

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2014

2014 TOU3 1549

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Diane BOISSON

le 24 septembre 2014

AMELIORER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN
PSYCHIATRIE PERINATALE.
MISE AU POINT D'UN OUTIL POUR REPERER LE PROFIL DE
VULNERABILITÉ DES PATIENTES ET MIEUX PRENDRE EN
CHARGE LES FAMILLES A PROBLEMES MULTIPLES.

Directeur de thèse : Dr Ludivine FRANCHITTO
Co-Directeur de thèse : Dr Céline BASCOUL

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Olivier PARANT	Assesseur
Madame le Docteur Ludivine FRANCHITTO	Assesseur
Madame le Docteur Isabelle ABADIE	Suppléant
Madame le Docteur Céline BASCOUL	Membre invité



P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. POURRAT. J	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERS F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous sommes très reconnaissants de votre accompagnement tout au long de l'internat, de votre soutien et de votre écoute attentive. Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement durant ces quatre années et le souci que vous avez de transmettre aux internes la richesse de la pédopsychiatrie. Votre approche a été déterminante dans notre orientation vers la pédopsychiatrie et nous espérons continuer à bénéficier longtemps de votre enseignement et de vos conseils.

Veillez trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Laurent Schmitt

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury.

Nous avons apprécié la qualité de votre soutien et de votre enseignement pendant notre internat.

Soyez assuré de notre considération et de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Olivier Parant

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Nous vous remercions de votre disponibilité et de votre souci de collaboration dans le respect et la bienveillance.

Veillez recevoir l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A Madame le Docteur Ludivine Franchitto

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail de thèse.

J'ai eu grand plaisir à travailler avec toi et à bénéficier de ta rigueur, ton sens clinique et de ta sensibilité auprès des patients dans un contexte si particulier que celui du périnatal. Cette expérience restera précieuse pour moi, et je suis heureuse qu'elle puisse se prolonger par la suite.

Sois certaine de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Isabelle Abadie

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger à ce jury. J'ai eu grand plaisir à bénéficier de votre enseignement enrichissant lors de mes formations de DU. Cet enseignement et ce partage autour de situations cliniques me resteront précieux. Je suis honorée de pouvoir poursuivre mon expérience clinique à Montauban.

Soyez assurée de mon profond respect.

A Madame le Docteur Céline Bascoul

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur de co-diriger ce travail de thèse.

Ta rigueur, ton sérieux, ton écoute et tes conseils ont été une aide conséquente dans la rédaction de cette thèse. Mon expérience à tes côtés à la maternité a elle aussi été d'une grande richesse.

Sois assurée de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

A toute l'équipe de psychiatrie périnatale du CHU de Toulouse, une équipe en or, sans qui ce travail n'aurait jamais pu se faire. A Christine, Françoise et Odile, pour votre aide lors du remplissage de l'outil, mais aussi pour vos qualités humaines et de cliniciennes. A Isabelle, avec qui j'ai pu partager des situations cliniques particulièrement sensibles en toute sérénité de part ton expérience et ton soutien. A Aurélie, la « maman » de l'équipe et à ton aide précieuse pour ce travail de thèse (mais pas seulement). A Loïc, qui m'a beaucoup transmis durant ce stage.

Aux partenaires de l'équipe, aux sages-femmes et aux gynécologues de la maternité de Paule de Viguier, aux équipes de PMI et à tous les autres partenaires qui permettent un maillage institutionnel autour de la prise en charge des futures mères.

Aux sages-femmes du DIM de la maternité de Paule de Viguier, qui m'ont très chaleureusement aidée dans le recueil des données chiffrées médicales.

A Déborah Palas pour ses conseils en santé publique et sa contribution pour les statistiques.

A Per Abasolo, Gisèle Payeur, et Bernadette pour leur disponibilité auprès des internes

A toutes les personnes rencontrées dans les services durant ces quatre années d'internat.

A toute l'équipe de pédopsychiatrie des Hôpitaux de Lannemezan, aux Docteurs Liliane Dagues-Bié et Anne Campan et à l'équipe de l'hôpital de jour « Nansouty » qui m'ont confortée dès mon premier semestre dans ma passion pour la pédopsychiatrie à travers leur bienveillance. Aux internes rencontrés à Lannemezan et aux instants passés ensemble.

A toute l'équipe de l'UF3, aux Docteurs Julien Billard et Aniko Sagodi, au Pr Birmes. A mes deux super co-internes, Juliette et Florence et notre complicité. Cette relation restera un temps fort de ma vie. A Daniel, tout particulièrement, et à sa passion, son humilité, sa bienveillance et son altruisme. Tu as cet art de voir au delà de la maladie et des apparences, et de révéler les individus dans leur part la plus singulière. Une rencontre humaine qui me restera chère.

A toute l'équipe du centre Maurice Dide, aux Dr Créqui et Bordas, mais aussi à toute l'équipe dont je n'oublierai pas la qualité humaine de chacun de ses membres, le tout dans une cohésion globale très contenante (ce qui est plutôt aidant pour une unité d'addictologie !). Merci pour votre soutien et pour tout ce que vous m'avez appris.

