

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2014-2015

**LES APPORTS DE L'HOSPITALISATION CONJOINTE À TEMPS
PLEIN POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DYADE MÈRE-ENFANT
DANS UN CONTEXTE DE DÉPRESSION POSTNATALE**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU
PAR

TOMASINELLI LAURÉNA

Née le 19 Mars 1991 à Strasbourg

Directeur de mémoire : Docteur CHAUVIN Annick
Codirecteur de mémoire : Madame BURGY Catherine

ATTESTATION D'AUTHENTICITÉ

Ce document rempli et signé par l'étudiant doit être inséré après la page de titre.

Je, soussignée Lauréna TOMASINELLI

Étudiante de 5^{ème} année

Établissement : École de Sages-Femmes de Strasbourg

Certifie que le document soumis ne comporte aucun texte ou son, aucune image ou vidéo copiée sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citations universitaires.

Fait à Strasbourg, le 19 Mars 2015.

Signature de l'étudiant(e).

Tout plagiat réalisé par un étudiant constitue une fraude au sens du décret du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les Établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. La fraude par plagiat relève de la compétence du Conseil de discipline de l'École de Sages-Femmes. En général la sanction infligée aux étudiants qui fraudent par plagiat s'élève à un an d'exclusion de tout établissement d'enseignement supérieur.

Tout passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources, selon les normes de citation universitaires, sera considéré par le jury ou le correcteur comme plagié.

REMERCIEMENTS

Au **Docteur Annick CHAUVIN**, d'avoir accepté de me guider dans la réalisation de ce mémoire, merci pour son savoir et son accueil au sein de l'Unité Mère-Bébé de l'EPSAN de Brumath.

À **Mme Lydie HUMMEL**, secrétaire du Docteur Annick CHAUVIN, pour sa patience et sa disponibilité.

À **l'ensemble de l'équipe soignante de l'Unité Mère-Bébé** de l'EPSAN de Brumath pour leur accueil, leurs enseignements et leur gentillesse.

À **Mme Catherine BURGY**, pour ses précieux conseils en tant que guidante de ce mémoire.

À toute l'équipe pédagogique de l'École de Sages-Femmes de Strasbourg et notamment **Mme Véronique PAQUET**.

À **mes amis**, pour leur présence réconfortante et leur soutien.

À **ma famille**, pour leur amour et leurs encouragements.

À **ma mère et Dominique**, pour leurs conseils, leur soutien sans faille, leur présence et leur amour.

À **Nathan**, pour tout.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	4
	1. Psychopathologie de la grossesse.....	5
	2. La dépression du post-partum.....	5
	3. La théorie de l'attachement.....	6
	4. Les Unités Mère-Bébé.....	7
	5. Problématique et hypothèses.....	8
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	9
	1. Sélection du matériel.....	10
	a) La recherche documentaire	10
	b) L'étude de cas.....	12
	2. Méthode	13
III.	RÉSULTATS	14
	1. Cas n°1.....	15
	a) Présentation de la patiente	15
	b) Anamnèse.....	15
	c) Prise en charge et hospitalisation	16
	d) Clinique dépressive.....	16
	e) Traits de personnalité et fonctionnement psychologique.....	16
	f) Évolution de la clinique au cours de l'hospitalisation	17
	i. Concernant la mère.....	17
	ii. Concernant l'enfant.....	18
	2. Cas n°2.....	19
	a) Présentation de la patiente	19
	b) Anamnèse.....	19
	c) Prise en charge et hospitalisation	20

d) Clinique dépressive.....	20
e) Traits de personnalité et fonctionnement psychologique.....	21
f) Évolution de la clinique au cours de l'hospitalisation	22
i. Concernant la mère.....	22
ii. Concernant l'enfant.....	23
3. Cas n°3.....	24
a) Présentation de la patiente	24
b) Anamnèse.....	24
c) Prise en charge et hospitalisation	25
d) Clinique dépressive.....	26
e) Traits de personnalité et fonctionnement psychologique.....	26
f) Évolution de la clinique au cours de l'hospitalisation	27
i. Concernant la mère.....	27
ii. Concernant l'enfant.....	28

IV. DISCUSSION 29

1. L'amélioration de la clinique maternelle	30
a) La dépression postnatale dans l'hospitalisation.....	31
b) Vers la résolution de la dépression.....	32
2. La place de la régression dans l'hospitalisation conjointe.....	33
a) Définition de la régression	33
b) L'absence de « préoccupation maternelle primaire »	34
c) La régression dans les Unités Mère-Bébé.....	34
3. L'amélioration de la clinique du nourrisson	35
4. L'établissement du lien mère-enfant	37
5. La prise en charge en Unité Mère-Bébé	38
a) Les soins en hospitalisation conjointe.....	38
b) Les limites de l'hospitalisation conjointe	39

6. Conclusion.....	40
7. Validité de notre travail.....	40
a) Matériel et Méthode	40
b) Résultats.....	41
V. CONCLUSION	43
VI. RÉFÉRENCES.....	46

ANNEXE 1 : LEXIQUE

**ANNEXE 2 : CLASSIFICATIONS CIM-10 ET DSM-IV-TR DE LA
DÉPRESSION POSTNATALE**

ANNEXE 3 : EDINBURG POSTNATAL DEPRESSION SCALE

ANNEXE 4 : ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE

I. INTRODUCTION

1. Psychopathologie de la grossesse

La grossesse est une expérience singulière pour la femme à l'origine de nombreux remaniements identitaires permettant, au terme de ces 9 mois, d'atteindre un nouvel équilibre dans lequel l'enfant prend sa place au sein du couple. Ainsi, ces remaniements mettent en jeu l'identification à la mère associée à une régression et un repli sur soi et une projection dans l'avenir admettant l'enfant dans la sphère familiale [1]. La périnatalité est donc une période de grande vulnérabilité psychique pouvant aboutir à des troubles psychiatriques divers. Certaines femmes vont alors éprouver des difficultés à trouver un équilibre entre ces deux versants, ce qui aura une incidence sur la qualité de la relation mère-enfant.

Les troubles psychiatriques les plus fréquents survenant dans la période périnatale sont les troubles anxieux et dépressifs. Plus rarement la maternité va être à l'origine de troubles psychotiques tels que la psychose puerpérale voire révéler une pathologie schizophrénique ou bipolaire [2].

2. La dépression du post-partum

La dépression postnatale a une incidence d'environ 10 à 20 % dans la population des femmes en âge de procréer [3] et deux pics de fréquence ; l'un autour de la 6^{ème} semaine post-natale, l'autre, entre le 9^{ème} et le 15^{ème} mois après la naissance [4]. Il s'agit, très souvent, du premier épisode dépressif vécu par la femme et le diagnostic est rendu difficile par le fort sentiment de culpabilité de la mère qui amène peu d'entre elles à consulter. Il s'agit d'un trouble dépressif majeur ou d'un épisode dépressif mineur avec présence quotidienne pendant au moins deux semaines consécutives d'une humeur triste ou de la perte du plaisir normalement associé aux activités quotidiennes. Une dépression majeure se caractérise par la présence d'au moins 5 critères quand 2 sont nécessaires pour définir une dépression mineure [5-6].

La clinique associe des signes de dépression classique (humeur dépressive, agitation, insomnie, irritabilité, aboulie) à des signes plus spécifiques de la dépression postnatale intégrant les problématiques liées à la naissance, notamment l'impression d'être incapable de répondre aux besoins de l'enfant, la perte de plaisir à prodiguer les soins, la survenue de phobies d'impulsion, une aggravation symptomatique le soir, des difficultés d'endormissement mais par ailleurs peu de ralentissement psychomoteur et de rares idées suicidaires [5].

Il s'agit donc d'une dépression atypique [7] qui peut affecter profondément l'établissement du lien d'attachement entre l'enfant et sa mère avec le risque de voir survenir des troubles physiques puis comportementaux chez l'enfant.

3. La théorie de l'attachement

L'attachement se définit comme le lien entre un individu et une figure d'attachement (celui qui prend soin de l'enfant ou caregiving) basé sur le besoin de sécurité et de protection développé par John Bowlby en 1952 [8;9]. Il s'agit d'un besoin primordial chez l'enfant au moment où, l'individu en développement est immature et vulnérable. Lorsque ce besoin est satisfait, il permet à l'enfant d'explorer le monde tout en sachant qu'il peut revenir vers un endroit sûr puisque face à sa détresse une figure d'attachement lui apportera le réconfort nécessaire. Dans la majorité des cas, la figure d'attachement principale est la mère. Ce lien, entre l'enfant et sa figure d'attachement, se construit dès la naissance et devient très spécifique après la première année de vie [10]. On parle alors d'attachement sécure [8;9].

L'attachement est influencé par le comportement physique et émotionnel de la figure d'attachement qui, s'il est inadéquat, peut être insécure voire désorganisé.

Cependant, les styles d'attachement des enfants se construisent entre 0 et 2 ans et ne sont réellement fixés que dans la deuxième année de vie. Il semble que ce soit principalement le style maternel en terme de sécurité qui se transmet à l'enfant. L'attachement sécure de l'enfant à sa mère constitue une base favorisant le bon

développement psycho-affectif des enfants, alors que les styles insécure et surtout désorganisé risquent de l'entraver. Des figures d'attachement secondaires peuvent intervenir pour reconforter et sécuriser l'enfant le temps que la mère aille mieux. Ces figures d'attachement secondaires peuvent être le soignant, le père ou les grands-parents [10].

Comme cela a été dit précédemment, une dépression post-natale peut avoir un retentissement important sur la qualité du lien d'attachement de l'enfant à sa mère. Une prise en charge adéquate et précoce permettra de préserver le lien d'attachement. Le développement psycho-affectif de l'enfant dépend donc des soins que nous pouvons apporter à la mère [11] de façon à ce qu'elle reste ou devienne une base sécurisante pour l'enfant.

Les soins parents-enfants, et tout particulièrement mère-enfant, autour de la naissance visent à optimiser la sécurité de l'attachement de l'enfant en cas de difficultés maternelles.

4. Les Unités Mère-Bébé

Les Unités Mère-Bébé (UMB) ont fait leur première apparition en France en 1975 à Créteil, quand elles avaient déjà une vingtaine d'années Outre-manche. Ces unités constituent une nouvelle pratique de soins en France et un dispositif spécifique qui permet de traiter les difficultés psychologiques et psychiatriques maternelles survenant au cours de la grossesse et en période post-natale. Elles ont également pour but de soutenir la construction du premier lien mère-enfant. Il existe aujourd'hui, une vingtaine d'UMB en France permettant des hospitalisations conjointes à temps plein, de jour ou des soins d'accompagnement [12;13]. Contrairement à nos voisins anglo-saxons, les UMB du territoire français sont majoritairement issues des services de psychiatrie infantile, mettant ainsi l'accent sur la prévention des conséquences psychiques, pour le nourrisson, de la pathologie maternelle [14].

Bien que les pratiques de chaque unité soient spécifiques à l'histoire de leur création et de leur émergence, toutes ont pour objectif de favoriser le lien mère-enfant [15]. Les soins apportés au cours de ces hospitalisations ont pour but d'aider chaque nourrisson à se développer harmonieusement dans un contexte qui est le sien en tentant de résoudre la problématique maternelle.

