

Périnatalité et psychiatrie : vécu de la maternité et articulation des temporalités dans les parcours de soins

Comment s'adapter au rythme particulier des suivis psychiatriques en périnatalité ? Quelle prise en charge est dédiée aux femmes, aux nouveau-nés et aux couples dans les situations d'addiction ? Comment structurer au mieux la coordination entre les professionnels de la périnatalité et de la pédopsychiatrie ? Réponses à l'occasion du 53ème Congrès de la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP), organisé à Nancy du 16 au 18 octobre 2024.

D'après les communications du Pr Sylvie VIAUX-SAVELON, pédopsychiatre, Lyon – Dr Romain DUGRAVIER, pédopsychiatre, Paris - Pr Sarah SANANES, psychiatre, Strasbourg - Pr Fabienne LIGIER, psychiatre, Nancy - Pauline SOURLIER, psychiatre, Nancy - Dr Rose-Marie TOUBIN, pédopsychiatre, Montpellier

Quand la psychiatrie s'invite dans la maternité, « les équipes des services périnataux tissent des liens particuliers avec les parents, encore davantage dans les situations d'addictions, auprès de femmes qui n'en arrivent pas là par hasard et présentent souvent des troubles de l'attachement, souligne le Pr Sylvie Viaux-Savelon, pédopsychiatre à Lyon. Les mamans ont en effet besoin d'un soutien particulier, que l'on peut qualifier à la fois de solide et de lâche, avec une certaine souplesse dans le cadre et c'est ce qui est le plus difficile pour les soignants ». Des horaires, des protocoles à respecter dans la routine, « mis en difficulté par les personnes qui sont en situation de dépendance », confirme le Pr Fabienne Ligier, chef de service de la psychiatrie périnatale sur la Meurthe-et-Moselle.

Au sein de ce suivi complexe et délicat, les priorités des soignants sont de répondre aux besoins de contenance dont ont besoin les nourrissons à la naissance, et d'évaluer les compétences parentales afin d'adapter le suivi dans une unité mère-enfant et de réfléchir au projet d'accueil de la famille.

Lien mère-enfant et coordination des suivis : différentes temporalités à l'œuvre

D'un point de vue théorique sur le sujet des rythmes mère-enfant / parent-enfant, « nous allons parler de diachronie, en référence à toutes les évolutions mobilisées par la mère et le bébé, dans la dynamique complexe de cette relation qui se tisse en post-partum. »

Sur le terrain, il existe un important décalage de temporalité entre les soins psychiatriques de la mère et les soins du bébé. « Les équipes sont très vite prises dans ces difficultés à s'adapter aux rythmes de l'autre, poursuit le Pr Ligier. Ce temps est particulier et les parents peuvent le dire, avec

des temps mêlés car nous nous adaptons au rythme de l'autre avec des besoins parfois antagonistes. Il est difficile de toujours penser aux bébés quand l'état de santé des femmes prend toute la place. » En tant que soignant, « le fait de devoir être dans le moment présent en permanence demande par ailleurs une énorme capacité d'adaptation et de constance ». D'autant que la mère va éprouver « des émotions intenses sur le plan psychique, un bouleversement que l'arrivée d'un enfant peut engendrer ». Ainsi faut-il penser « à axer le plus d'attention envers le bébé, à entretenir des temps qualitatifs entre la mère et l'enfant, à aller vers une relation la plus harmonieuse possible, à évaluer le temps dont les parents ont besoin pour prendre en compte les besoins de l'enfant ».

Une approche d'autant plus cruciale qu'à la naissance, des changements sont également vécus par la mère « sur le plan corporel, identitaire avec l'intégration d'un nouveau rôle de parent également, prolonge le Dr Pauline Sourlier, psychiatre à Nancy, « le risque de réactivation de son héritage familial, vis-à-vis de sa propre mère notamment, et la réorganisation de la vie dans le couple : une expérience dite de crise maturative caractérisée un sentiment de perte ou de déséquilibre avec une homéostasie déjà précaire dans le cadre de la dépendance ». Avant la naissance, la grossesse elle aussi a pu « entraîner des remaniements psychiques liés à la toxicomanie ».