A toute l'équipe de l'UF4, en particulier au Dr Julie Rieu, à son humanité et à sa bienveillance vis-à-vis des patients et des internes. Une bonne leçon de vie et une excellente expérience clinique, malgré certains désagréments. A mes 2 co-internes, Julie et Elodie.

A l'équipe de neuropédiatrie de l'hôpital des enfants, au Pr Chaix, aux Dr Karsenty, Cances, Cheuret et au Dr Caroline Le Camus. Merci de m'avoir chaleureusement accueillie et de m'avoir permis de découvrir cette clinique. A mes trois co-internes, Fanny, Odile et Julie, pour leur soutien et leur patience de m'avoir transmis leur savoir-faire.

A l'équipe du secteur 8 du CHS Gerard Marchand, aux De Grove, Marie, Camillerie, et Neuwald. Au Dr Klein, pour sa passion et son investissement pour transmettre son savoir aux internes. Merci a toi. Merci aussi à toute l'équipe, infirmier(e)s, psycho, AS, cadres, sans oublier les secrétaires.

A l'équipe de l'hôpital de jour des Bourdettes, au Dr Carpentier et à tous les soignants qui travaillent au quotidien aux cotés de la clinique de l'autisme dans un souci de bienveillance. Ce passage m'a conforté dans l'importance du travail pluridisciplinaire, global et coordonné réalisé en hôpital de jour.

A l'équipe du CMP de St Orens, au Dr Chapuis, et a toute l'équipe : les 2 Hélènes, Emmanuelle, Laure, Valérie, Isabelle, Natalie j'ai beaucoup apprécié de passer ce temps à vos cotés, et ce souci que vous avez pour préserver une clinique dynamique prenant en compte l'environnement des enfants. Merci pour votre dynamisme et votre accueil.

Aux patients, qui nous en apprennent tous les jours, et sans qui nous ne pourrions progresser.

A tous les internes que j'ai rencontrés depuis mon arrivée sur Toulouse : à Diane, Emilie, Leslie, Marc, Amélie, Raphael, Julie, à nos soirées de promo, et à ceux qui sont devenus des amis ; à ceux des autres promos que j'ai pu croisé sur mon chemin, et en particulier à Elodie et à nos longues discussions les jours de DU. A Florence, qui a été à mes cotés durant ces quatre années.

Aux autres rencontres que j'ai pu faire tout au long de cet internat et lors de formations.

A mes amis de Toulouse : Chistelle, Thib, Yo, Vio, Vince, Jah, Jag, Marine, Raph...

A Marie, Huong, et Rodica avec qui j'ai eu le plaisir de partager une colocation pendant 3 ans. A nos soirées filles et a nos fous rires. A la richesse de cette mixité culturelle.

A mes anciens co-externes et amis, dont la liste serait trop longue : Guillaume, Cédric, Lionel, Charlotte, Laurie, Mélanie, Vanessa, Céline, Claire, Sabrina, et j'en oublie... A notre super voyage aux USA « The american dream after the exam », et à nos vacances au ski. Spéciale dédicace tout de même à Morgane et Ewa et Elie et à nos souvenirs inoubliables qui seraient trop long à lister.

A mes amis de longue date

A Estelle, Laura et Léa, sur qui je pourrais toujours compter et dont ni la distance ni le temps n'ont pu estomper notre amitié. Je vous adore.

A Leslie, Marie, Chloé et toute la clique...

A JC, toujours fidèle à lui-même et qui me fait toujours autant rire.

A Elodie, une super éduc. Qui sait peut-être un jour on travaillera ensemble.

Et à tous les autres ...

A ma famille

A mes parents qui ont toujours cru en moi et qui m'ont toujours soutenue.

A mes grands-parents paternels, qui m'ont inculqué leurs précieux principes de la vie et qui restent un modèle de stabilité.

A ma grand-mère et à son énergie et son soutien. Ta pissaladière a fait succès dans les services ! A mon grand-père aussi.

A ma tante Laure, que j'aime fort et nos bons moments passés ensemble.

A mon autre tante, mon oncle et à Chloé qui grandit si vite.

A mon frère Yoann, et à ma soeur Ambre. Le coeur y est.

A Mohamed (et à nos échanges cliniques aussi), Pascale, et à tous les autres

A toi Florent, mon cher et tendre, qui m'a permis un environnement suffisamment secure pour réaliser ce travail. Merci pour ta présence au quotidien.

