblerait qu'une bonne situation socio-économique influence positivement le devenir des enfants de mères schizophrènes. Cela peut aussi signifier que les mères avec des symptômes moins bruyants ont plus de facilité à s'adapter aux contraintes sociales et à accéder aux aides. Elles pourraient donc offrir de meilleures conditions de vie à leur enfant et mettre en place un lien précoce avec celui-ci. Si le lien de cause à effet est difficile à évaluer, cette hypothèse suggère que l'on se préoccupe de l'environnement de ces dyades en prenant en compte les conditions socio-économiques et en tâchant de les améliorer.

De plus cette étude montre une certaine forme de mobilisation familiale avec la possibilité de maintien des liens mère-enfant quand celui-ci est placé au sein de la famille (père, grands-parents) (2)(5)(17).

Ainsi, il faudra essayer de mobiliser les ressources familiales très tôt (dans l'idéal dès la grossesse) et tenter de régler les difficultés d'ordre socio-économique, notamment en sollicitant l'intervention d'un travailleur social. La place du père est aussi importante pour favoriser un maintien des liens mère-enfant.

La pathologie du partenaire et le manque de soutien de la part du partenaire sont eux à considérer comme des facteurs indépendants et prédictifs d'une mauvaise évolution clinique. Les facteurs de comorbidité tels que la consommation de toxiques et/ou alcool semblent aussi être pourvoyeur d'une mauvaise évolution (46).

3 Intérêts d'études à grande échelle

Les dernières études concernant le devenir des enfants de mères schizophrènes citées dans la revue de littérature d'Aurélié Crivello sont relativement péjoratives (2).

Dès 1968, Medenick et al. met en avant un taux augmenté de retard de développement en sortie d'hospitalisation avec 43,5% d'enfants atteints de ce trouble.

Fish en 1977 à travers une étude longitudinale prospective a étudié le devenir de 12 enfants sur une trentaine d'années et obtient des résultats similaires avec 50% de perturbations développementales. Il naît de cette étude le concept de « pandymaturation » associant retard staturo-pondéral, retard de développement psychomoteur troubles du tonus musculaire et troubles cognitifs.

Selon Fish, ce syndrome de pandymaturation correspond au déficit neuro-intégratif hérité dans la schizophrénie. Néanmoins, ces troubles peuvent être rattrapés si un dépistage précoce est fait et un suivi réalisé par la suite afin de prendre en charge ces retards.

Par la suite d'autres études confirment le risque au long cours de trouble psychiatrique et de troubles du spectre de la schizophrénie. Weintraub en 1987 retrouve 21% de troubles psychiatriques à l'âge adulte. Higgins et al. en 1997 et Erlenmeyer-Kimling et al en 2000 retrouvent quasiment les mêmes chiffres avec une plus forte prévalence de schizophrénie (de 8 à 12%) et de troubles du spectre de la schizophrénie à l'âge adulte par rapport à la population générale.

Ainsi malgré une certaine influence environnementale, il semblerait que la schizophrénie présente une héritabilité avec des marqueurs développementaux précoces d'une psychopathologie à l'âge adulte. La sévérité des troubles semble être corrélée à la sévérité de l'atteinte maternelle selon Goodman en 1987.

Ces études ont été réalisées avant le développement des UMB et le panel de prise en charge que l'on peut proposer de nos jours. De plus les conditions de placement ne sont pas précisées, or nous savons maintenant que les troubles peuvent être influencés par différents éléments. Ainsi, il faudrait pour évaluer l'impact des hospitalisations en UMB reprendre ces études dans 10 ans afin d'évaluer les devenir à long terme de ces dyades.

Il en est de même concernant la prise en charge précoce et le travail sur le maintien des liens mère-enfant à long terme. De plus, il faudrait évaluer le devenir des enfants placés en prenant en compte la sévérité des troubles maternels, l'âge du placement, l'existence d'un suivi psychothérapeutique et l'existence de visites médiatisées.

III Intérêt et enjeux

S'il n'a pas de pertinence statistique, notre travail à tout de même une valeur indicative concernant la prise en charge des mères schizophrènes et de leurs enfants et nous avons pu répondre aux objectifs fixés.