5. Problématique et hypothèses

Nos recherches nous ont amené à nous demander quels pouvaient être les apports de l'hospitalisation conjointe à temps plein en Unité Mère-Bébé pour la prise en charge de la dyade mère-enfant dans un contexte de dépression du post-partum ?

Nous pouvons supposer que l'hospitalisation conjointe permet dans un premier temps l'amélioration de la clinique maternelle en acceptant un temps pour la régression et le repli sur soi dans le comportement de la mère et dans un second temps la reprise d'un fonctionnement psychique plus adapté pour l'enfant. A terme, cette hospitalisation a pour but de rétablir, ou le cas échéant, d'établir un lien d'attachement entre l'enfant et sa mère et de permettre à la femme d'investir son rôle de mère, car il s'agit d'un processus psychique qui, pour certaines femmes, demande un certain temps de maturation.

Il nous est apparu primordial de relever et analyser les moyens de prise en charge proposés au sein de ces Unités Mère-Bébé afin de compléter notre travail de recherche.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Sélection du matériel

a) La recherche documentaire

Afin de réaliser ce mémoire, nous avons recherché des ouvrages concernant la dépression du post-partum ainsi que des études portant sur l'organisation des Unités Mère-Bébé et des soins proposés au sein de ces structures. Nous avons également fait des recherches à propos du développement psychomoteur et affectif des enfants de mères ayant connu un épisode de dépression postnatale. Ces recherches se sont étendues de Mars 2014 à Janvier 2015.

Pour cela, nous avons utilisé le répertoire des publications de la Société Marcé Francophone ainsi que les bases de données électroniques Cairn.Info, Science Direct, Base SantéPsy et EM-Premium. Nous avons également utilisé le Système Universitaire de Documentation (SUDOC) afin d'accéder aux thèses ou mémoires traitant du sujet et nous avons procédé à une recherche multi-catalogues dans le Service Commun de Documentation de l'Université de Strasbourg afin d'accéder aux ouvrages des Universités de Médecine et de Psychologie.

Nous avons utilisé les mots-clés suivants, ainsi que leurs équivalences anglo-saxonnes trouvées à l'aide du MeSH bilingue anglais-français.

FRANÇAIS	ANGLAIS
Psychopathologie périnatale	Perinatal psychopathology
Troubles psychiques du post-partum	Psychiatric disorders of childbirth
Dépression postnatale	Postpartum depression
Unités Mère-Bébé	Mother and Baby Units
Hospitalisation conjointe mère-bébé	Baby mother joint admission
Relation mère-enfant	mother-child relationship
Théorie de l'attachement	Attachment theory
Développement de l'enfant et dépression du post-partum	Postpartum depression and Child Development

Les mots-clés devaient apparaître dans le titre ou le résumé et les mots-clés de l'article.

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	
CAIRN.INFO	Dépression postnatale : 175 résultats
	Unité Mère-Bébé : 589 résultats
	Hospitalisation mère-bébé : 24 résultats
SCIENCE DIRECT	Accès aux articles cités dans les autres références
BASE SANTÉPSY	Unité Mère-Bébé : 23 résultats
	Dépression du post-partum : 162 résultats
	Hospitalisation conjointe mère-bébé : 23 résultats
EM-PREMIUM	Dépression du post-partum : 356 résultats
	Unité Mère-Bébé : 25 résultats
	Hospitalisation conjointe mère-bébé : 14 résultats

Nous avons fait une première sélection d'ouvrages et d'articles sur lecture des titres et abstracts. Nous avons ensuite procédé à une seconde sélection à partir des critères suivants :

- Les auteurs référents ;
- La langue ;
- La renommée des auteurs dans le domaine ;
- L'intérêt par rapport à la question posée ;
- La citation dans les références bibliographiques d'autres études et publications parlant du même sujet.

Nous avons fait le choix de sélectionner les articles en nous basant sur leur pertinence sans restreindre notre recherche aux dates de publication. En effet, les études concernant la psychopathologie de la grossesse sont nombreuses dans les années 70 et 80 mais restent applicables aujourd'hui.

Dans le cadre de nos recherches, nous avons également étudié les références bibliographiques des publications. Ces publications ont été obtenues sur les bases de données citées plus haut.

b) L'étude de cas

La sélection des dossiers patientes a été fait sur la base de deux critères : la mère devait présenter une dépression du post-partum dont le diagnostic avait été posé en temps que tel et devait avoir bénéficié d'une hospitalisation à temps plein à l'UMB de Brumath. Elle ne devait pas ailleurs présenter aucune autre pathologie psychiatrique ou trouble du comportement.

Le Dr CHAUVIN a procédé à leur sélection, parmi les patientes qu'elle avait elle-même suivie entre Décembre 2012 et Avril 2013. Sa secrétaire, Lydie HUMMEL a procédé à leur entière anonymisation pour des raisons de confidentialité et par respect du secret professionnel. Cette étude de cas n'a pas nécessité de déclaration ou de demande d'autorisation particulière pour l'exploitation des dossiers auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Il s'agit d'une étude exploratoire par des cas cliniques, n'ayant pas de finalité de résultats. Elle permet l'observation et l'identification de la clinique dépressive maternelle, sa résolution et également l'impact de cette pathologie sur le comportement de l'enfant. Elle apporte une observation clinique complémentaire de la recherche documentaire concernant le fonctionnement et les éléments de prise en charge proposés en UMB.

Suite à la lecture des dossiers, nous avons classé les informations selon 4 critères :

- Les informations administratives et cliniques concernant la mère et l'enfant
- Les affects de la mère
- Le comportement de l'enfant
- La place du père

Puis, nous avons rédigé pour chaque cas, 6 parties :

- Présentation de la patiente
- Anamnèse
- Prise en charge et hospitalisation

- Clinique dépressive
- Traits de personnalité et fonctionnement psychologique
- Évolution de la clinique au cours de l'hospitalisation (concernant la mère d'une part et l'enfant d'autre part).

2. Méthode

Afin d'identifier la clinique dépressive maternelle, nous nous sommes basées sur les définitions de la dépression du post-partum telles qu'elles ont été énoncées par Cooper et coll. (1988), qui fait état d'une sémiologie spécifique qu'on ne retrouve pas dans les classifications internationales (CIM-10 et DSM-IV-TR) dont les critères diagnostiques imposés limitent leur validité clinique quant à la dépression du post-partum.

Pour identifier le retentissement de la dépression du post-partum sur le comportement de l'enfant, nous avons recherché s'il existait des troubles fonctionnels mais également une différence de réponse face au discours maternel (évitant ou au contraire anxieux voire invasif).

Pour évaluer l'amélioration de la clinique maternelle ainsi que celle du nourrisson nous nous sommes basées sur les observations des différents professionnels de santé qui sont intervenus auprès des trois patientes dont nous avons étudié les dossiers d'hospitalisation.

La recherche documentaire permet d'étayer nos études de dossiers mais apporte également un support théorique quant à la prise en charge proposée dans ces unités de soins.

III. RÉSULTATS

1. Cas n°1

a) Présentation de la patiente

Mme A., primigeste, primipare a été adressée par la policlinique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Il s'agit de sa première admission en hôpital psychiatrique mais a déjà connu un épisode dépressif il y a dix ans qui a été pris en charge en ambulatoire et traité par antidépresseurs. Cet épisode a été suivi d'une psychothérapie sur 3 ans.

Elle est en couple depuis dix ans, mariée depuis cinq ans et vit avec son mari. Le couple a un enfant, né le 19 Janvier et qui a 27 jours au moment de l'admission. Sa grossesse a été suivie par une gynécologue libérale puis à l'hôpital. Elle était sans particularité jusqu'à la survenue d'une prééclampsie en fin de grossesse. Elle a accouché le 19 Janvier à 37 semaines d'aménorrhées (SA) d'un garçon de 2760g. L'enfant présente une légère hypotonie et un souffle cardiaque à explorer. La sortie s'est faite 7 jours plus tard, le 25 Janvier.

Par ailleurs, Mme A. est juriste et son mari est journaliste.

b) Anamnèse

Mme A. est d'origine roumaine, arrivée en France au cours de son enfance et ayant été scolarisée dans un lycée privé de Strasbourg. Mme A. a une sœur aînée dont elle est proche et qui a fait une dépression du post-partum. Elle décrit la relation à ses parents comme « ne tenant pas à leur causer des problèmes. Elles étaient des enfants raisonnables ». Elle ajoute qu'elle « sait tout gérer intellectuellement mais tout ce qui est émotionnel lui est extrêmement difficile ».

Au cours de sa grossesse, Mme A. présentait de nombreuses angoisses concernant la toxoplasmose et au cours du post-partum s'est rapidement sentie submergée par les cris de son enfant.

La patiente est admise pour symptomatologie anxio-dépressive dans les suites de l'accouchement.

c) Prise en charge et hospitalisation

Mme A. a été admise en hospitalisation temps plein pendant 35 jours puis la prise en charge s'est poursuivie en hôpital de jour à raison d'une journée par semaine. Elle a également bénéficié d'un suivi hebdomadaire avec la pédopsychiatre de l'unité.

Mme A. bénéficie d'un traitement médicamenteux associant un antidépresseur, un anxiolytique et un antihistaminique H1 qui permet de lutter contre les troubles du sommeil.

Le père se montre particulièrement présent au cours de l'hospitalisation en lui rendant visite à de nombreuses reprises et en participant à des entretiens conjoints avec la psychiatre.

d) Clinique dépressive

Mme A. souffre d'une dépression du post-partum. Elle présente une labilité émotionnelle intense assortie d'une thymie triste avec sensation d'épuisement physique et psychique. Elle présente également des troubles du sommeil et une « anesthésie affective » vis-à-vis de son enfant. Par ailleurs, Mme A. n'a pas d'idée suicidaire au moment de l'admission bien qu'elle en ait régulièrement eu depuis l'accouchement et ne présente pas d'éléments psychotiques dissociatifs ou délirants.

L'enfant crie de manière stridente à l'admission et est difficilement contenu dans le portage.

e) Traits de personnalité et fonctionnement psychologique

Au cours de son hospitalisation, Mme A. explique « ne rien ressentir pour son fils » et ne se sent bien avec lui que lors des soins techniques (change et bain). Elle pose beaucoup de question à l'équipe soignante en rapport avec l'évolution de son

filis et de ses pleurs. Elle éprouvait un « sentiment de persécution et l'envie de fuir » son enfant « qui la hantait » au moment des pleurs.

Mme A. est envahie par un sentiment de culpabilité omniprésent. La patiente avait imaginé « un enfant idéal ne pleurant pas, souriant, avec lequel elle jouerait ».

Par ailleurs, Mme A. est sensible à la réassurance mais parvient difficilement à relativiser les pleurs de son enfant, moments pendant lesquels elle se sent en échec. « En dehors du bébé tout va bien ». Elle a l'impression d'être « en conflit avec lui », « qu'il ne l'aime pas et pense du mal d'elle ». Elle exprime même une déception quant au fait que son enfant « ne lui accorde pas assez d'attention, de reconnaissance et ne lui donne rien en retour ». Il persiste une anxiété à prédominance vespérale avec des réveils nocturnes fréquents.