« Une ambivalence survient souvent dans le rôle maternel entre le désir d'être une bonne mère et la peur de ne pas y arriver », Dr Pauline Sourlier, psychiatre à Nancy

« Toutes ces étapes s'inscrivent dans des rythmes variables, lents pour les professionnels et beaucoup trop rapides pour les patientes, avec un risque de réémergence des problématiques qui avaient pu mener à la consommation de ces substances, poursuit le Dr Pauline Sourlier. La pression sociale va également engendrer une rechute fréquente du côté de l'addiction, en lien avec la culpabilité de ne pas pouvoir stopper sa consommation de produits, associée à une anxiété, un sentiment de honte ». Dans le même temps, la mère « prend conscience de la responsabilité des fonctions maternelles, avec tout ce qui relève du stress et des exigences de la parentalité. Une ambivalence survient souvent dans le rôle maternel entre le désir d'être une bonne mère et la peur de ne pas y arriver, marquée par la minimisation voire le déni des risques liés à l'addiction pendant la grossesse et en post-partum ». Ces éléments sont notamment décrits dans des contextes où « la grossesse est poursuivie pour maintenir le lien avec le conjoint sans réel désir d'enfant, avec une peur de perdre le papa qui peut rajouter un déni partiel de grossesse dans le cadre de toxicomanies, associées à une rupture de soins ».

Une rupture de soins pour autant loin d'être systématique. « La grossesse est aussi un moment où les femmes entrent dans le soin, pondère à ce sujet le Pr Ligier. Elles espèrent que l'enfant va venir réparer l'attachement, le lien, venir combler un vide, lui permettre de se départir de la dépendance aux produits. La grossesse permet de rêver de beaucoup de choses, elles y croient, elles espèrent. Pendant les 9 mois, à travers des soins somatiques, les femmes peuvent ainsi bénéficier de soins psychiques ». Puis en post-partum, « le suivi peut se poursuivre avec la PMI, la sage-femme, le médecin de famille, le pédiatre. »

Profil borderline et autonomie relative des mères

Ces parcours de soins sont également marqués par « une dissociation des addictologues qui ne sont pas toujours des psychiatres ». Ainsi, « les addictologues sont satisfaits d'avoir stabilisé les patientes concernant leur(s) addiction(s), sans forcément investiguer la problématique de la perte d'autonomie de la femme ou du couple en tant que parent(s) », témoigne le Pr Viaux-Savelon.

Et quel profil ont globalement les mamans traversant ces épreuves ? « Elles sont le plus souvent borderline, avec une capacité à certains moments d'être tout à fait en lien avec leur enfant, avec une très bonne qualité de lien mais qui ne perdure pas sur la continuité. Nous, professionnels de la périnatalité, allons-nous intéresser au bébé et de la façon dont il vit cette discontinuité de la famille : des situations complexes dans ces accompagnements sollicitant notamment le savoir-faire des puéricultrices en post-natal », décrit le Pr Viaux-Savelon. L'attention est portée « sur ce que l'enfant peut supporter dans cette discontinuité, sur la question de la mise en danger, du signalement, sur la question de la solidité et la contenance des dispositifs extérieurs vers lesquels les femmes ne sont pas encore suffisamment adressées dans la pratique ».