Et à toute la belle famille, avec une spéciale dédicace pour Nico, le roi des tableurs Excel et des graphiques. Je t'en suis très reconnaissante.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	13
INTRODUCTION.....	14
PARTIE 1 : OBSERVATION, ETATS DES LIEUX.....	16
I) Une reconnaissance institutionnelle du besoin de prise en charge autour des femmes vulnérables.....	17
A) Les différents guidelines en périnatalité.....	17
1) En France : les recommandations HAS.....	17
2) En Grande-Bretagne.....	17
B) Enquêtes de santé publique.....	18
1) Enquête Nationale Périnatalité (ENP), 2003.....	18
2) Etude DRESS 2007.....	18
3) Enquête ORS Midi-Pyrénées (ORSMIP).....	19
C) Les plans périnatalité.....	19
II) Le système de soin en psychiatrie périnatale en France.....	21
A) La psychiatrie périnatale et l'unité de liaison à la maternité du CHU de Toulouse.....	21
1) La psychiatrie périnatale en général.....	21
2) L'unité de liaison à la maternité du CHU de Toulouse.....	22
B) Les partenaires et le travail de lien.....	23
1) Les partenaires sociaux et la protection de l'enfance.....	23
2) Les partenaires médicaux.....	24
3) Le médico-social.....	25
4) La justice.....	25
C) Les réseaux de soin et les structures existantes en France.....	25
1) Les foyers/centres maternels.....	25
2) Les unités mère-enfant.....	26
3) Les hôpitaux de jour.....	27
4) Les visites/hospitalisations à domicile.....	27
5) Les CATTP (Centres d'Accueil à Temps Partiel) et les CMP (Centres médico-psychologiques).....	28
6) Les lieux d'accueil parent-enfant et les diverses associations.....	28
7) Le Placement Familial Thérapeutique.....	28
III) Constat d'une évolution quantitative du profil des patientes ces 10 dernières années.....	29
A) Données de 2002 : thèse : étude rétrospective.....	29
B) Données de 2012.....	30
1) Matériel et Méthode.....	30
2) Résultats.....	30
a) Données générales sur la grossesse et l'accouchement.....	30
b) Données sur les diagnostics psychiatriques.....	33
C) Discussion.....	33

PARTIE 2: LE RISQUE MAJEUR : LA NEGLIGENCE ET LA MALTRAITANCE....	35
I) Définition et épidémiologie.....	36
A) Définition.....	36
B) Epidémiologie.....	36
II) Conséquences, impacts des négligences (et maltraitements).....	37
A) Conséquences neurobiologiques et cérébrales.....	37
B) Conséquences somatiques.....	37
1) Conséquences somatiques pendant la grossesse.....	37
2) Séquelles physiques de la maltraitance.....	38
3) Retard staturo-pondéral.....	38
4) Troubles psychosomatiques.....	38
C) Conséquences sur le développement psychomoteur.....	38
1) Langage.....	38
2) Tonus.....	38
3) Motricité.....	38
4) Alimentation	38
5) Sommeil.....	39
D) Conséquences cognitives.....	39
E) Conséquences sur le développement affectif.....	39
1) Conséquences émotionnelles et sur l'attachement.....	39
2) Différents types de syndromes observables fonction du type de carence..	39
III) Prévention des négligences à enfant.....	41
A) Les facteurs de vulnérabilité de négligence.....	41
B) Les outils de dépistage de négligence.....	41
 PARTIE 3: LES FACTEURS SOCIAUX ET LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES LES PLUS À RISQUE : LEURS EQUIVALENCES CIM-10 ET LEURS CONSEQUENCES.....	 43
I) Données générales sur la vulnérabilité.....	44
A) Qu'est ce qu'un facteur de vulnérabilité.....	44
B) Etude ORS, 2008.....	44
II) La mesure de l'activité et la classification CIM-10	46
A) Mesure de l'activité et calcul du budget.....	46
B) La Classification Internationale des Maladies (CIM).....	46
III) Les facteurs sociaux et culturels.....	49
A) Les facteurs sociaux dans la classification CIM-10 et définition de la précarité.....	49
1) Définition de la précarité.....	49
2) Les facteurs sociaux et leur place dans la classification CIM-10.....	50
B) Conséquences sur la grossesse.....	51
IV) Les pathologies/troubles psychiatriques chroniques les plus à risques.....	52
A) Définitions (classification CIM-10).....	52
1) Le trouble de la personnalité borderline.....	52
2) La schizophrénie : classification CIM-10.....	53
3) Les troubles de l'humeur : classification CIM-10.....	53
4) Les addictions à des substances psychoactives : classification CIM-10....	54

B) Modèles théoriques étiologiques.....	56
C) Conséquences sur la grossesse, les interactions et l'enfant.....	59
V) Les pathologies psychiatriques à risque spécifiques du contexte périnatal : la psychose puerpérale et la dépression du post-partum.....	67
A) Définitions (classification CIM-10).....	67
1) La dépression du post-partum.....	67
2) La psychose puerpérale	67
3) Classification CIM-10.....	68
B) Conséquences sur la grossesse, les interactions et l'enfant.....	69

PARTIE 4: LA VULNERABILITE DANS UNE VISION PLUS GLOBALE: LES FAMILLES A PROBLEMES MULTIPLES. (HYPOTHESE D'UNE EVOLUTION QUALITATIVE DU PROFIL DES PATIENTES).....