A Prévention précoce

Il s'est dégagé des résultats l'intérêt d'une prévention précoce. Celle-ci passe par la sensibilisation des psychiatres adultes au désir de maternité de leurs patientes schizophrènes. Les résultats mettent aussi en évidence l'importance toute particulière pour les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens d'être attentifs aux troubles psychiatriques de leurs patientes. La prévention précoce passe aussi par une collaboration entre les équipes de psychiatrie adulte et de maternité qui est encore à développer. Il faudrait rendre attentif les spécialistes de la santé de la femme aux signes de la pathologie psychiatrique pour :

- Repérer et diagnostiquer une situation à risque
- Instaurer une relation de confiance
- Evaluer la situation sociale et familiale et proposer l'entretien du 4^{ème} mois
- Aborder les difficultés de la mère et du couple par rapport à la grossesse
- Orienter la femme vers une maternité de niveau 2 ou 3 pour l'accouchement

Ces éléments permettront une prise en charge plus ciblée qui sera d'autant plus efficace si elle est commencée tôt. L'idéal est de ne pas se retrouver en situation d'urgence à la maternité au moment de l'accouchement sans qu'aucun suivi de la grossesse n'existe.

Si la femme suit un traitement médicamenteux, il primordial de l'informer de l'intérêt du traitement et de son maintien. Une compréhension de la nécessité de ce traitement va favoriser l'observance de la patiente. C'est un élément indispensable à son efficacité. Il va donc falloir répondre à ses éventuelles questions en s'appuyant des données de la littérature et des recommandations actuelles.

B Prévention et prise en charge à plus long terme

Après la naissance et à long terme, il est important de souligner que le devenir de ces enfants est en partie conditionné par la prévention et la prise en charge des différents troubles qu'ils peuvent présenter. Cette prévention vaut d'autant plus pour les enfants de mères schizophrènes placés pour lesquels il peut y avoir un manque de vigilance.

Enfin notons que la prise en charge des enfants passe en premier lieu par la prise en charge de la mère et du lien mère-enfant. Ainsi, il ne faut pas négliger le traitement de ces femmes, se préoccuper de leur situation familiale et socio-économique et maintenir autant que faire se peut les liens mère-enfant et les favoriser dès la grossesse et le passage en maternité.

En effet, le soutien du partenaire et de la famille est toujours à encourager car facteur de bon pronostic. Ce soutien peut aiguiller la mère dans ses capacités et procure à l'enfant une figure sur laquelle il peut se reposer. Dans un certain nombre de cas, ils se développeront normalement mais constituent une population fragile à laquelle il faut rester vigilant.

CONCLUSION

Nous avons pu le voir, la prise en charge des mères schizophrènes et de leurs enfants est pluridisciplinaire, complexe et parfois longue.

S'il existe la possibilité d'anticiper la grossesse et de la préparer en construisant un maillage autour de la femme et de sa famille, la problématique du devenir de l'enfant reste d'actualité. La possibilité d'une prise en charge médicamenteuse et du tissage d'un réseau au moment de la grossesse et après la naissance permet de donner un départ encourageant à ces mères fragiles.

De plus, les modes de prise en charge des enfants après la naissance, corrélés à la prise en charge des mères et du lien mère- enfant permettent la prévention et la prise en charge d'éventuels troubles du développement. Ils impliquent la collaboration entre psychiatres, sages-femmes, gynécologues, pédopsychiatres, puéricultrices et travailleurs sociaux.

Néanmoins, il existe encore des situations où les équipes se trouvent face à l'urgence de la décompensation psychiatrique avec le lot de conséquences qu'elle comporte. Un des risques est le placement non préparé du nouveau-né, source importante de stress et majorant probablement les conséquences néfastes sur le devenir de ce dernier.

La sage-femme dans sa position de premier interlocuteur de la femme enceinte tient une place de choix dans le repérage des situations à risques psychoaffectifs pour la future mère et l'enfant à venir notamment au cours de l'entretien prénatal précoce. Elle a aussi son rôle à jouer dans le suivi de ces grossesses à risque.

Une meilleure connaissance des troubles schizophréniques et des possibilités de prévention précoce permettrait probablement une prise en charge plus efficace de ces mères afin d'assurer le meilleur avenir possible à leurs nouveau-nés. Nous avons également notre rôle à jouer dans la gestion d'une décompensation aiguë pendant la grossesse avec les dangers qu'elle comporte pour la mère, le fœtus et le lien mère-bébé. Enfin, il faut garder à l'esprit les possibilités d'accompagnement et d'évaluation de la relation mère-enfant en suite de couche pour orienter au mieux les dyades et permettre l'établissement des premiers liens d'attachement.