« Avec la naissance et la parentalité, l'autonomie relative de la femme et donc la capacité à demander de l'aide va être modifiée », Dr Romain DUGRAVIER, pédopsychiatre à Paris

Une donnée importante va entrer en ligne de compte dans le déroulé de ce suivi : celle de « l'indépendance et de l'autonomie relative », définit le Dr Romain Dugravier, pédopsychiatre à Paris, responsable d'un service de psychiatrie périnatale. Qu'est-ce à dire ? « Les patientes souffrant d'addiction se sont en effet souvent construites dans une indépendance qui reste très marquée pendant la grossesse. Ces femmes pensent qu'elles ont suffisamment de solidité interne et n'osent pas s'appuyer sur l'autre. Demander de l'aide dans le soin alors qu'elles sont enceintes leur est donc difficile. Avec la naissance et la parentalité, l'autonomie relative de la femme et donc la capacité à demander de l'aide va être modifiée. » C'est à ce moment précis que les équipes de la périnatalité, de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie cherchent à s'organiser au mieux pour épauler la triade mère-enfant-couple, « afin d'articuler l'accompagnement dans ce travail de concert lorsque bébé n'attend pas ».

Vers un repérage des addictions le plus précoce possible

L'enjeu est fort alors que la psychiatrie et l'addictologie croisent malheureusement fréquemment le chemin de la maternité et de la parentalité, associée à une errance thérapeutique notoire.

« Aujourd'hui en Europe, 40% des patients schizophrènes ne bénéficient d'aucun suivi et 92% des situations de dépendance à l'alcool ne sont pas prises en charge », étaye à ce propos le Dr Romain Dugravier. Ces chiffres, recueillis en population générale, laissent supposer le nombre de femmes et de couples souffrant de maladies psychiatriques et/ou d'addictions, isolés à un moment de leur vie dans l'épreuve de la grossesse et de la parentalité.

La question du repérage des troubles addictifs se pose alors. « Dans ma pratique clinique, les patientes sont connues pour leur pathologie psychiatrique, elles n'entrent pas dans les parcours de psychiatrie périnatale par le biais de leur addiction. Le diagnostic de leur dépendance est posé dans un second temps, lorsque nous découvrons la consommation de toxiques ». Des diagnostics « qualifiés d'incidents en psychiatrie périnatale ».

Pour intervenir le plus précocement possible auprès des femmes, les addictions, notamment celles associées à des comorbidités psychiatriques, doivent donc pouvoir être mieux repérées et prises en charge pour les femmes et couples en âge de procréer.

Articulation du suivi

Sur le terrain, la coordination du suivi des duos mères-enfants, des couples et des familles n'est pas toujours évidente à instaurer. Quels sont les dispositifs mis en place aujourd'hui ?

- « Là où je travaille, nous proposons des consultations, les soins d'une équipe mobile, un hôpital de jour et une consultation d'expertise dédiée aux futurs parents exposés à une fragilité psychiatrique », étaye le Dr Dugravier.
- « Nous travaillons avec la psychiatrie de liaison sur la maternité de Nancy et une équipe de psychiatrie périnatale sur la région, ajoute le Pr Fabienne Ligier. Et nous avons ouvert l'unité ACCORD'AGE comprenant l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires des parents et des bébés.
- « Nous avons un dispositif comprenant différentes unités permettant des parcours de soins coordonnés gradués pour les bébés et parents accompagnés. Parmi ces unités, nous disposons d'interventions en liaison, en consultation, des interventions en hôpital de jour en équipes mobiles et en hospitalisation complète parents-bébé, s'exprime le Pr Sarah Sananes, psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg. La particularité du service d'unité mère-nourrisson de Strasbourg, c'est que les lits sont dans un service de psychiatrie, ce qui nous permet l'accueil de certaines situations très aiguës. A noter qu'avec le Pr Ligier, nous avons été amenés à travailler sur des suivis conjoints. Les mères peuvent être réorientées par les collègues des services de néonatalogie pour une évaluation des compétences maternelles pour voir ce qui est possible d'envisager comme projet ».

Ces mères démunies, prises en charge dans les centres de psychiatrie périnatale en unité ambulatoire et les professionnels de la périnatalité, « sont également suivies en maternité, en service de néonatalogie et dans les unités Kangourou », souligne le Pr Viaux-Savelon à Lyon.

Prévention, soutien de proximité et suivi du développement

Dans le champ de la périnatalité, au chevet des mères en particulier, plusieurs solutions d'accompagnement sont apportées aux mères au cours de leur grossesse, au couple et au nouveau-né en besoin de présence et de contenance.