I) Le constat.....	71
II) Les familles dites « à problèmes multiples ».....	72
A) Description.....	72
1) Définition.....	72
2) Psychopathologie.....	72
3) Facteurs de vulnérabilité retrouvés dans ces familles.....	73
B) Conséquence sur les interactions mère-bébé et sur le bébé.....	73
1) Les interactions précoces dans ces familles.....	73
2) Conséquences sur le bébé.....	74
C) Les difficultés rencontrées propres à ces familles.....	75
1) Difficultés dans le soin.....	75
a) Echappement aux soins.....	75
b) Clivages institutionnels.....	75
2) Difficultés concernant leur repérage.....	76
a) Repérage à partir des données sociales ou statistiques.....	76
b) Repérage à partir des données médicales.....	77
III) Quelques illustrations cliniques.....	78
A) Cas d'une patiente schizophrène : Mme D.....	78
B) Cas d'une patiente ayant un trouble de la personnalité: Mme S.....	82
C) Cas d'une patiente présentant une déficience mentale : Mme C.....	88

PARTIE 5 : DE LA VISION CLINIQUE DU SOIN A LA CONSTRUCTION D'UN OUTIL D'AIDE AU DEPISTAGE ET A LA PRISE EN CHARGE.....

I) Explication de l'idée de l'outil.....	95
A) Différents moyens de prises en charge en fonction des problématiques.....	95
1) Des diagnostiques différents.....	95
2) Des besoins différents.....	95
B) Les différentes prises en charge possibles et les moyens engagés.....	96
C) L'idée de l'outil : évaluer l'adéquation des moyens engagés aux besoins des familles.....	97
II) Parallèle avec le concept de fragilité en gériatrie (critères de Fried).....	98
A) Le concept de fragilité en gériatrie.....	98
1) Définition de la fragilité.....	98

2) Approche physiopathologique.....	99
3) Le phénotype clinique de Fried.....	99
B) Extrapolation en périnatalité.....	100
PARTIE 6 : CONSTRUCTION DE L'OUTIL ET PROTOCOLE DE L'ETUDE.....	102
I) Objectif de l'étude.....	103
A) Principal.....	103
B) Secondaire.....	103
II) Méthode de construction de l'outil (Matériel).....	104
A) La CIM-10.....	104
B) Construction de l'outil : un grille à 3 niveaux	104
1) Une grille avec des critères à cocher.....	104
2) Le mode d'utilisation.....	104
3) Trois niveaux à faire apparaître.....	105
C) Que mettre dans le niveau 1 « fragilité simple, contrôlée » ?.....	105
1) Définition.....	105
a) Le niveau de prise en charge.....	105
b) Les problématiques en cause.....	105
2) Quels critères mettre dans ce niveau ?.....	105
D) Que mettre dans le niveau 2 « fragilité complexe » (risque pour la patiente) ?	106
1) Définition.....	106
a) Le niveau de prise en charge	106
b) Les problématiques en cause.....	106
2) Quels critères mettre dans ce niveau ?.....	107
a) Les facteurs psychiatriques.....	107
b) Les facteurs sociaux.....	110
E) Que mettre dans le niveau 3 « Situation à risque » (risque pour l'enfant) ?....	112
1) Définition.....	112
a) Le niveau de prise en charge.....	112
b) Les problématiques en cause.....	112
2) Quels critères mettre dans ce niveau ?.....	112
a) Pathologie psychiatrique décompensée ou en cours de	
décompensation.....	113
b) Déficience intellectuelle chez les deux parents.....	113
c) Cas des familles à problèmes multiples sans pathologie	
psychiatrique avérée: quels critères choisir ?.....	114
d) Signaux d'alerte repérables chez l'enfant.....	116
e) Au total, critères retenus pour le niveau 3.....	119
F) Aspect : design final de l'outil.....	120
1) Grille à trois niveaux.....	120
2) Informations principales à mentionner.....	120
3) Autres données sur la prise en charge.....	120
III) Mise en application (Méthode).....	122
A) Type d'étude : descriptive, prospective.....	122
B) Les professionnels concernés (par le remplissage de l'outil).....	122
C) Critères d'éligibilité.....	122

D)	Modalités d'utilisation de l'outil.....	122
E)	Durée de l'étude.....	122
F)	Modalités pratiques.....	122
G)	Critères d'évaluation.....	123
	1) Principal.....	123
	2) Secondaire.....	123
H)	Analyse des résultats (aspects statistiques).....	123
I)	Confidentialité des données.....	123
IV)	Résultats.....	124
A)	Description de la population étudiée et répartition par niveaux.....	124
	1) Population incluse.....	124
	2) Description de la population incluse et répartition des patientes par niveau.....	124
B)	Cohérence de l'outil : répartition des prises en charge par niveau.....	126
	1) Nombre de consultations.....	126
	2) Nombre d'intervenants.....	127
	3) Type d'intervenants.....	128
	4) Dispositifs, prises en charge mises en place (ou devenir) par niveau.....	133
C)	Analyse par niveau.....	137
	1) Niveau 1.....	137
	2) Niveau 2.....	138
	3) Niveau 3.....	141
D)	Analyse par diagnostic.....	144
	1) Tableau général.....	144
	2) Analyse des différents troubles (et difficultés sociales) pris isolément.....	145
	a) Les patientes présentant des difficultés sociales sans trouble psychiatrique associé (Social seul).....	145
	b) Les patientes présentant un trouble de la personnalité borderline.....	146
	c) Les patientes présentant un trouble de l'humeur.....	147
	d) Les patientes présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif.....	153
	e) Les patientes présentant un trouble addictif (alcoolisme ou toxicomanie).....	156
	f) Les patientes mineures de moins de 16 ans ou présentant une déficience intellectuelle (« Maturité psychique »).....	159
	g) Les patientes présentant une dépression du post-partum.....	162
	h) Les patientes présentant une psychose puerpérale.....	165
	3) Les familles à problèmes multiples (« social+ autre »).....	166
V)	Discussion.....	171
A)	Population de l'étude.....	171
	1) Taille de l'échantillon, biais de sélection.....	171
	2) Caractéristiques générales, représentativité de l'échantillon.....	171
B)	Résultats principaux.....	176
	1) Critère de jugement principal : pourcentage de patientes par niveau.....	176
	2) Critères de jugement secondaires.....	176
	a) Répartition des prises en charge en fonction des niveaux (cohérence	