Mme A. est de nature anxieuse et particulièrement négative au cours de son hospitalisation. Elle est rapidement démunie dans les moments d'éveil malgré son assurance dans les soins de nursing. Elle présente un discours cohérent bien que logorrhéique et a tendance à intellectualiser son vécu tout en anticipant les craintes liées au retour des pleurs et son incapacité à y répondre.

f) Évolution de la clinique au cours de l'hospitalisation

i. Concernant la mère

Une nette amélioration de l'état de la patiente est visible dès les premiers jours et corrélée au début du traitement, l'arrêt de l'allaitement et le repos.

Cependant, dès J6, la patiente ressent « comme un retour en arrière et se demande si elle pourra un jour s'occuper seule de son enfant ». Puis rapidement, l'état psychique de Mme A. s'améliore bien que parfois mis à mal par les nombreuses permissions dont elle bénéficiera avec son enfant, vécues comme des « mises à l'épreuve » et source d'anxiété nécessitant régulièrement un entretien psychiatrique préalable. Puis à J18, Mme A. relate un « déclic » lui ayant permis de comprendre son manque d'élan envers son enfant. La patiente est alors de plus en

plus souriante, détendue, sûre d'elle, de ses soins et rentre volontiers en communication avec son enfant tout en faisant preuve de tendresse à son égard. Elle est organisée et les gestes sont sûrs et maîtrisés. A J25, Mme A. dit « avoir retrouvé son enfant » au cours de son hospitalisation et s'occupe de lui de façon autonome.

Avant le retour à domicile, Mme A. présente une franche amélioration clinique depuis l'admission avec amendement de tous les éléments dépressifs, des troubles du sommeil et une nette amélioration de la relation mère-enfant.

ii. Concernant l'enfant

A l'admission l'enfant crie de manière stridente et est difficilement contenu dans le portage. Il s'apaise peu après les prises alimentaires, est tendu et s'arc-boute par moment. Il montre le besoin d'être porté et rassuré, s'endort dans les bras avec un portage contenant mais pleure souvent. L'enfant est nerveux et reste hypervigilant en gardant longtemps les yeux ouverts après le coucher. Les mouvements des membres sont dysharmonieux, désordonnés et asymétriques.

La patiente rapporte que lorsqu'elle est fatiguée ou anxieuse, l'enfant ne mange pas correctement et s'arc-boute.

Puis, dans les jours suivants, l'enfant présente une gêne répétée suite à des remontées de lait et présente de nombreuses coliques. Il s'agit de reflux gastro-oesophagiens probables, associés à des troubles digestifs importants (sang dans les selles, selles liquides). Il présente également des difficultés d'endormissement.

A J18, l'examen pédiatrique de l'enfant indique qu'il va « globalement mieux ». L'enfant paraît plus détendu, se calme rapidement dans les bras, est attentif aux regards et paroles de sa mère et ébauche des sourires. Les troubles du sommeil semblent abolis. Puis à J23, il y a mise en place progressive d'échanges mère-enfant.

2. Cas n°2

a) Présentation de la patiente

Mme B., 26 ans, primigeste, primipare a fait spontanément la démarche de consulter à l'EPSAN de Brumath. Il s'agit de sa seconde hospitalisation en hôpital psychiatrique après une première hospitalisation en 2003 suite à un accident de voiture au cours duquel deux de ses amis sont décédés.

Elle est en concubinage avec le père de son enfant, né le 26 Décembre et qui a 2 mois au moment de l'admission.

Sa grossesse était désirée et sans particularité, hormis un arrêt de travail depuis la 8^{ème} SA, prolongé par son médecin traitant suite à un désaccord avec son employeur. Elle a accouché à la maternité de Saverne le 26 Décembre à terme d'un garçon de 3580g. La sortie s'est faite 3 jours plus tard, le 29 Décembre.

Par ailleurs, Mme B est aide-soignante et son compagnon est conducteur d'engins de travaux publics.

b) Anamnèse

Mme B. explique dès son arrivée qu'elle a souffert du regard des autres au cours de son enfance et a été souvent la cible de brimades au collège et au lycée. Elle rapporte des rapports conflictuels avec ses parents et notamment avec sa mère qui la méprisait et la rabaissait en disant qu'elle était « inutile et dénuée d'intelligence et qu'elle ne devrait pas faire d'enfant ». Elle a deux sœurs avec lesquelles elle entretient peu de contacts.

A l'âge de 16 ans, elle rencontre un homme avec lequel elle entretiendra une relation pendant 5 ans et qui « l'isolera, la rabaissera et la frappera ». Elle vit par ailleurs un profond sentiment de solitude et dit n'avoir « qu'une seule amie ». Puis elle rencontre son conjoint.

Au cours du post-partum, Mme B. est rapidement submergée par l'arrivée de son enfant et s'est retrouvée seule très précocement dans les suites de couches car son compagnon devait être hospitalisé en vue d'une opération. Les grands-parents maternels et paternels n'étaient ni présents ni soutenant « eux-mêmes, autrefois, se sont débrouillés seuls, alors pourquoi pas elle ». L'enfant était alors pris en charge par une assistante maternelle en journée et le soir par le père. Le weekend, l'enfant était pris en charge par d'une des sœurs de Mme B.

La patiente est admise pour dépression du post-partum dans les suites de son accouchement avec idées d'autoagressivité et d'hétéroagressivité envers l'enfant.

c) Prise en charge et hospitalisation

Mme B. a été admise à l'EPSAN de Brumath le 20 Février dans un pavillon de psychiatrie adulte, sans son enfant. La patiente a refusé à trois reprises la proposition d'hospitalisation en Unité Mère-Bébé (UMB) de l'EPSAN de Brumath car elle ne se « sent pas prête à être avec le bébé » et ne souhaite pas s'en occuper.

Puis, Mme B. a été admise à hospitalisation temps plein à l'UMB pendant 25 jours. La prise en charge s'est ensuite poursuivie à hôpital de jour à raison de deux journées par semaines. Elle a également bénéficié d'un suivi régulier par la psychiatre et la pédopsychiatre de l'unité.

Mme B. bénéficie d'un traitement médicamenteux associant un antidépresseur et un anxiolytique.

Son compagnon est présent au cours de l'hospitalisation en lui rendant visite à plusieurs reprises.

d) Clinique dépressive

Mme B. souffre d'une dépression du post-partum. Elle présente une labilité émotionnelle lors de l'admission en psychiatrie adulte assortie d'une thymie triste

avec sensation d'épuisement physique et psychique. Elle présente également des troubles du sommeil et dit « ne rien ressentir » vis-à-vis de son enfant ainsi qu'un sentiment d'étrangeté, comme s'il n'était pas le sien.

Par ailleurs, Mme B. présente des idées suicidaires et des phobies d'impulsions envers son enfant ainsi qu'une instabilité motrice assortie de ruminations anxieuses.

4 jours plus tard, Mme B. déclare que son hospitalisation en psychiatrie adulte lui a apporté « un apaisement » mais ne souhaite pas être prise en charge en UMB avec son enfant. 1 semaine plus tard, Mme B. est finalement admise à l'UMB après discussion conjointe avec son compagnon et la pédopsychiatre de l'unité. À l'admission, la patiente ne présente plus d'idée suicidaire ni de troubles du sommeil. Sa thymie est stable mais immature. Cependant, elle présente toujours des phobies d'impulsion.

e) Traits de personnalité et fonctionnement psychologique

Mme B. a elle-même fait la démarche de consulter et est en demande d'aide. Elle semble soulagée par son admission à l'UMB.

Au cours de son hospitalisation, Mme B. explique quelle ne supportait plus « les colères » de son enfant et devenait de plus en plus violente en ressentant de la haine envers lui. « Je lui ai déjà crié dessus (...) je lui ai déjà lancé son doudou à la figure, un jour je lui ai mis une tape sur les fesses car il hurlait ». « Je me suis griffée la tête, arraché les cheveux (...) je dormais mal car quand je dormais, j'avais peur qu'il se réveille et qu'il n'arrête pas d'hurler, j'en tremblais ». La patiente sentait un malaise depuis l'accouchement, comme si l'enfant n'était pas à elle. Elle conclue un entretien psychiatrique en disant « Le protocole pour bébé, je ne le connais pas ! ».

La patiente a besoin de parler d'elle et se montre souvent logorrhéique tout en laissant peu de place à l'enfant dans son discours. Elle peut parfois être intrusive avec d'autres patientes ou avec les soignants en recherchant auprès d'eux, des informations à caractère secret. Elle accepte mal les remarques et peut se montrer susceptible adoptant alors une attitude fermée ou le dialogue devient impossible.

Par ailleurs, Mme B. est sensible à la réassurance et la revalorisation de sa fonction maternelle mais elle est rapidement démunie dans les moments d'éveil malgré son assurance dans les soins de nursing (bain, change, biberon). Elle est parfois envahie par un sentiment de culpabilité en repensant à ce qui l'a amené à consulter.

La patiente reconnaît son tempérament impulsif qui l'amène à avoir des réactions disproportionnées par rapport à la situation vécue mais ne prend pas conscience des conséquences que cela peut avoir sur son enfant.

f) Évolution de la clinique au cours de l'hospitalisation

i. Concernant la mère

Dans les premiers jours de son hospitalisation conjointe, Mme B. semble distante par moment et prendre peu de plaisir au contact de son enfant. Puis, dans les jours suivants, la patiente commence à repérer les besoins de son enfant et y répond de manière adaptée. Elle prend son temps dans les moments d'éveil, lui parle et le câline. Cependant, Mme B. est rapidement démunie lorsque son enfant pleure et a des difficultés à trouver des stratégies pour le calmer. Elle paraît parfois hésitante dans sa relation avec son fils bien qu'elle ne présente aucune difficulté dans les soins techniques.

Pendant l'hospitalisation Mme B. présentera à de nombreuses reprises, des moments de « fatigue » nécessitant une prise de relais de la part de l'équipe soignante, régulièrement interprété comme une fuite du soin relationnel. À J8, la

patiente s'améliore dans sa relation avec son enfant et dit spontanément qu'elle a « du plaisir à voir son enfant entrain de gazouiller ». Mais, elle peut également se montrer intrusive et excessive dans ses jeux et montre des difficultés à s'arrêter lorsque son enfant semble s'impatienter.

Son compagnon lui rendra visite à 7 reprises et se montrera particulièrement soutenant dans les soins, en les effectuant conjointement avec sa compagne.

Malgré tout, chaque séparation sera douloureuse et fera resurgir ces moments de « fatigue » où la patiente aura besoin de se retrouver seule. Mme B. bénéficiera par la suite de deux permissions se déroulant sans difficulté.

Dès J18, la patiente se montre moins excessive dans ses propos, plus détendue et souriante. De beaux échanges mère-enfant peuvent alors être observés et Mme B. gère son fils tout en l'intégrant à ses activités quotidiennes (repas, douches, activités ménagères). Avant le retour à domicile, Mme B. présente une franche amélioration clinique tant physique que psychique ainsi que l'amendement de tous les éléments dépressifs tels que les phobies d'impulsion, l'instabilité motrice et les ruminations anxieuses. On peut également faire état d'une franche amélioration de la relation mère-enfant.

ii. Concernant l'enfant

À l'admission, l'enfant demande une présence adulte fréquente mais reste globalement calme. Puis dans les jours qui suivent, l'enfant est souriant face à l'adulte et babille. Il présente un bon développement psychomoteur, en adéquation avec son âge. Il est très éveillé, avide de contact et très souriant. L'enfant se calme facilement dans les bras de sa mère et apprécie les temps d'échange qu'il peut avoir avec elle.