Il s'agit « d'anticiper au mieux l'après pendant la grossesse. Et d'axer la prévention sur les sujets sensibles : l'idéalisation de l'arrivée de l'enfant, la problématique du développement précoce en anténatal, la prévention de la mort subite du nourrisson, les réactions face aux pleurs intenses des nouveau-nés, les risques associés aux ingestions de substances toxiques, étaye Corinne Chanal, sage-femme de coordination « grossesse et addictions » au CHU de Montpellier, référente « périnatalité et addictions » au Réseau de Périnatalité Occitanie et présidente du GEGA à Montpellier. Autres approches :

- Sensibiliser sur la parentalité partagée en cas de placement de l'enfant
- Mettre en place un soutien de proximité réactif via la PMI
- Bénéficier des espaces parents-enfants
- Articuler le suivi en psychiatrie ou psychologique de la mère en post-natal avec des rappels en cas de rendez-vous manqués
- Mettre en place un suivi rapproché de l'enfant quant au repérage des troubles du développement : fixer les rendez-vous entre l'accouchement et la sortie de l'hôpital, et déployer les moyens possibles pour permettre à la maman de se déplacer en consultation avec son enfant
- Inclure le co-parent dans le processus de prise en charge, en évoquant avec lui son propre vécu de la grossesse, du suivi, en explorant ses propres vulnérabilités liées à l'addiction et en lui proposant une aide. Ensuite, il est question d'impliquer ce même co-parent pour qu'il soit en mesure de demander de l'aide à sa place en cas de besoin.

Les soignants s'approprient d'autant mieux ces solutions quand « les préjugés liés aux addictions sont diminués, tant du côté des soignants que des patients qui ont souvent tendance à la dépréciation, décrit Corinne Chanal. De quelle manière ? En s'éloignant de certains réflexes : « associer automatiquement la consommation de substances psychoactives à la dépendance, considérer comme seules bonnes mères les femmes qui ne consomment pas, ou de voir dans toutes les consommations un danger systématique justifiant de mesures de protection de l'enfant ».

Syndrome de sevrage, soins de développement et parents volontaires

Enfin, dans les situations d'addiction, que peuvent les soins de développement sur l'implication du couple dans le sevrage et la parentalité ? Pédiopsychiatre au CHU de Montpellier, Rose-Marie Toubin s'est emparée du sujet en présentant l'impact positif des soins de développement dédiés aux nouveau-nés dont la mère a souffert d'addiction avant, pendant et après l'accouchement.

Pour témoigner de la qualité d'accompagnement, le Dr Rose-Marie Toubin a diffusé une vidéo tournée dans la maternité du CHU de Montpellier auprès des professionnels de la périnatalité du service et d'un couple anonymisé. Ce support relate la prise en charge d'un nouveau-né pendant

15 jours en suites de couche, pour un important syndrome de sevrage lié à la dépendance de sa mère, sous méthadone.

Ce syndrome de sevrage a occasionné « chez le nouveau-né beaucoup d'irritabilité, de pleurs, de difficultés à être consolé ». Ce qui est très marquant à ce sujet : « la façon dont les professionnels de la périnatalité sont démunis face aux pleurs du tout-petit. La prise en charge de ce couple relevait en effet d'une situation très difficile, mais le père comme la mère étaient très volontaires pour accompagner leur enfant lors de ces soins afin de développer des temps de qualité ».