de l’outil).....	176
b) Répartition des diagnostics et de leurs prises en charge en fonction des niveaux (adéquation des moyens aux besoins).....	177
C) Forces et faiblesses du travail.....	184
1) Question posée.....	184
2) Type d’étude.....	184
a) Choix d’une étude originale, fonction du degré de prise en charge....	184
b) Choix d’une étude descriptive.....	184
c) Choix d’une étude de cohorte et non cas-témoins.....	185
d) Choix d’une étude monocentrique.....	185
3) L’outil.....	185
a) La construction de l’outil.....	185
b) Les biais de mesure.....	185
4) Durée de l’étude.....	186
5) Rigueur méthodologique.....	186
D) Perspectives.....	186
1) En terme de recherche.....	186
a) Etude permettant la validation de l’outil.....	186
b) Autre étude plus conséquente dans une durée plus longue, multicentrique.....	187
c) A plus long terme, une autre étude permettant la comparaison de l’évolution.....	187
2) En terme de soin.....	187
a) Revue de littérature : dispositifs innovants existants en France, en Europe et dans les pays anglo-saxons.....	187
b) Perspectives à Toulouse.....	191
 CONCLUSION.....	 193
 BIBLIOGRAPHIE.....	 196
 ANNEXES.....	 219
Annexe 1: Document des assistantes sociales de la maternité de Paule de Viguier.....	220
Annexe 2: L'outil.....	221
Annexe 3: Note explicative concernant le remplissage de l'outil.....	223
Annexe 4: Exemple de programmes communautaires.....	225
 RESUME EN ANGLAIS.....	 226

LISTE DES ABREVIATIONS

AED: Aide Educative au Domicile
AEMO: Aide Educative en Milieu Ouvert
AS : Assistante Sociale
ASE: Aide Sociale à l'Enfance
CAMPS: Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
ATCD : Antécédent
CATTP: Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, dixième version
CMP: Centre Médico-Psychologique
ESAT: Etablissement et Service d'Aide pour le Travail
FCS : Fausse Couche Spontanée
HDJ: Hôpital De Jour
IME: Institut Médico-Educatif
ITEP: Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MAP : Menace d'Accouchement Préaturé
PMI: Protection Maternelle et Infantile
RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin
RPM : Rupture Préaturée des Membranes
SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
UTAMS: Unité Territoriale d'Action Médico-Sociale
VAD: Visite à Domicile

AVANT-PROPOS

En guise d'avant-propos, je commencerai par un poème de Victor Hugo:

*“Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille, Applaudit à grands cris,
Son doux regard qui brille. Fait briller tous les yeux,
Et les plus tristes fronts, les plus souillés peut-être,
Se dérident soudain à voir l'enfant paraître,
Innocent et joyeux...”*

Ainsi, “lorsque l'enfant paraît”, la magie opère. La “préoccupation maternelle primaire” (Winnicott) s'installe spontanément, en parallèle de l'implication paternelle et de la sphère familiale. L'association des deux, et lorsque les deux parents sont dans un état psychique équilibré, permet au futur bébé de recevoir des soins adéquats, « suffisamment bons », tant physiques que psychiques. C'est dans la continuité et la stabilité de ces soins donnés par des personnes entières et disponibles que le bébé, cet être initialement si fragile et dépendant, “n'existant pas seul”, va pouvoir petit à petit prendre conscience de son intégrité psychique et corporelle et de la différence de l'autre et explorer le monde afin de devenir à long terme un être humain unifié, sain d'esprit, prêt à affronter le monde extérieur et ses difficultés et à construire sa propre identité.

Mais que se passe-t-il lorsque l'enfant “ne paraît pas”?

Soit parce qu'il ne survit pas ; soit parce qu'il naît, il est là, mais ses parents, et notamment sa mère ne sont pas dans un état psychique suffisamment bon pour lui donner les soins nécessaires. Il y aura là d'importantes répercussions sur le développement affectif de l'enfant et donc sur sa capacité à devenir un être différencié, autonome, avec sa propre identité, tourné vers un avenir prometteur pour lui.