La prise de poids est croissante, sans inversion de courbe malgré la découverte d'une intolérance au lactose peu de temps avant l'hospitalisation et les fréquents changements de lait.

3. Cas n°3

a) Présentation de la patiente

Mme C., 29 ans, deuxième geste, deuxième pare a fait spontanément la démarche de consulter à l'EPSAN de Brumath. Il s'agit de sa première admission en hôpital psychiatrique et n'a pas d'antécédent.

Elle est en couple et mariée depuis cinq ans et vit avec son mari. Le couple a deux enfants. L'aîné a 4 ans et est en maternelle, le cadet a 9 mois. Les deux fils sont asthmatiques et font régulièrement des crises traitées par Ventoline®. La seconde grossesse était désirée malgré une certaine hésitation de prime abord. La patiente dit avoir « regretté ce choix » par la suite et qu'elle aurait « aimé faire une fausse couche ». Ses regrets seraient liés à une transmission génétique avérée de l'asthme tant du côté maternel que paternel. Mme C. a accouché en Juin à 38 SA, l'enfant pesait 2900g. Il a déjà été hospitalisé à trois reprises depuis sa naissance entre Décembre et Février suite à une gastro-entérite et une détresse respiratoire liée à l'asthme. Son aîné présente plusieurs pathologies pour lesquels il a déjà subi de nombreuses hospitalisations et interventions chirurgicales (amygdales-végétations, tumeur bénigne de la verge, déficit de l'audition et troubles du comportement associés à un asthme sévère).

Par ailleurs, Mme C. est assistante de gestion dans une agence de services à la personne et son mari est comptable.

b) Anamnèse

Mme C. explique, lors de son premier entretien, le 4 Mars, qu'actuellement « ça se passe bien » car elle ne s'occupe que de son aîné. Elle ne s'occupe de son cadet que lorsqu'elle n'a « pas le choix ». Ce serait donc son compagnon qui, dès son retour du travail, assurerait les soins au nourrisson.

D'un point de vue familial, la mère de Mme C. est handicapée des suites d'une compression médullaire. Son père est en rémission d'un cancer de la gorge.

Mme C. est la quatrième d'une fratrie de quatre enfants. Une de ses sœurs aînées, malgré de très bons contacts, vient d'accoucher de jumeaux qui l'empêchent d'être disponible et aux côtés de Mme C. La patiente a également un frère aîné.

Mme C. aura un second entretien le 7 Mars à la suite duquel, elle sera admise pour dépression du post-partum avec troubles anxieux, épuisement physique et psychique associés à des idées d'autoagressivité et d'hétéroagressivité envers l'enfant.

c) Prise en charge et hospitalisation

Mme C. a été admise à l'EPSAN de Brumath le 4 Mars et vue par la pédopsychiatre de l'UMB avec son fils de 9 mois. Après un premier entretien, celle-ci préconisait une hospitalisation à l'unité temps plein qui a été vivement refusée par la patiente malgré son indication. Elle a alors été admise en hôpital de jour à raison de deux journées par semaine. Le 7 Mars, la patiente est à nouveau vue par la pédopsychiatre de l'UMB qui invoque la nécessité d'une hospitalisation à temps plein. Mme C. accepte finalement et est admise à l'unité temps plein de l'UMB de Brumath le 8 Mars.

Mme C. bénéficie d'un traitement médicamenteux associant un antidépresseur et un anxiolytique. Elle peut également prendre un antihistaminique H1 qui permet de lutter contre les troubles du sommeil dont elle souffre.

La patiente est hospitalisée dans cette unité pendant 26 jours. La prise en charge s'est ensuite poursuivie en hôpital de jour à raison de deux journées par semaine. Elle a également bénéficié d'un suivi rapproché par la psychiatre et la pédopsychiatre de l'unité.

d) Clinique dépressive

Mme C. souffre d'une dépression du post-partum. Elle présente un épuisement physique et psychique associé à un fort sentiment de culpabilité. Elle a néanmoins un discours cohérent, bien qu'elle emploie un ton monocorde et arbore un faciès triste. Elle présente également des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes. Cependant, la patiente ne présente pas d'idée suicidaire ni d'éléments psychotiques dissociatifs ou délirants. Elle présente une aboulie mais pas d'anhédonie.

e) Traits de personnalité et fonctionnement psychologique

Lors de l'entretien d'admission, Mme C. explique qu'elle ne supportait plus son fils et qu'elle trouve tous les prétextes pour être le moins possible en contact avec son enfant comme accepter un emploi qui ne lui convient pas.

Elle rapporte également qu'elle se met en colère lorsque son mari rentre avec du retard car c'est autant de temps qu'elle doit passer avec son fils cadet. Cependant, la relation avec son fils aîné semble préservée.

Mme C. n'arrive pas à fixer de limites à son fils ni à lui donner un rythme tant au niveau des repas qu'en ce qui concerne le sommeil. Elle a également tendance à répondre aux pleurs par l'alimentation.

Au cours de l'hospitalisation, la patiente est anxieuse et pessimiste concernant les progrès de son fils, persistant à mettre en doute les paroles du personnel soignant quant à sa capacité à faire ses nuits, jouer tranquillement ou manger sans faire de colères. Elle paraît incrédule et étonnée. Elle en vient même à penser que les soignants lui mentent pour la rassurer. Mme C. est très réticente à l'égard de la pédiatre qu'elle critique vivement après ses visites. La patiente est fréquemment en confrontation avec les soignants de prime abord puis s'excuse et prend le recul nécessaire pour accepter les règles de l'unité. La patiente fait alors preuve d'auto-critique « je sais que je peux avoir des avis très arrêtés sur à peu près tout ».

Dans les premiers jours de son hospitalisation, Mme C. présente des ruminations anxieuses avec des crises d'angoisse ayant pour thèmes des scénarios catastrophes au sujet de ses enfants. Elles se seraient majorées après la naissance de son fils.

Par ailleurs, Mme C. est globalement peu sensible à la réassurance et aux encouragements bien qu'elle comprenne l'importance d'être optimiste.

f) Évolution de la clinique au cours de l'hospitalisation

i. Concernant la mère

Dans les premiers jours de son hospitalisation, Mme C. demande régulièrement une prise de relai auprès de son enfant lorsque celui-ci pleure notamment au moment des repas et du coucher. Bien que la patiente puisse se montrer chaleureuse et tendre envers son fils, elle est rapidement démunie lorsqu'il pleure et préfère « fuir » car elle ne le supporte plus. Elle est souvent submergée par la crainte que les moments où son fils est calme ne sont que des passades qui reprendront « comme avant » lorsqu'elle rentrera chez elle.

Mais dès J10, la patiente se montre plus adaptée dans ses relations avec son fils. Elle est plus détendue et sourit beaucoup. Elle prend des initiatives adaptées à son enfant bien que parfois excessives et montre alors des difficultés à s'arrêter lorsqu'il semble s'impatienter. Un entretien psychiatrique à J12 permet de mettre en évidence l'amendement des troubles du sommeil et des ruminations anxieuses. Au terme des deux premières semaines d'hospitalisation, Mme C. est complètement autonome et adaptée dans les soins de nursing et également plus à l'aise dans les moments d'éveil. Elle fait preuve de douceur envers son fils. Avant sa seconde permission, l'entretien psychiatrique révèle l'absence de crise d'angoisse et une régression nette de l'anxiété depuis l'introduction d'un traitement antidépresseur.

Son compagnon lui rendra visite à 8 reprises et s'impliquera dans les entretiens avec la pédopsychiatre. Les visites se feront toujours en présence du fils aîné. La présence du mari permettra d'organiser des permissions de plusieurs jours

au cours desquelles ils s'occuperont ensemble de leurs enfants malgré les difficultés liées aux pleurs.

Cependant, les premiers retours sont vécus comme des soulagements, l'unité étant un lieu où elle se sent protégée et soutenue. Une troisième permission permettra de rassurer Mme C. qui dit avoir retrouvé un « apaisement » au domicile qui lui permet d'envisager une sortie définitive 26 jours après son admission.

ii. Concernant l'enfant

A l'admission, l'enfant se réveille plusieurs fois dans la nuit et fait des colères au moment des repas. Il accepte difficilement de manger avec sa mère mais se calme rapidement avec le soignant. Néanmoins, c'est un garçon dynamique qui commence à se mettre debout, il ne marche pas et se déplace à quatre pattes. Il est sociable, énergique et éveillé prenant plaisir à explorer l'espace qui l'entoure et les jouets proposés.

Très rapidement au cours de l'hospitalisation, l'enfant fait ses nuits sans difficulté et mange sans colère. Il se manifeste par des pleurs lorsque la personne qui s'occupe de lui n'est plus dans son champ de vision. L'enfant s'est très bien adapté à l'unité de soins et se calme rapidement avec les soignants. Il respecte les limites données par l'adulte et peut jouer seul.

Après le retour à domicile, l'enfant est toujours dynamique et plus calme qu'auparavant. Il va vers les autres enfants sans appréhension et accepte que sa mère quitte la pièce sans pleurer.

Cependant, il fera de nombreuses crises d'asthme qui seront assorties d'une pneumopathie révélée par un examen radiographique. Il se rétablira rapidement après une hospitalisation. Il est revu à 18 mois et présente un développement psychomoteur en adéquation avec son âge.

IV. DISCUSSION

L'enjeu de notre travail était de déterminer quels étaient les apports de l'hospitalisation temps plein en Unité Mère-Bébé pour la prise en charge de la dyade mère-enfant dans un contexte de dépression du post-partum.

Dans un premier temps, nous aborderons les différents éléments ayant permis de conclure à l'amélioration de la clinique maternelle, puis de la clinique de l'enfant et enfin à l'établissement d'une relation mère-enfant. Nous verrons que laisser la place à la régression maternelle au cours de l'hospitalisation conjointe est un enjeu indispensable de la prise en charge. Nous nous intéresserons alors à la spécificité de cette prise en charge mais aussi à ses limites.

Enfin, nous tacherons d'évaluer la validité de notre travail tant dans son matériel que dans sa méthode afin de donner sens aux résultats obtenus.

1. L'amélioration de la clinique maternelle

Bien que les Unités Mère-Bébé françaises mettent principalement l'accent sur la prévention des conséquences psychiques, pour le nourrisson, de la dépression du postpartum [16;17] le bon développement psycho-affectif de l'enfant dépend des soins donnés à la mère et finalement, au terme de l'hospitalisation, de l'amélioration de la clinique maternelle.

Cette amélioration de la clinique maternelle est possible grâce aux soins d'accompagnement proposés au sein des Unités Mère-Bébé et également aux traitements médicamenteux prescrits tels que les anxiolytiques ou les antidépresseurs.