Malgré la pluralité des prises en charge et à différents niveaux, les séparations des mères schizophrènes de leurs enfants s'élèvent encore à 50 %. Nonobstant les séparations parfois nécessaires à cause de la gravité des troubles maternels, le destin de ces enfants est empreint de la part génétique de la schizophrénie et son environnement.

Dans le cas d'un maintien du lien, il semblerait qu'il existe des facteurs de bon pronostic tels qu'une situation socio-économique stable, un entourage familial investi et la présence et le soutien du partenaire.

Le devenir des enfants de mères schizophrènes est donc déterminé par de très nombreux facteurs parfois difficiles à évaluer. Si la prévention de l'apparition de troubles passe par une prise en charge précoce de l'enfant, elle doit aussi s'intéresser à la mère et surtout au lien mère-enfant. Il faudrait donc, pour mesurer l'impact des prises en charge proposées, envisager des études à long terme et à grande échelle sur l'ensemble des maternités et des structures confrontées à la schizophrénie dans l'épreuve de la parentalité (UMB, centres médico-sociaux, CATTP, hôpitaux de jour, unités de pédopsychiatrie).

RÉFÉRENCES

1. Bayle B, Ma mère est schizophrène, Psychologie, grossesse et naissance.

[cité 20 janv 2013]. Disponible sur: <<http://benoit.bayle1.free.fr/>>

2. Crivello A.

Enfants de mères atteintes de schizophrénie : quel avenir après une hospitalisation conjointe ? A propos d'une enquête concernant le devenir de quarante-six enfants de mères atteintes de schizophrénie hospitalisés à l'unité Mère-Nourrisson des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg entre 2000 et 2010.

Thèse: Med: Université de Strasbourg; 2012

3. Cazas O. Femmes psychotiques et maternité : quels risques pour l'enfant? Gynécologie, obstétrique & fertilité 2007; 35: 1055-9.
4. Holzer L, Jaugey L, Sofia C, Corthe'sy Y. Les enfants de parents souffrant de psychose Annales Médico-psychologiques 2011.
5. Wendland J. Les premiers liens : perspectives thérapeutiques et préventives. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2005;53: 71-7.
6. Nezelof S, Vulliez-Gody L. Des services de maternité aux unités mère-bébé . in Poinso et Glangeaud-Freudenthal , Orages à l'aube de la vie ERES « La vie de l'enfant », 2009 p. 165-74.
7. GUIDE - AFFECTIONS DE LONGUE DUREE Schizophrénies HAS Novembre 2007. [cité 22 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf>
8. Sutter-Dallay A-L. Psychosis and pregnancy. L'information psychiatrique 2010; 86: 153-61.
9. Franck N. Traitements de la schizophrénie.

Cours: Med: Université Lyon 1

10. Robinson G. Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2012; 19: 380-6.
11. Matevosyan NR. Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2011;283:141-7.
12. Einarson A. Antipsychotic Medication (Safety/Risk) during Pregnancy and Breastfeeding. *Current Women's Health Reviews* 2010; 6: 34-8.
13. Newham J et al. Replies to Birth weight of infants after maternal exposure to typical and atypical antipsychotics: prospective comparison study. *BJP* 2008; 192: 333-7
14. Smadja J, Barroso A, Persini C. Schizophrénie et grossesse. *Vocation sage-femme* 2011; 88: 10-20
15. Margreth van der Lugt N. et al. Fetal, neonatal and developmental outcomes of lithium-exposed pregnancies. *Early Human Development* 2012; 88: 375-8
16. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

Quels neuroleptiques/antipsychotiques utiliser pendant la grossesse [cité 13 févr 2013].
Disponible sur: http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=115
17. Mosca F, Sarfaty J. Composer avec les ombres. Interventions précoces auprès d'une mère psychotique et de son enfant. *Dialogue* 2012; 195: 31-43.
18. Bayle B. Enfants de mère schizophrène : quel devenir ? *Dialogue* 2012; 195: 43-53.
19. Howard LM et al. Medical outcome of pregnancy in women with psychotic disorders and their infants in the first year after birth. *BJP* 2003;182:63-7.
20. Glatny-Dallay et al. Une approche pluridisciplinaire des troubles psychiatriques de la période périnatale. *Le Journal des psychologues.* 2008;261:26-8.
21. Législation PSY

CIM 10 - Chapitre V - Schizophrénie, trouble schizotypiques et troubles délirants (F20-F29) [cité 23 févr 2013].