« Plus l'équipe prend le temps de soins de développement de qualité, plus les parents captent les signes de confort et de sécurité dédiés à leur tout-petit »

« Les professionnels du service se sont adaptés pour trouver de la sécurité à chaque moment dans ce contexte d'insécurité, témoigne le Dr Toubin. Un équilibre difficile à trouver et que l'on ne peut trouver que lorsqu'un travail a pu être effectué en anténatal avec le couple, en plus de la prise en compte du niveau d'anxiété en suites de couches sur des situations aussi complexes que celles de l'addiction maternelle, du couple, voire parfois des situations de psychopathologies et de déni ». Ainsi, « tout au long du suivi, les professionnels, sa surveillance et son traitement médicamenteux ont progressivement abordé le risque de syndrome de sevrage du nouveau-né, sa surveillance par le score de Finnegan et les traitements médicamenteux et non médicamenteux possibles pour que le couple s'implique dans cette prise en charge ». Cette alliance, relationnelle et thérapeutique, est très intéressante pour accompagner le couple et l'enfant sur un temps long.

En effet, « plus l'équipe prend le temps de soins de développement de qualité, plus les parents captent les signes de confort et de sécurité dédiés à leur tout-petit. A partir de ce moment, ils sont à même d'accepter beaucoup d'aide, de s'impliquer » auprès de leur tout-petit malgré le contexte de vulnérabilité psycho-sociale. Les équipes peuvent alors composer avec l'important besoin d'autonomie relative marqué par le couple, qui comme le précisait Romain Dugravier, pédopsychiatre à Paris, « se traduit par le fait d'aller chercher de l'aide en cas de limite et non le fait de faire sans les autres ».

Dans notre vidéo, en fin de séjour en pédiatrie, un renversement des positions a été observé : le couple a accepté les soins, l'aide. Impliqué dans leur prise en charge, sécurisé et confiant dans les soins de développement prodigués à leur enfant, la mère et le père ont demandé aux soignants comment ils allaient faire sans eux.

Des prises en charge possibles si les équipes de pédopsychiatrie sont disponibles pour consulter en suites de couches et debriefer aux staffs obstétricaux-pédiatriques. Et si tous les leviers sont activés pour permettre aux professionnels de la périnatalité d'accompagner la vulnérabilité en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en addictologie. Selon Corinne Chanal, il s'agit de :

- Former les professionnels au repérage des consommations

- S'enquérir de ce que la mère sait, de ce qu'on lui a dit avant de donner notre avis, lors des entretiens avec les patientes
- Travailler localement avec les professionnels de l'addictologie et de la psychiatrie pour prendre en charge les deux futurs parents dans un délai court
- Organiser un soutien, une médiation patiente-soignant pendant les séjours en maternité-pédiatrie, en questionnant la place des équipes de liaison et nommer des référents « périnatalité et addiction »
- cas de placement de l'enfant, valoriser auprès des patients l'idée de la parentalité partagée

Conclusions

- En périnatalité, la mise en tension est décrite par les mères et les pères confrontés à l'addiction quand leurs temporalités doivent s'ajuster à celle de leur enfant.
- La périnatalité, la psychiatrie et la pédopsychiatrie sont interconnectées dans la prise en charge des patientes, des nouveau-nés et des couples
- En pratique, la question du rythme revient fréquemment dans la prise en charge périnatale, du côté des pédiatres, des sage-femmes, des puéricultrices, des pédopsychiatres, des psychiatres.
- Pour les jeunes mères prises en charge sur le plan psychiatrique, il existe des conflits très intenses entre le désir de protection de l'enfant et les difficultés à contrôler l'addiction
- La prévention sur l'impact des troubles psychiatriques et des addictions auprès de la mère et de l'enfant doit être initiée dès l'annonce de la grossesse et perdurer jusqu'à la naissance
- Les addictions doivent pouvoir être repérées précocement lorsque les femmes souffrant de troubles psychiatriques initient une grossesse
- L'objectif des professionnels de la périnatalité est de mettre le bébé en sécurité, en composant parfois dans la discontinuité selon le profil addictif et le vécu de la maman dans la nouvelle relation qu'elle tisse avec son enfant
- La disponibilité et la formation des professionnels de la périnatalité, de la psychiatrie et de l'addictologie pendant la grossesse puis dans les premiers pas du couple en tant que parent est la clé d'une prise en charge complète et efficiente de l'addiction, et d'une prise en soins de la parentalité, maternelle comme paternelle.