L'analyse des cas cliniques nous a permis d'objectiver ces faits. Dans ce chapitre nous tenterons de mettre en évidence l'amélioration de la clinique maternelle au cours de l'hospitalisation.

a) La dépression postnatale dans l'hospitalisation

Au début de l'hospitalisation, nous constatons que les trois patientes, présentent une clinique similaire associant une thymie triste, un épuisement physique et psychique ainsi que des troubles du sommeil et notamment d'endormissement avec des réveils nocturnes. Un sentiment de culpabilité est également présent avec une sorte « d'anesthésie affective » envers l'enfant. Cependant, les patientes ne présentent pas d'élément psychotique dissociatif voire délirant.

Par contre, Mme A. et Mme B. ont présenté, avant leur admission, des idées suicidaires qui ne se sont plus manifestées ensuite, au cours de leur hospitalisation. Dans la littérature, les idées suicidaires au cours d'une dépression postnatale sont peu retrouvées, à l'instar d'une dépression classique [6;18]. Malgré tout, elles peuvent se manifester comme une solution pour fuir la relation à l'enfant, que les mères vivent comme une contrainte qui doit cesser [6].

Mme B. présente des phobies d'impulsions assorties de ruminations anxieuses. Ces dernières sont également retrouvées chez Mme A. et Mme C. Dans la dépression du post-partum, nous observons surtout de l'anxiété, plutôt que de la tristesse. Cette anxiété s'exprime au travers de la clinique maternelle mais également au travers des plaintes autour des soins à donner à l'enfant qu'elles vont exprimer [19]. Il est apparu très rapidement, au cours de notre analyse de cas, mais également, au cours de notre stage au sein de l'Unité Mère-Bébé de l'EPSAN de Brumath, que la plainte est un élément primordial de la prise en charge de la mère. Il permet d'interpeller le soignant et constitue un appel à l'aide. Leurs angoisses sont essentiellement en rapport avec les soins de maternage englobant les périodes d'éveil, de repas et de coucher qui nécessitent d'interagir avec leur enfant.

Le soignant, va alors avoir un rôle de médiateur et d'accompagnement pour réaffirmer les qualités maternantes de la mère. En effet, la plupart des patientes sont sensibles à la réassurance et il s'agit là d'une composante essentielle pour permettre à la patiente d'investir son rôle de mère.

Nous verrons ultérieurement l'accompagnement qui peut être proposé par les professionnels de santé dans ces unités.

b) Vers la résolution de la dépression

À la faveur des soins entrepris au cours de l'hospitalisation mais également à la place laissée à la régression thérapeutique, les patientes prennent progressivement leur place de mère. Elles décrivent fréquemment un « déclic », qui survient régulièrement au terme des deux premières semaines d'hospitalisation, qui leur permet de trouver du plaisir dans les soins et dans les échanges qu'elles ont avec leur enfant. Progressivement, les patientes deviennent autonomes et des sorties conjointes sont entreprises au domicile pendant des lapses de temps allant de une à deux journées consécutives. Nous pouvons alors observer l'amendement progressif des différents éléments cliniques qui définissent la dépression postnatale. Les patientes ne présentent plus de trouble du sommeil ni de rumination anxieuse ou de phobie d'impulsion. Elles présentent une thymie neutre. Elles acceptent de s'occuper de leur enfant en toute autonomie et y prennent du plaisir. Le retour à domicile n'est plus vu comme une source d'angoisse et peut être appréhendé sereinement.

La médication au cours de l'hospitalisation permet d'améliorer considérablement le traitement de la dépression et son recours est fréquent au cours des hospitalisations au sein des Unités Mère-Bébé que ce soit en hospitalisation de jour, à temps plein ou en ambulatoire. Elle se fait principalement par antidépresseurs et anxiolytiques.

2. La place de la régression dans l'hospitalisation conjointe

La dépression postnatale affecte la capacité maternelle à répondre aux besoins de l'enfant et donc ce qu'on appelle la « préoccupation maternelle primaire ».

a) Définition de la régression

En 1956, D.W. Winnicott développe le concept de « préoccupation maternelle primaire ». Il s'agit de la période, allant de quelques semaines avant l'accouchement au post-partum, pendant laquelle la mère se montre « capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité » [20].

Cet état de repli et de régression de la jeune mère à son enfant lui permet d'être particulièrement efficace pour être adéquate dans les réponses aux besoins exprimés par le nourrisson [20;21]. Si la mère fournit une assez bonne adaptation aux besoins du bébé, l'enfant peut se développer sereinement dans un contexte qui est le sien.

Cependant, les dysfonctionnements maternels importants entravent ce processus et dans ce contexte, des difficultés dans l'établissement du lien mère-enfant peuvent survenir [21]. Selon D. W. Winnicott, la régression peut faire partie du processus de guérison et devenir thérapeutique, d'après l'un de ses articles principaux « De la régression considérée comme une thérapie » paru en 1963 [22]. Son modèle est basé sur une régression contrôlée, effectuée avec un psychothérapeute, permettant de revenir à une situation antérieure puis de reprendre une maturation progressive en suivant les étapes du développement normal [23].

Au cours d'une hospitalisation conjointe, il apparaît donc primordial pour le soignant d'accepter le processus de régression qui permet de rejouer dans un second temps l'élaboration et la constitution du lien entre l'enfant et sa mère.

b) L'absence de préoccupation maternelle primaire

L'observation des dyades mère-enfant au sein des Unités Mère-Bébé a permis de constater des caractéristiques communes dans le comportement des mères vis-à-vis de leur enfant. Elles ont une vision altérée de leur enfant, elles tiennent des propos critiques, voire négatifs, à propos de leur enfant ou de leur relation, elles portent peu d'attention à leur bébé et ont peu de contact avec eux, elles leur parlent peu et réagissent peu aux différents signaux qu'ils émettent [24]. Nous avons pu observer ces faits chez les trois patientes.

Mme A. a l'impression d'être en conflit avec son enfant et qu'il ne l'aime pas, elle lui reproche de ne pas lui accorder assez d'attention et de reconnaissance. Mme B., au même titre que Mme A., est en conflit avec son enfant. Elle ne supporte plus ses « colères », ses pleurs et se sent persécutée. Elle ressent même de la haine envers lui. Mme C., quant à elle, ne supporte plus son enfant et le fuit constamment. Les trois patientes sont très à l'aise dans les soins de nursing mais leur parlent peu et n'expliquent pas leurs gestes. Par contre, elles sont rapidement démunies quand elles partagent avec leur enfant, un moment d'éveil.

Il s'agit également d'une sémiologie que nous avons retrouvé chez les patientes que nous avons eu l'occasion de suivre au cours de notre stage à l'EPSAN de Brumath.

La sensibilité de la mère vis-à-vis de son enfant étant altérée, cela va avoir un impact sur le comportement physique mais également affectif de l'enfant. Nous développerons cet aspect dans la partie concernant l'amélioration de la clinique du nourrisson.

c) La régression dans les Unités Mère-Bébé

Ces observations soulignent l'importance de laisser s'opérer le processus de régression afin d'aider la mère à accéder à un état lui permettant de répondre aux mieux aux besoins de son enfant, qu'ils soient d'ordre physique ou affectif.

Au sein des Unités Mère-Bébé, les soignants sont amenés à accueillir et accompagner les mouvements régressifs maternels qui s'expriment par des demandes de relais, la recherche de gratification, des plaintes répétées ou des comportements d'opposition et de doute, comme c'est notamment le cas pour Mme C. Les soignants se retrouvent en position maternelle par rapport à la femme ce qui lui permet d'entrer en relation avec son bébé au travers de l'enfant qu'elle retrouve en elle [25]. Cependant, nous verrons ci-dessous, que pour qu'un tel accompagnement soit possible, cela suppose une formation adéquate du personnel soignant mais également une disposition à l'écoute et l'empathie. Pour qu'une amélioration de la clinique maternelle soit possible, il est nécessaire que la patiente puisse être certaine que le soignant ne la juge pas et l'accompagne dans la compréhension du trouble qui la submerge [10].

Favoriser la régression dans les Unités Mère-Bébé facilite la mise en place des processus de maternalité définis par Racamier en 1979 comme une crise identitaire « maturative » permettant d'intégrer l'enfant dans une nouvelle réalité [26]. Cette crise permet à la femme de s'identifier et de se différencier de sa propre mère en imaginant la relation qu'elle aura avec son propre enfant tout en revenant sur la relation qu'elle a eu elle-même avec sa mère.

3. L'amélioration de la clinique du nourrisson

Bien que les nourrissons vus en pré-admission ne présentent pas une clinique inquiétante faisant suspecter un retard psychomoteur, une souffrance peut d'ores et déjà être remarquée. Nous avons pu observer ensuite, que l'amélioration de la clinique de l'enfant était en adéquation avec la survenue de l'amélioration de la clinique maternelle. La mère constitue le levier thérapeutique qui permet la prévention des troubles ultérieurs de l'enfant [13] et la prise en charge précoce des difficultés maternelles permet de prévenir leurs conséquences sur la relation mère-enfant [14].

Au début de l'hospitalisation, les enfants sont souvent agités, pleurent beaucoup et se manifestent par des cris. Cohn & Tronick, en 1989, avaient déjà montré qu'au comportement de la mère répondait un profil particulier de comportement du nourrisson. Ainsi, face à un désengagement de la mère, l'enfant adopte un comportement de protestation [27]. Cette détresse persiste quelques temps après que la mère retrouve un modèle d'interaction adapté avec son enfant.

Cependant, nous avons également pu observer une différence de réponse de l'enfant, selon le comportement de la mère. Ainsi, Mme B. contrairement à Mme A. ou Mme C. était plus intrusive et irritable. Pourtant, son enfant, à l'admission est plus calme et plus éveillé que les enfants de Mme A. et Mme C, qui adoptent le comportement décrit ci-dessus. Cohn & all. en 1986 ont montré qu'un désengagement dans l'interaction était plus pénible à supporter pour l'enfant que les attitudes intrusives [27;28].

L'enfant est une véritable éponge émotionnelle, il est sensible à la souffrance de sa mère et somatise cette anxiété dans ses interactions corporelles, comportementales et affectives. Nous avons constaté que, faisant suite à l'amélioration de la clinique maternelle, l'enfant semblait plus serein et plus éveillé. Il se calme également plus facilement et ne présente plus de trouble digestif ou du sommeil.

Néanmoins, cette amélioration de la clinique du nourrisson survient souvent en différé par rapport à l'amélioration de la clinique maternelle. En 1978, Tronick & Brazelton illustraient par l'expérience du « Still Face » et de la dépression simulée, cette sensibilité des enfants aux changements de comportement de la mère et leurs réponses selon l'attitude qu'elle adopte. Ils ont également montré que la réponse de l'enfant persistait un temps après le retour à la normale du comportement maternel [29]. Cette donnée est particulièrement importante à prendre en compte pour la prise en charge de la dyade mère-enfant au sein des Unités Mère-Bébé car elle nécessite que l'équipe soignante reste particulièrement soutenante malgré l'amélioration de la clinique maternelle.

4. L'établissement du lien mère-enfant

Winnicott développe le concept de « mère suffisamment bonne » englobant l'ensemble des fonctions maternelles indispensables au bon développement de l'enfant. Parmi elles, nous retrouvons la notion de « holding » qui se rapporte au fait de contenir, de maintenir. Il s'agit des soins maternels qui vont permettre à l'enfant de se sentir exister comme une unité différenciée. Ils sont pourvoyeurs de stabilité pour le nourrisson [30].