C'est donc un enjeu majeur.

La psychiatrie périnatale a pour objectif d'accompagner tout ce processus lorsqu'il ne peut se faire correctement, que ce soit pour cause extérieure aux parents (diagnostic anténatal, complication de la grossesse et de l'accouchement, deuil périnatal...), pour cause environnementale (père absent, peu d'entourage, précarité, culture différente), ou pour cause maternelle (pouvant aller d'un simple trouble anxieux, à une maladie psychiatrique grave, à une incapacité à donner des soins adéquats au bébé ...). Elle permet donc un accompagnement psychique lors de la grossesse et du post-partum afin que ce processus se fasse au mieux, dans un abord curatif, mais surtout préventif.

C'est dans ce souci que je me suis intéressée à la psychiatrie périnatale

Plusieurs types de problématiques peuvent être source de difficultés ou de souffrances psychiques autour de la périnatalité. Parfois quelques consultations avec un psychologue ou un psychiatre peuvent suffire. Parfois, la problématique est beaucoup plus complexe, et c'est notamment cette deuxième situation qui a attiré mon attention pour ce sujet de thèse.

INTRODUCTION

L'équipe de psychiatrie périnatale de la maternité du CHU de Toulouse (maternité de niveau 3) a été créée il y a plusieurs années dans la prolongation des données actuelles sur le bénéfice de soins psychique en périnatalité (plan périnatalité de janvier 1994, puis mission périnatalité de 2003, puis plan périnatalité 2005-2007, rédigés à la demande du ministère de la santé).

Depuis la création de cette équipe, a été fait le constat clinique d'une évolution du profil des patientes non pas uniquement sur le plan quantitatif, mais aussi et surtout sur le plan qualitatif avec l'**hypothèse d'une augmentation du nombre de familles à problèmes multiples** : association de plusieurs problématiques, clivage des différents intervenants... Sans oublier qu'il y a 2 patients à prendre en compte: la mère, mais aussi le bébé, pour qui le retentissement sur le développement affectif n'est pas négligeable, avec de potentielles graves conséquences à court, moyen et long terme.

Or, pour ce type de patientes/familles, une **prise en charge plus complexe** s'impose, avec notamment les besoins suivants : anticiper si possible (et donc dépister les situations à risque) ; tenir sur la longueur (et donc assurer une continuité des soins) ; parfois, besoin d'être réactif dans les situations d'urgence ; nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire avec l'intervention de plusieurs intervenants (et donc nécessité de se coordonner, de faire du lien) ; nécessité de dispositifs suffisamment étayant ; penser, et penser ensemble, organiser des supervisions et des réunions de synthèse.

En parallèle, pour d'autres patientes, un simple suivi psychologique (parfois une seule consultation) peut suffire.

Il s'agit donc de penser un aménagement adéquat des soins dans un contexte de restriction budgétaire, en fonction des besoins: dispositifs adéquats (unités mère-enfant, centres maternels, hôpitaux de jour, visites à domicile ...) ; mais aussi travail de lien et d'élaboration, et **travail avec les partenaires**++ (gynécologues, pédiatres, psychiatres, PMI, ASE, services sociaux ...).

Les 2 objectifs de cette thèse sont donc les suivants :

- 1) OBJECTIF PRINCIPAL= EPIDEMIOLOGIQUE :
 - Mise en évidence du profil de vulnérabilité des patientes et repérage des situations à risque.

- 2) OBJECTIF SECONDAIRE= SANITAIRE :
 - Evaluer l'adéquation des moyens engagés aux besoins des familles
 - Réflexion sur les ouvertures de prise en charge adéquates dans une optique thérapeutique et préventive à moyen et long terme.

D'un point de vue méthodologique, il ne nous est pas possible de faire une étude rétrospective ou comparative du fait de la difficulté à récupérer des informations qualitatives antérieures et des biais important que cela peut engendrer.

Le travail de cette thèse consistera donc en la **création d'un outil qui puisse répondre aux 2 objectifs cités**, en montrant cette complexité de prise en charge à travers une analyse descriptive à la maternité de Paule de Viguièr sur une période définie.

Nous traiterons dans une première partie de l'état des lieux actuels sur le système de soin. Puis, dans une seconde partie, nous aborderons la question de la négligence et de la maltraitance, risques majeurs. Dans les parties 3 et 4, nous détaillerons les facteurs de vulnérabilité de négligence, en abordant d'abord les facteurs sociaux et psychiatriques les plus à risque, leurs équivalences dans la CIM-10 et leurs conséquences ; pour ensuite, dans une vision plus globale, aborder les familles à problème multiples. La partie 5 nous permettra d'introduire les justifications de cette étude ; et enfin, la partie 6 traitera de la construction de l'outil, du protocole de l'étude et des résultats de l'étude. Pour terminer, une fois les résultats obtenus, nous ouvrirons une réflexion sur les perspectives en terme de recherche et de soin et les potentielles ouvertures en terme de structures et réseaux de soins en psychiatrie périnatale, dont l'objectif est bien de prévenir des troubles ultérieurs graves.