Disponible sur: <<http://www.legislation-psy.com/spip.php?article439>>

22. Ministère de la santé

Plan de périnatalité 2005-2007 [cité 23 févr 2013].

Disponible sur:< <http://www.sante.gouv.fr>>

23. Capgras-Baberon D. L'entretien prénatal précoce : mode d'entrée dans le réseau. Spirale 2012; 61: 47-53.

24. Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Données concernant la protection maternelle et infantile [cité 13 févr 2013].

Disponible sur: <<http://www.drees.sante.gouv.fr>>

25. Bourdillon F et al. Prévention et santé mentale de l'enfant : les questions éthiques soulevées par des approches ciblées. Santé Publique 2011; 23: 181-8

26. République Française

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

27. Dugnat m. Réseaux en périnatalité : les outils pratiques d'une prévention universelle prévenante ? Spirale 2012; 61: 139-62

28. Molénat F, Roy J, Toubin R-M. Apprendre à penser ensemble : une clé indispensable pour la prévention précoce. 1001 bébés 2010;169-178.

29. Lamour M. Parents défaillants, professionnels en souffrance. Temps d'arrêt 2010
Disponible sur: <<http://www.yapaka.be>>

30. Payet G, Rainelli C. Une certaine mère. La vie de l'enfant. 2008;89-110.

31. Rottman H. L'enfant face à la maladie mentale de ses parents. Impact et traitement en placement familial. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2001; 49: 178-85

32. Sutter-Dallay L, Dallay D. Troubles psychiatriques et période périnatale
Disponible sur: <<http://www.syngof.fr>>
33. Nezelof S, Mathioly L. « L'hospitalisation conjointe mère-bébé » Un outil dans le dispositif de soins pour les mères souffrant de troubles psychiques. *Enfances & Psy* 2007; 37: 81-9.
34. Martin T. et al. Mother-baby units in France. *Annales Médico Psychologiques* 2003; 161: 504-9.
35. Irving CB, Saylan M. Mother-baby units for schizophrenia. The cochrane collaboration 2011
36. Isserlis C. Les unités mère-bébé en hospitalisation temps plein: leur rôle en psychiatrie périnatale. *Pluriels* 2009;80:1-12
37. Code civil - Article 375. disponible à partir de : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>
38. Ministère de la santé et de la solidarité
Guide pratique. La cellule départementale de recueil, de traitement et dévaluation.
39. Bayle B. Ma mère est schizophrène, *Erès* 2008 p.17-58.
40. Samson B. Les enfants de l'aide sociale à l'enfance, 20 ans après. *Archives de Pédiatrie*. juin 2007;14:735-7.
41. David M. Séparation précoce : traumatisme de la première enfance ? *Dialogue* 2005; 168:97-105.
42. Delvenne V, Nicolis H. Psychopathologie parentale et situations de crise à l'adolescence. *Enfances & Psy*. 2007; 37:62-70.
43. Coen M. Le vécu de la maternité chez les femmes schizophrènes. *La vie de l'enfant* 2008;37-52.

44. Moretton N

Les mères schizophrènes et leurs bébés: une situation à risque? : quelle prise en charge précoce et quelle évolution?

Thèse: Med: Université Pierre et Marie Curie (Paris); 2011

45. Allegaert H. L'unité « Fil-à-Fil ». *Enfances & Psy.* 9 nov 2007; 37:101-7.

46. Applebey L. Les suites d'hospitalisation mère-enfant pour pathologie sévère du post-partum. *Carnet psy* 1999; 55: 28-31

ANNEXE I

**CLASSIFICATION CIM 10
DE LA SCHIZOPHRÉNIE**

Schizophrénie, trouble schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)

Ce groupe réunit la schizophrénie, catégorie la plus importante de ce groupe de troubles, le trouble schizotypique, les troubles délirants persistants, et un groupe assez large de troubles psychotiques aigus et transitoires- Les troubles schizo-affectifs ont été maintenus ici, bien que leur nature reste controversée-

F20 Schizophrénie

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés- La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution- Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs-

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète- On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs- Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue- Des troubles semblables apparaissant au cours d'une épilepsie ou d'une autre affection cérébrale, sont à coder en F06-2, ceux induits par des substances psycho-actives étant à classer en F10-F19 avec le quatrième chiffre -5-

A l'exclusion de : réaction schizophrénique (F23-2)

schizophrénie :

- ▶ aiguë (indifférenciée) (F23-2)
- ▶ cyclique (F25-2)

trouble schizotypique (F21)

F20-0 Schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions- Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrets-