Un mauvais « holding », tel qu'on le rencontre dans la dépression du post-partum, entraîne des difficultés d'adaptation mutuelle à l'origine d'un désaccordage de l'interaction et du dialogue dans la dyade qui peut aboutir à une rupture du lien entre l'enfant et sa mère. L'hospitalisation conjointe mère-bébé va permettre de préserver ce lien et d'étayer la dyade tout en répondant aux besoins de l'enfant.

L'établissement du lien mère-enfant implique une collaboration étroite entre l'équipe soignante et la mère mais inclut également le père, la famille et/ou l'entourage. Ils peuvent avoir un rôle soutenant et offrent un climat sécurisant permettant un meilleur développement psychoaffectif chez l'enfant et rendant la femme consciente de ses capacités maternantes [31].

Notre étude de cas permet d'observer une évolution globale de la relation mère-enfant au cours de l'hospitalisation. Alors que les patientes sont très rapidement à l'aise dans les soins de nursing qui nécessitent peu de contact avec leur enfant, elles présentent de grandes difficultés à rentrer en relation avec eux lors des soins d'éveil tel que le jeu, les contacts verbaux, visuels ou physiques. Progressivement, avec l'amendement des symptômes dépressifs, la femme prend plus de plaisir à s'occuper de son enfant et acquiert l'autonomie nécessaire pour prendre soin de lui. L'ensemble des soins apportés au sein des Unités Mère-Bébé vise donc à favoriser la relation d'attachement entre l'enfant et sa mère.

5. La prise en charge en Unité Mère-Bébé

La création des Unités Mère-Bébé a été motivée par le souhait de ne plus séparer systématiquement dans l'urgence la mère et l'enfant lorsqu'une pathologie psychiatrique maternelle pouvait entraver l'établissement d'un lien d'attachement sécure.

Ces Unités offrent un cadre sécurisant pour l'enfant, soutenant pour la mère et finalement une médiation entre les deux principaux protagonistes afin qu'ils se rencontrent sereinement.

a) Les soins en hospitalisation conjointe

Nous pouvons dès à présent définir trois types de soins associés conjointement que nous pouvons rencontrer dans ces unités [15;32].

Tout d'abord, les soins à la mère qui réunissent les traitements psychotropes, les soins psychothérapeutiques ainsi que les soins de maternage qui soutiennent les mouvements régressifs inhérents à la maternité. L'équipe soignante est présente tout au long de l'hospitalisation, jour et nuit, pour accompagner la mère dans les soins. Elle ne peut s'y substituer que dans des cas préoccupants qui nécessitent l'intervention d'une tierce personne plus à même de satisfaire les besoins de l'enfant. Malgré tout, au sein des Unités Mère-Bébé, c'est l'expérience de la maternité au quotidien qui est le principal axe de travail.

Ensuite, les soins au bébé sont étroitement articulés à ceux de la mère pour favoriser un « holding » satisfaisant et sécurisant pour l'enfant. L'équipe soignante est chargée d'observer les réactions du nourrisson et d'évaluer son bon développement afin de prévenir la survenue d'éventuels troubles psychopathologiques mais également de faire le lien entre des soins adaptés et des moments où l'interaction sera altérée car la mère sera entravée par sa pathologie psychiatrique. Les soignants sont alors présents pour prendre le relais auprès de l'enfant mais également auprès de la mère qui, dans un mouvement de régression thérapeutique, nécessite d'être contenue et soutenue.

Enfin, les soins des interactions mère-bébé où l'équipe de l'Unité Mère-Bébé accompagne les soins concrets au bébé en aidant la mère à prendre sa place, « en faisant avec elle ». Il s'agit d'une médiation qui nécessite un cadre de soins rigoureux, fiable mais également souple et empathique. Comme nous l'avons dit précédemment, ces soins doivent pouvoir intégrer le père, la famille et/ou l'entourage.

Ainsi, la prise en charge en Unité Mère-Bébé ne peut se concevoir qu'en intégrant l'idée d'un réseau articulé autour de la dyade mère-enfant [31].

b) Les limites de l'hospitalisation conjointe

Des contre-indications à l'hospitalisation conjointe existent malgré tout et sont essentiellement liées à l'état psychiatrique de la mère. Il apparaît donc primordial d'effectuer des consultations de pré-admissions en présence d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre afin de définir s'il existe un risque pour l'enfant et si l'état maternel le met en danger physiquement ou psychologiquement.

De plus, l'hospitalisation conjointe n'est que l'amorce et le début d'un suivi qui devra se poursuivre au delà de l'Unité Mère-Bébé. La continuité des soins doit pouvoir être assurée autant pour l'enfant que pour la mère et s'inscrit, une fois encore, dans un réseau où les informations concernant la dyade mère-enfant doivent circuler entre les différents intervenants (médecins, sages-femmes, protection maternelle et infantile, équipes éducatives, services sociaux, psychologues) pour permettre une prise en charge cohérente et adéquate.

Enfin, les différentes pathologies psychiatriques qui motivent une hospitalisation en Unité Mère-Bébé suscitent parfois des réactions émotionnelles intenses pour les équipes soignantes dont le recul est mis à mal par la détresse de l'enfant ou la violence des réactions maternelles. Martine Lamour aborde la souffrance des professionnels de santé face à la maladie mentale et au devenir des enfants pris dans ces tourments [33].

Nous y avons été largement confronté au cours de notre stage en Unité Mère-Bébé à l'EPSAN de Brumath et des rencontres entre professionnels ainsi que des temps de paroles encadrés par une psychologue permettaient à l'équipe soignante de prendre une distance suffisante pour permettre un repérage objectif des difficultés maternelles et de la souffrance du nourrisson.

6. Conclusion

Notre étude de cas avait pour objectif d'observer, par l'analyse des dossiers, une amélioration de la clinique maternelle ainsi que celle du nourrisson. La recherche documentaire a permis un apport de connaissances théoriques concernant la prise en charge en Unité Mère-Bébé et les processus psychiques qui s'opèrent pendant la grossesse permettant d'expliquer à posteriori, le comportement de la mère vis-à-vis de son enfant et finalement la résolution progressive de la pathologie maternelle. Elle nous permet de mieux comprendre les processus psycho-affectifs qui s'opèrent pour permettre à la femme d'accéder à la maternité et finalement l'établissement du lien mère-enfant qui se base sur un maillage relationnel fragile qui nécessite une attention soutenue du réseau périnatal s'articulant autour de la dyade mère-enfant.

7. Validité de notre travail

a) Matériels et Méthode

Les difficultés liées à la sélection du matériel ont été multiples. Tout d'abord inhérentes aux bases de données utilisées, qui ne sont pas celles exploitées à l'accoutumée mais également inhérentes à la multiplicité des mots-clés, parfois complexes, non référencés dans le MeSH ou n'ayant pas d'équivalence anglo-saxonne. Puis liées à la problématique des psychopathologies périnatales, sujet encore relativement méconnu ou passé sous silence étant donné l'exigence sociétale du modèle normalisé de la maternité et de la « mère parfaite ».

Nous avons également eu des difficultés dans la sélection des dossiers des patientes. En effet, il était important, afin de respecter le sujet et la problématique, que les femmes soient hospitalisées pour une dépression du post-partum. Cependant, il est apparu que de nombreuses patientes hospitalisées initialement pour dépression postnatale, présentaient d'autres troubles psychiatriques sous-jacents tels que des états anxieux, des troubles du comportement alimentaire ou une dépression psychogène provoquée par un traumatisme grave. Dans ce dernier cas, la dépression postnatale s'inscrit dans la continuité d'une dépression réactionnelle non résolue, que la survenue d'un enfant, vient raviver.

Des échelles d'évaluation existent, telles que l'Edinburg Postnatal Scale pour la dépression du post-partum, l'échelle de Brazelton pour le développement du nourrisson ou encore le Still-Face pour évaluer l'attachement de l'enfant à sa mère. Il s'agit là d'un inventaire non exhaustif des échelles pouvant être utilisées pour évaluer les trois aspects abordés dans notre travail. Malgré tout, ces échelles ne sont pas utilisées à l'Unité Mère-Bébé de Brumath pour une question pratique et d'organisation. Le diagnostic de dépression du post-partum ainsi que son évolution reposent sur une observation clinique. Il en est de même pour l'évolution de la clinique du nourrisson et l'évaluation du lien d'attachement entre l'enfant et sa mère.

Enfin, l'étude des dossiers a essentiellement permis d'apprécier l'évolution de la clinique maternelle au cours de l'hospitalisation et en parallèle l'évolution de la clinique de l'enfant mais ne permettait pas véritablement d'objectiver la prise en charge proposée en hospitalisation temps plein au sein de l'Unité Mère-Bébé de l'EPSAN de Brumath.

C'est dans cette optique que la recherche documentaire ainsi que notre stage au sein de l'Unité Mère-Bébé de Brumath ont permis d'apporter les données nécessaires pour compléter notre mémoire et étayer les parties de la discussion abordant la place de la régression dans l'hospitalisation conjointe et la prise en charge spécifique aux Unités Mère-Bébé.

b) Résultats

Nous nous sommes essentiellement basées sur des études de cas cliniques et des articles didactiques. En effet, nous n'avons pu retrouver que peu d'études statistiques et récentes portant sur la prise en charge des dyades mère-enfant dans les Unités Mère-Bébé en France et encore plus spécifiquement dans un contexte de dépression postnatale. Une étude statistique concernant les Unités Mère-Bébé a été initiée et menée par des équipes de la Société Marcé Francophone et date de 2007. Une plus récente est actuellement en cours et permet de faire le point sur les différents moyens de prise en charge proposés en France pour les mères présentant des psychopathologies au cours de leur grossesse et dans le post-partum.

L'analyse des dossiers permet d'établir un parallèle avec les résultats retrouvés dans la littérature. Les articles étudiés ont été publiés dans des revues spécialisées ou écrits par des auteurs référents dans le domaine (psychiatres, pédopsychiatres, psychologues travaillant pour la plupart dans des Unités Mère-Bébé et initiateurs des différents projets existants autour de ces structures depuis leur création jusqu'à aujourd'hui).

Notre travail a pour but de nous rendre vigilants, professionnels de la périnatalité, quant à la prise en charge à proposer lorsque nous sommes amenés à constater des difficultés dans l'établissement du lien mère-enfant. Il est nécessaire de pouvoir orienter la mère vers une équipe de psychiatrie périnatale, que ce soit pour une consultation, un suivi à domicile, une hospitalisation de jour ou une hospitalisation temps plein dans le cadre d'une psychopathologie liée à la grossesse et dans ce cas précis, une dépression postnatale. Pour ce faire, il faut donc en connaître l'existence et le fonctionnement et finalement les apports que celle-ci peut avoir pour la mère et son enfant.

V. CONCLUSION

Ce mémoire a permis de mettre en évidence que les apports d'une hospitalisation conjointe pour la prise en charge de la dyade mère-enfant dans un contexte de dépression postnatale sont nombreux et variés.

La prise en charge à temps plein des dyades au sein des Unités Mère-Bébé permet d'améliorer la clinique maternelle et de prévenir la survenue d'éventuels troubles de l'attachement puis à terme de troubles du développement pour l'enfant. L'attention toute particulière qui est portée à l'élaboration du lien mère-enfant en est d'ailleurs le principal aspect.