PARTIE 1:
OBSERVATION, ETAT DES LIEUX

I) Une reconnaissance institutionnelle du besoin de prise en charge autour des femmes enceintes vulnérables

A) Les différents Guidelines médicaux en périnatalité

1) En France : les recommandations HAS

En France, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis des recommandations pour la pratique clinique sur le suivi de grossesse normale. Ainsi, la déclaration de grossesse doit être effectuée avant la 15^{ème} semaine. Sept examens prénataux (réalisés par sages-femmes ou médecins) sont obligatoires, chacun comprenant une série de tests et une grille d'évaluation des facteurs de risque. Le premier est conseillé avant la 10^{ème} semaine. Doit s'ajouter à ces examens un entretien du 4^{ème} mois, permettant une évaluation psychosociale pour évaluer et répondre aux besoins des parents et les référer à diverses ressources du milieu. Sont aussi recommandées des séances collectives de préparation à l'accouchement, généralement données par des sages-femmes selon une approche éducative et préventive ; ainsi que des suivis à domicile pré et post-accouchement par les sages-femmes. (HAS, 2007) (1)

2) En Grande-Bretagne

Différents Guidelines ont été élaborés en Grande-Bretagne. Nous en avons retenu 3 :

- The Royal College of Psychiatrists CR88, 2000. (2)
- Nice Guidelines on Antenatal and Postnatal Mental Health Care, 2007. (3)
- The SIGN Guidelines, 2012. (4)

De manière générale (et plus particulièrement le **NICE, 2007** et le **SIGN, 2012**), ces Guidelines reprennent les points suivants :

- Le dépistage des situations à risque avec la recherche systématique des facteurs de risque et des antécédents.
- La prévention des troubles psychiatriques en prenant en charge précocement les femmes présentant des symptômes anxieux et dépressifs grâce à des interventions psychothérapeutiques brèves issues de la 3^{ème} vague des thérapies cognitivo-comportementalistes (IPT= Interpersonal Psychotherapy, CBT= Cognitive Behavioural Therapy, interventions psychosociales).
- L'information aux patientes sur la grossesse, les troubles psychiatriques dont elles souffrent, les traitements
- La prise en charge des différentes pathologies psychiatriques rencontrées en périnatalité (dépression, troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, addictions) grâce à trois principaux outils thérapeutiques :
 - Les psychothérapies brèves, en particulier l'IPT et le CBT
 - Les autres types de psychothérapies (soutien, couple, mère-enfant)
 - Les traitements médicamenteux (en prenant en compte les particularités et les contre-indications de la grossesse).
 - Des stratégies thérapeutiques sont ainsi définies en fonction du trouble et de sa sévérité
- L'organisation de soin qui doit se faire par une équipe pluridisciplinaire et dans le travail de collaboration avec les autres partenaires de soin.

Par ailleurs, les recommandations NICE mettent l'accent sur l'offre d'un continuum de soins en interdisciplinarité, d'une évaluation psychosociale en continu, de la détection de problèmes de santé mentale dès la première visite et de trajectoires de référence pour les femmes nécessitant des services supplémentaires. Une dizaine de visites sont prévues pour une première grossesse sans complication et sept, pour la femme multipare.

B) Les enquêtes de santé publique en France

Différentes enquêtes (Nationales, Midi-Pyrénées) ont permis de faire un état des lieux sur le suivi des femmes en périnatalité, les complications de la grossesse et néonatales, les aspects sociaux et les disparités de prise en charge, mettant en évidence un besoin accru de prise en charge autour des femmes vulnérables.

1) Enquête nationale périnatale (ENP) 2003

L'Enquête nationale périnatale réalisée en 2003, a mis en évidence (par rapport à 1995) les éléments suivants : une augmentation de l'âge moyen des mères; un meilleur suivi global pendant la grossesse ; une progression des anesthésies sous péridurale (six accouchements sur dix) ; une stabilité du nombre d'accouchements déclenchés; un taux croissant de césariennes (de 17,5 % à 20,2 % entre 1998 et 2003) ; un taux global croissant de prématurité (7,2 % , à la limite de la significativité), et d'enfants de poids de naissance inférieur à 2500 g (8 %, significatif) .

Cependant, en ce qui nous concerne, il est surtout important de noter le constat **de disparités importantes** entre les grandes régions de la métropole en termes de niveau de risque : ces disparités portent sur la fréquence de certaines **décisions médicales**, (hospitalisations prénatales, césariennes..) ; et les **comportements des patientes** (tels qu'ils sont décrits par la préparation à la naissance ou l'allaitement). Elles suivent en partie les inégalités sociales entre régions et peuvent aussi s'expliquer par d'autres facteurs.

Il est aussi observé des disparités entre la métropole et les DOM, avec des conditions sociales particulièrement défavorables dans les DOM. (ENP, 2003) (5)

2) Etude DRESS 2007 : « Disparités sociales et surveillance de la grossesse »

Cette étude complète les résultats de l'Enquête nationale périnatale 2003. Elle permet de caractériser les **femmes dont la grossesse a été moins bien suivie**, en analysant plus finement la surveillance prénatale des mères selon leur catégorie socioprofessionnelle, leur situation au regard de l'emploi, leur nationalité, leur âge...