Schizophrénie paraphrénique

A l'exclusion de : état paranoïaque d'involution (F22-8)

paranoïa (F22-0)

F20-1 Schizophrénie hébéphrénique

Forme de schizophrénie caractérisée par la présence, au premier plan, d'une perturbation des affects ; les idées délirantes et les hallucinations restent flottantes et fragmentaires, le comportement est irresponsable et imprévisible ; il existe fréquemment un maniérisme- L'humeur est superficielle et inappropriée- La pensée est désorganisée et le discours incohérent- Le trouble entraîne fréquemment un isolement social- Le pronostic est habituellement médiocre, en raison de l'apparition précoce de symptômes "négatifs", concernant, en particulier, un émoussement des affects et une perte de la volonté- En principe, le diagnostic d'hébéphrénie doit être réservé à des adolescents et des adultes jeunes-

Hébéphrénie

Schizophrénie désorganisée

F20-2 Schizophrénie catatonique

La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes, pouvant alterner d'un extrême à un autre : hyperkinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme- Des attitudes imposées ou des postures catatoniques peuvent être maintenues pendant une période prolongée- La survenue d'épisodes d'agitation violente est caractéristique de ce trouble- Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues-

Catalepsie schizophrénique

Catatonie schizophrénique

Flexibilité cireuse catatonique

Stupeur catatonique

F20-3 Schizophrénie indifférenciée

Etats psychotiques répondant aux critères généraux de la schizophrénie, mais ne correspondant à aucune des formes cliniques décrites en F20-0-F20-2, ou répondant simultanément aux critères de plusieurs de ces formes, sans prédominance nette d'un groupe déterminé de caractéristiques diagnostiques-

Schizophrénie atypique

A l'exclusion de : dépression post-schizophrénique (F20-4)

schizophrénie chronique indifférenciée (F20-5)

trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique (F23-2)

F20-4 Dépression post-schizophrénique

Épisode dépressif, éventuellement prolongé, survenant au décours d'une maladie schizophrénique- Certains symptômes schizophréniques "positifs" ou "négatifs" doivent encore être présents, mais ne dominent plus le tableau clinique- Ce type d'état dépressif s'accompagne d'un risque accru de suicide- Si le patient ne présente plus aucun symptôme schizophrénique, on doit faire un diagnostic d'épisode dépressif (F32—)- Si les symptômes schizophréniques restent florides et au premier plan de la symptomatologie, on doit garder le diagnostic de la forme clinique appropriée de schizophrénie (F20-0-F20-3)-

F20-5 Schizophrénie résiduelle

Stade chronique de l'évolution d'une maladie schizophrénique, avec une progression nette à partir du début jusqu'à un stade tardif caractérisé par des symptômes "négatifs" durables, mais pas obligatoirement irréversibles, par exemple ralentissement psychomoteur, hypoactivité, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, pauvreté de la quantité et du contenu du discours, peu de communication non verbale (expression faciale, contact oculaire, modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performances sociales médiocres-

État résiduel schizophrénique

Restzustand (schizophrénique)

Schizophrénie chronique indifférenciée

F20-6 Schizophrénie simple

Trouble caractérisé par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une impossibilité à répondre aux exigences de la société et d'une diminution globale des performances- La survenue des caractéristiques "négatives" de la schizophrénie résiduelle (par exemple un émoussement affectif et une perte de la volonté, etc-) n'est pas précédée d'un quelconque symptôme psychotique manifeste-

F20-8 Autres formes de schizophrénie

Accès schizophréniforme

Psychose schizophréniforme

Trouble schizophréniforme

Schizophrénie cénestopathique

A l'exclusion de : trouble schizophréniforme de courte durée (F23-2)

F20-9 Schizophrénie, sans précision

ANNEXE II
GRILLE D'ENTRETIEN

Entretien semi- structuré avec Evelyne Sberro, sage-femme
de PMI à Illkirch-Graffenstaden

Date	6 février 2013
Lieu	Centre médico -social d'Illkirch Graffenstaden
Objectifs	Définir le rôle de la PMI dans le suivi des mères schizophrènes et de leurs enfants
Questions posées	<ul style="list-style-type: none">-Rencontrez- vous des mères schizophrènes dans votre pratique professionnelle ?- De quelle façon pouvez-vous les orienter ?- Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer ?- Avez-vous la possibilité des faire un signalement d'une situation alarmante ?- Y a-t-il un suivi en post-natal de ces mères et de leurs enfants ?