Cette prise en charge, nécessite une collaboration étroite entre les différents acteurs du réseau périnatal qui s'articule autour de la femme et du nouveau-né qu'il s'agisse du médecin généraliste, de l'obstétricien ou de la sage-femme lors du suivi de grossesse ou du séjour en maternité, de la puéricultrice ou du pédiatre au cours du post-partum, de l'entourage mais également du père, qui, s'il n'est jamais simple, tient un rôle majeur dans cet accompagnement.

La grossesse suppose des remaniements psychologiques considérables qui renvoient la mère à sa propre enfance et parfois font resurgir des conflits anciens. La sage-femme, dans son rôle d'interlocuteur privilégié de la femme enceinte, peut, grâce à l'entretien prénatal précoce, dépister les situations à risques psychoaffectifs pourvoyeuses d'anxiété et d'angoisse au cours de la grossesse et à la naissance pouvant passer inaperçues et aboutissant à moyen terme à une dépression postnatale. Il est également important pour la sage-femme de connaître les possibilités d'accompagnement et d'évaluation de la relation mère-enfant dans les suites de couches pour orienter au mieux les dyades et améliorer la prise en charge des psychopathologies périnatales.

Enfin, le père, lorsqu'il est présent, apporte un soutien fondamental qui permet à la mère d'accéder à sa fonction parentale au cours de l'hospitalisation conjointe. Il accompagne et structure l'élaboration du lien entre la mère et l'enfant, sécurise les soins, permet les sorties à domicile et guide la femme vers une rémission clinique lui permettant d'investir son rôle de mère.

Malgré tout, nous ne posons que très peu la question du vécu de l'homme, tant en ce qui concerne la dépression postnatale qu'en ce qui concerne la naissance de l'enfant qui fait survenir de profonds remaniements psychiques chez l'homme pour « devenir père ». Pourtant, eux aussi, dans une moindre mesure, peuvent être sujet au post-partum blues, à des formes de dépressions postnatales ou être un dommage collatéral de la dépression de leur compagne.

Nous nous sommes alors demandé si une prise en charge pouvait leur être proposée, si une hospitalisation en Unité Mère-Bébé pouvait être envisagée, dans quelle mesure et avec quel suivi ? Et même si nous ne pouvons parler de dépression postnatale à proprement parlé, ne nécessiterait-elle pas le même intérêt ?

VI. RÉFÉRENCES

- [1] Legrand V. Amélioration du repérage et de la prise en charge de la dépression pendant la grossesse. Mémoire de Santé Publique. Université de Bourgogne; 2014, 40 p.
- [2] Darves-Bornoz J-M, Gaillard P, Degiovanni A. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier Masson, Paris), Gynécologie-Obstétrique, 37660-A-10; 2001, 7p.
- [3] Murray L. Childbirth as a life event : the Cambridge study of postnatal depression and infant development. In : Cox J, Paykel E.S. Life events and postpartum psychiatric disorders. Southampton University Press; 1989.p.23-37.
- [4] Lemperière T, Rouillon F, Lepine J-P. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie, 37660-A-10; 1984, 12p.
- [5] Dayan J. Dépression du post-partum. In : Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Issy-les-Moulineaux:Masson; 2003.p.67-121.
- [6] Société Française de Médecine d'Urgence. Troubles psychiques aigus du post-partum. Conf. Méd.; 2003 02 26;9:23-8.
- [7] Pitt B. Atypical depression following childbirth. British Journal of Psychiatry; 1968;114:1325-35.
- [8] Prior V, Glaser D. Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement. Théories, preuves et pratique. Bruxelles:De Boeck; 2010. 336p.
- [9] Guedeney N, Guedeney A. L'attachement. Concepts et applications. 2^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux:Masson; 2006. 235p.
- [10] Chauvin A. Soins en Unité Mère-Bébé à la lumière de la théorie de l'attachement. In : Poinso F, Glangeaud-Freudenthal N M-C. Orages à l'aube de la vie : liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébé. Toulouse:Érès; 2009.p.95-108.

[11] Sutter A-L, Bourgeois M. Établissement du lien mère-enfant dans le genre humain. In : Sutter A-L, Bourgeois M. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. Paris:Presses Universitaires de France; 1996.p.42-54.

[12] Dugnat M. Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ? Ramonville Saint-Agne:Érès; 2001. 214p.

[13] Martin T, Dayan J, Dutordoit A. Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie, état des lieux en France. An. Méd. Psy; 2003;161:504-9.

[14] Kannas S, Isserlis C. Les unités mère-bébé en hospitalisation temps plein [letter]. Pluriels; 2009 11;80:1-12.

[15] : Nezelof S, Mathioly L. L'hospitalisation conjointe mère-bébé. Enfance & PSY; 2007;37:81-9.

[16] Poinso F. Introduction. In : Poinso F, Glangeaud-Freudenthal N M-C. Orages à l'aube de la vie : liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébés. Toulouse:Érès; 2009.p.11-6.

[17] Sutter A-L, Bourgeois M. Historique. In : Sutter A-L, Bourgeois M. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. Paris: Presses Universitaires de France; 1996.p.15-7.

[18] Sutter A-L, Bourgeois M. Psychopathologie gravido-puerpérale. In : Sutter A-L, Bourgeois M. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. Paris:Presses Universitaires de France; 1996.p.18-38.

[19] Boukobza C. « Je suis malade du sang » De la dépression du post-partum. In : Boukobza C. Les écueils de la relation précoce mère-bébé. Ramonville Saint-Agne:Érès; 2007.p.10-28.

[20] Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie d'objectalisation. *Le carnet PSY*; 2001;63:30-3.

[21] Di Rocco V. La préoccupation maternelle primaire : « presque » une maladie. *Santé mentale*;2011;155:9.

[22] Winnicott D.W. De la régression considérée comme thérapie. In : Winnicott D.W., Kalmanovitch J. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris:Payot; 1989.p.409-428.

[23] Quantin L. La régression thérapeutique dans les unités mère-bébé. In : Boukobza C. *Les écueils de la relation précoce mère-bébé*. Ramonville Saint-Agne:Érès; 2007.p.45-62.

[24] Sutter-Dallay A.-L. Retentissement des pathologies psychiatriques parentales sur le développement de l'enfant : une revue de la littérature. In : *Orages à l'aube de la vie : Liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébé*. Toulouse:Érès; 2009.p.81-94.

[25] Cazas O. Hospitalisation conjointe, un temps pour la régression. In : *Orages à l'aube de la vie : Liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébé*. Toulouse:Érès; 2009.p.139-49.

[26] Bydlowski M. *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris:Presses Universitaires de France; 1997.p.92-3.

[27] Cohn J-F, Tronick E-Z. Three month old infant's reaction to simulated maternal depression. *Child Dev*; 1989;54:185-93.

[28] Cohn J-F, Matias R, Tronick E-Z, Connell D, Lyons-Ruth K. Face-to-face Interactions of Depressed Mothers and their Infants. In : *Maternal Depression and Infants Disturbances. New Directions for the Child Development*. San Francisco:Tronick, Fields Eds; 1986. 34.

[29] Tronick E-Z, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton T-B. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 1978;17:1-13.

[30] Winnicott D.W. *La mère suffisamment bonne*. Paris:Payot et Rivages; 2006. 122p.

[31] Allegaert H. L'unité « Fil-à-Fil ». Le tissage du lien parent-enfant lorsque le parent souffre de troubles psychiatriques. *Enfances & PSY*; 2007;37:101-7.

[32] Sutter-Dallay A-L. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *Le journal des psychologues*; 2008;261:22-5.

[33] Lamour M, Gabel M. *Enfants en danger, professionnels en souffrance*. Toulouse:Érès; 2011. 296p.

ANNEXE 1

LEXIQUE

Aboulie : Symptôme psychiatrique caractérisé par l'affaiblissement de la volonté entraînant une inhibition de l'activité physique et intellectuelle.

Hospitalisation conjointe mère-enfant : Outil dans le dispositif de soins proposé aux mères souffrant de troubles psychiques et ayant des difficultés dans l'établissement du lien à leur enfant.

Insomnie : Diminution de la durée habituelle du sommeil et/ou atteinte de la qualité du sommeil avec répercussion sur la qualité de la veille du jour suivant.

Instabilité motrice : Hypermotricité inadaptée, désordonnée avec des mouvements incessants, maladroits plus ou moins contrôlés.

Logorrhéique : Tient de la logorrhée. Trouble du langage caractérisé par un besoin irrépressible et morbide de parler.

Maternité : Concept développé par Dr. Racamier. Ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité.

Périnatalité : Période du développement allant de la conception jusqu'à la première année de vie de l'enfant. Elle prend en compte les différents mécanismes inter et transgénérationnels concernant le désir d'enfant, la grossesse, la naissance et la petite enfance.

Personnalité borderline : Ou « état limite » caractérisé par une impulsivité majeure et une instabilité marquée des émotions, des relations interpersonnelles et de l'image de soi. En psychanalyse, la personnalité borderline est à la frontière entre l'organisation névrotique et l'organisation psychotique.

Phobie d'impulsion : Symptôme psychiatrique caractérisé par la crainte obsédante de commettre un acte délictueux, transgressif, ou dangereux pour soi-même ou pour autrui. Il s'agit, en réalité, d'une obsession et non pas d'une phobie.

Psychiatrie périnatale : Discipline nouvelle en plein essor transdisciplinaire et initiée par la pédopsychiatrie en France.

Psychose puerpérale : Trouble psychiatrique du post-partum caractérisé par l'apparition soudaine de symptômes psychotiques aigus chez la mère dans les premiers mois, voire les premières semaines après la naissance d'un enfant. Ce trouble associe une irritabilité extrême, des hallucinations, des idées suicidaires et une hétéroagressivité à l'encontre de l'enfant avec risque d'infanticide.

Ralentissement psychomoteur : Ralentissement des réactions physiques et émotionnelles incluant la parole.

Ruminations anxieuses : Réponse à la détresse impliquant une lamentation répétitive sur les symptômes de la détresse ainsi que sur ses causes et conséquences possibles.

Schizophrénie : Trouble psychiatrique sévère et chronique appartenant à la classe des troubles psychotiques. Elle se manifeste par une perte de contact avec la réalité, une angoisse importante, des troubles du cours de la pensée, des hallucinations. La personne qui en souffre n'a pas conscience de sa maladie.

Thymie : Ou humeur. Tonalité affective de base oscillant, chez tout individu, entre la position pessimiste et la position optimiste.

Troubles anxieux : Troubles psychiatriques représentant plusieurs formes de peur et d'anxiété anormales ou pathologiques. Ils sont pathologiques lorsqu'ils deviennent envahissants et entraînent une souffrance significative chez l'individu.

Troubles bipolaires : Ou trouble maniaco-dépressif. Trouble psychiatrique défini par une fluctuation anormale de l'humeur, oscillant entre des périodes d'élévation de l'humeur ou d'irritabilité, des périodes de dépression et des périodes d'humeur normale.

Vespéral : Qui a rapport au soir. Qui se produit le soir.

ANNEXE 2

CLASSIFICATION CIM-10 ET

DSM-IV-R DE LA DÉPRESSION

POSTNATALE

I. CLASSIFICATION CIM-10

F32 Épisodes dépressifs

- A. Episode dépressif : Les symptômes persistent pendant au moins deux semaines (devant une symptomatologie sévère ou un risque suicidaire, le délai de deux semaines n'est pas retenu).
- B. Le degré de sévérité : repose sur le nombre, la nature et la sévérité des critères :
- léger : deux critères sous 1. et deux critères sous 2.
 - moyen : deux critères sous 1. et trois critères sous 2.
 - sévère : tous les critères sous 1. et 3. et quatre critères sous 2.
-
1. Humeur dépressive, diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, augmentation de la fatigabilité
 2. Diminution de la concentration et de l'attention, manque de confiance en soi, sentiment de culpabilité ou dévalorisation, attitude pessimiste face à l'avenir, idées ou actes suicidaires (auto-agressifs), perturbation du sommeil, diminution de l'appétit
 3. Ralentissement psychomoteur ou agitation

F32.0 Episode dépressif léger

F32.1 Episode dépressif moyen

F32.2 Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique

F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

F53.0 Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

Classer ici uniquement des troubles mentaux associés à la puerpéralité qui apparaissent durant les six premières semaines après l'accouchement et qui ne répondent pas aux critères d'un autre trouble classé ailleurs dans ce chapitre, soit parce que les informations disponibles ne sont pas suffisantes, soit parce qu'ils présentent des caractéristiques cliniques supplémentaires particulières ne permettant pas de les classer ailleurs de façon appropriée.

- Dépression après un accouchement SAI
- Dépression du post-partum SAI
- Dépression (épisode isolé) après un accouchement
- Dépression (épisode isolé) post-natale
- Dépression (épisode isolé) du post-partum
- Suites de couches compliquées par dépression
- Suites de couches compliquées par maladies psychiques NCA dépression
- Trouble(s) comportement puerpéralité léger NCA
- Trouble(s) mental, mentaux puerpéralité léger NCA

F53.0X-001 Dépression après un accouchement

F53.0X-002 Dépression du post-partum

II. CLASSIFICATION DSM-IV-TR

Dans la classification DSM-IV-TR, les symptômes de la dépression postnatale sont ceux de l'épisode dépressif majeur.

- A. Au moins cinq des symptômes suivants présents pendant deux semaines et représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes majeurs est présent (soit 1. soit 2.)
1. Humeur dépressive pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleurs). Humeur irritable possible chez l'adolescent.
 2. Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée)
 3. Perte ou gain de poids significatif involontaire ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés, non limités à un sentiment subjectif)
 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (pouvant être délirante) presque tous les jours (ne pas se sentir coupable d'être malade)
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées)
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte
- C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale
- E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil (par exemple, les symptômes persistent pendant plus de deux mois après le décès ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur).

ANNEXE 3

**EDINBURG POSTNATAL
DEPRESSION SCALE**

QUESTIONNAIRE EPDS D'ÉVALUATION D'UN ÉTAT DÉPRESSIF

« EDINBURG POSTNATAL SCALE »

Vous êtes enceinte.

Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant le chiffre correspondant à la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

(1-) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

- 0 Aussi souvent que d'habitude
- 1 Pas tout à fait autant
- 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- 3 Absolument pas

(2-) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

- 0 Autant que d'habitude
- 1 Plutôt moins que d'habitude
- 2 Vraiment moins que d'habitude
- 3 Pratiquement pas

(3-) Je me suis reprochée d'être responsable quand les choses allaient mal.

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

(4-) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif.

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

(5-) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison.

- 0 Non, pas du tout
- 1 Non, pas très souvent
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, vraiment souvent

(6-) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.

- 0 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
- 1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- 2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- 3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

(7-) Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.

- 0 Non, pas du tout
- 1 Non, pas très souvent
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, vraiment souvent

(8-) Je me suis sentie triste ou peu heureuse.

- 0 Non, pas du tout
- 1 Pas très souvent
- 2 Oui, très souvent
- 3 Oui, la plupart du temps

(9-) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.

- 0 Non, pas du tout
- 1 Pas très souvent
- 2 Oui, très souvent
- 3 Oui, la plupart du temps

(10-) Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.

- 0 Jamais
- 1 Presque jamais
- 2 Parfois
- 3 Oui, très souvent

ANNEXE 4

L'ENTRETIEN PRÉNATAL

PRÉCOCE

Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

ANNEXE 3 :

FICHE DU PLAN PÉRINATALITÉ RELATIVE À L'ENTRETIEN DU 4^{ÈME} MOIS.

Nous développons la part qui paraît indispensable à une prévention des troubles de la relation parents-enfant et des dépressions parentales.

Les objectifs

Il s'agit globalement d'accrocher la confiance et/ou de maintenir la confiance dans le système, afin que les parents puissent mettre au monde l'enfant dans les meilleures conditions de sécurité émotionnelle, et qu'ils puissent faire appel ultérieurement si besoin.

Permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles : reprendre avec eux là où ils en sont du suivi médical (médico-social) et leurs antécédents médicaux dans leur aspect émotionnel explorer avec eux les points d'appui existants en se centrant sur la venue de l'enfant (ce qui n'est pas intrusif).

Entourage personnel.

Environnement professionnel (confiance ? perception des liens interprofessionnels selon les cas ?...).

Respecter et activer le réseau de proximité s'il existe et si cela a un sens pour le couple (médecin généraliste, pédiatre, autres selon les antécédents).

Aider à anticiper une continuité d'intervention de manière personnalisée.

Evoquer la possibilité d'autres acteurs en fonction des besoins exprimés, mais sans les introduire trop vite et après avoir consolidé les premiers liens.

Soutenir en direct la place des autres professionnels dans les cas difficiles.

Un état d'esprit :

Il est fondé sur des éléments de respect, hors duquel les parents ne pourront se confier.

La qualité de l'accueil lors du premier contact conditionnera la suite. Elle met en jeu la sécurité du professionnel qui reçoit (formation, acceptation de son rôle par l'ensemble des partenaires, connaissance personnalisée des référents d'autres disciplines...).

La confidentialité garantit la confiance des parents les plus vulnérables en particulier lorsque existe des problèmes affectifs ou des conduites culpabilisantes (toxicomanie, alcool etc.).

La rigueur dans les transmissions d'information concernant l'intimité (conditions de vie, éléments relationnels...), ce qui obéit à des principes à acquérir.

L'engagement relationnel auprès des femmes enceintes les plus en souffrance : rappeler, intensifier le suivi, etc.

Les conditions nécessaires à un bon exercice

Avoir bénéficié de formations adéquates, en particulier des formations en réseau donnant une bonne connaissance des divers acteurs (médical, social, psychiatrique, public et privé) : leurs besoins, leurs contraintes...

Avoir acquis la sécurité suffisante pour organiser la diversité des places professionnelles (ouvrir les relais, ne pas tout faire soi-même etc...).

Adhérer au réseau périnatal régional s'il existe, pour accélérer la connaissance mutuelle et pouvoir rendre compte aux moments utiles.

Etre soutenu par une reprise régulière avec un psychologue/psychiatre pour les cas difficiles.

Démarrer sur un terrain de manière expérimentale, avec quelques professionnels déjà sensibilisés et formés, pour valider une manière de faire, s'assurer de l'évolution par des retours d'information...

Evaluer à un ou deux ans par des questionnaires de satisfaction des familles et des acteurs concernés.

L'ensemble de ces critères doit permettre aux futurs parents de faire l'expérience :

- qu'ils pouvaient se confier ;
- qu'ils n'étaient pas jugés ;
- qu'on tenait compte de leurs dires pour ajuster les réponses ;
- que le professionnel tenait la route malgré la violence des confidences ;
- que le professionnel n'était pas seul ;
- que les divers acteurs se respectaient mutuellement à leur propos.

Cette expérience vécue constitue en soi une première sécurité. Elle est la condition pour ajuster l'intervention de spécialistes, et surtout pour que les parents osent faire appel après le retour à la maison, au lieu de se replier dans leur culpabilité si problème.

Il semble plus intéressant que cet entretien prénatal soit différencié de la préparation à la naissance qui débute plus tard dans la grossesse.

Il peut être limité si les futurs parents sont en sécurité (bon réseau préexistant) et ne présentent pas de vulnérabilité particulière.

Il doit pouvoir se répéter dans les cas difficiles, la sage-femme restant alors dans un rôle de coordination le temps nécessaire. Ce qui amène à discuter du statut administratif d'autres entretiens (consultations dans le cadre de grossesse à risque ?).

Dans les situations de vulnérabilité, il paraît essentiel que la sage-femme « coordinatrice » ait la possibilité de revoir la mère (les parents) en post-partum pour un véritable repérage du malaise qui pourrait anticiper une dépression, une pathologie du lien, un décalage dans l'investissement de l'enfant source de culpabilité et d'hyperprotection ultérieure... Si elle ne revisite pas elle-même, elle devrait s'assurer de l'existence d'un professionnel de confiance (médecin généraliste) dont la place devra être activée auprès de la famille, en particulier par une liaison personnalisée.

RÉSUMÉ :

La grossesse est une expérience singulière pour la femme à l'origine de nombreux remaniements psychiques qui en font une période de grande vulnérabilité pouvant aboutir à des troubles psychiatriques tels que la dépression postnatale. Il s'agit d'une dépression atypique qui peut affecter profondément l'établissement du lien d'attachement entre l'enfant et sa mère. Le développement psycho-affectif de l'enfant dépend beaucoup des soins qui peuvent être apportés à la mère de façon à ce qu'elle reste ou devienne une base sécurisante pour l'enfant. Dans cette optique de travail, les Unités Mère-Bébé françaises ont mis l'accent, depuis leur conception jusqu'à aujourd'hui, sur la prévention des conséquences psychiques pour le nourrisson de la pathologie maternelle.

Nous nous sommes alors demandé quels pouvaient être les apports de l'hospitalisation conjointe à temps plein en Unité Mère-Bébé dans la prise en charge de la dyade mère-enfant dans un contexte de dépression postnatale ?

Au terme de notre travail de recherche, qui comportait une étude exploratoire par des cas cliniques ainsi qu'une recherche documentaire, nous avons pu observer qu'une prise en charge à temps plein de la dyade mère-enfant permet d'améliorer la clinique maternelle et de prévenir la survenue d'éventuels troubles de l'attachement chez l'enfant. L'élaboration du lien d'attachement en est sans doute le principal aspect tout comme la place laissée aux processus psycho-affectifs qui s'opèrent et qui permettent à la femme d'investir son rôle de mère. L'hospitalisation conjointe n'est que l'amorce et le début d'un suivi devant se poursuivre au delà de l'Unité Mère-Bébé avec une continuité des soins qui doit pouvoir être assurée autant pour l'enfant que pour la mère et s'inscrit dans un réseau qui s'articule autour de la dyade mère-enfant.

Enfin, vient la question de la place laissée au père. Il constitue un soutien fondamental permettant à la mère d'accéder à sa fonction parentale, mais qu'en est-il de son ressenti ? La naissance n'affecte-t-elle pas son accès à la paternité ? Et s'ils sont eux-mêmes confrontés à la dépression, quelle prise en charge pouvons nous leur proposer ?

Mots-clés : dépression postnatale, relation mère-enfant, prise en charge, unité mère-bébé, régression.