Les femmes qui ont déclaré leur grossesse au-delà du délai réglementaire (4 %) ont plus souvent la nationalité d'un pays d'**Afrique subsaharienne** (21 % contre 4 % des Françaises). Le recours à un gynécologue ou un obstétricien libéral pour déclarer la grossesse concerne davantage les cadres (64 % des cadres ou des femmes dont le conjoint est cadre, contre 29% des ouvrières non qualifiées ou femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier non qualifié). Parmi les femmes n'ayant pas eu les sept visites prénatales réglementaires (6% des femmes interrogées), 23,8% d'entre elles ne sont **pas scolarisées**, contre 4,4% qui ont au minimum un baccalauréat. Les femmes ayant eu moins de trois échographies (2,4 %) sont surtout des femmes **non scolarisées ou originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne** (12,3% contre 2% des Françaises). Concernant le dépistage du risque de trisomie 21, les **ouvrières ou femmes sans**

profession dont le conjoint est ouvrier sont également moins bien informées que les cadres (ou femmes sans profession dont le conjoint est cadre). Enfin, 10 % des femmes de 38 ans ou plus n'ont bénéficié d'aucun dépistage ni diagnostic de la trisomie 21. (DREES, 2007) (6)

3) Enquête ORS Midi-Pyrénées (ORSMIP): “Le suivi et l’orientation des femmes enceintes”

Cette enquête, réalisée auprès de 1650 femmes ayant accouché en Midi-Pyrénées en 2005, a permis d'évaluer et d'étudier le **suivi prénatal proposé aux femmes dans la région**. Comparé à l'étude 2003, elle permet d'étudier plus finement ce suivi au niveau régional, et permet aussi, d'appréhender le ressenti des femmes face à ce suivi (auto-questionnaires). Parmi les résultats de cette enquête, plusieurs points sont à retenir :

- Il existe des **disparités dans le suivi prénatal dans la région** selon les caractéristiques socio-économiques des femmes et selon la localisation dans la région.
- Il existe une **demande forte** de la part des femmes de pouvoir parler de différents sujets au cours de la grossesse ou d'avoir un véritable soutien psychologique, avec une forte proportion de femmes qui déclarent ne pas avoir bénéficié de ce type de soutien, et notamment une plus forte insatisfaction parmi les femmes les plus en situation difficile.
- La **place des différents professionnels et leur interaction** mérite d'être précisée au regard de l'évolution actuelle et pour les années à venir, des démographies des médecins et sages-femmes. (Rapport maternités ORSMIP, 2006) (7)

Ainsi, ces trois enquêtes permettent de faire un constat de disparités sociales et de prise en charge entre les régions, et de la nécessité de penser la prise en charge en terme de « réseaux ».

C) Le plan périnatalité 2005-2007: réseaux de santé périnatalité et staffs de parentalité

Le **plan périnatalité 2005-2007** fixe pour objectif une « *meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance et une information complète et continue* ». Il prévoit l'élaboration d'un cahier des charges national des réseaux de santé périnatalité. La circulaire du 30 mars 2006 rappelle que l'organisation des **réseaux** a pour but de « *permettre le suivi médical de la mère et de l'enfant de façon coordonnée avec le médecin traitant et d'identifier les risques éventuels afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée* ». Ainsi le réseau doit **permettre le repérage des vulnérabilités psychosociales**.

Le réseau est constitué de :

- Différents professionnels médicaux
- Différents professionnels paramédicaux
- Acteurs sociaux
- Structures (CMP, hôpitaux, CAMPS, HAD, PMI, ASE, services sociaux polyvalents, centres de planification familiale, établissements sociaux)
- Et des associations d'usagers

Les missions de ces réseaux sont :

- *d'assurer une prise en charge globale et continue,*
- *de favoriser les collaborations entre professionnels*
- *d'informer et d'accompagner les parents,*
- *d'assurer des formations interdisciplinaires,*
- *d'organiser et d'assurer le partage de l'information,*
- *d'évaluer les pratiques,*
- *de recueillir et de transmettre des données épidémiologiques.*

Au sein du réseau, la transmission se fait par le biais d'un dossier partagé contenant les informations cliniques et psycho-sociales nécessaires à la prise en charge. Des réunions de type « **staff de parentalité** » permettent de réunir les différents intervenants dans un but de cohérence et avec un souci de confidentialité. (Plan périnatalité 2005-2007) (8)

Aujourd'hui en France, il existe **des dizaines de réseaux de périnatalité**. Ces réseaux sont financés en grande partie par l'Agence régionale de santé (ARS) par le biais du Fonds d'investissement pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Ils sont également financés par le conseil général du département et reçoivent d'autres financements plus ponctuels : la Fondation de France dans le cadre des appels à projets...

Selon l'enquête nationale périnatale 2010: « *Presque tous les établissements (98 %) sont membres d'un réseau de santé formalisé en périnatalité en 2010, le plus souvent de type régional, départemental ou de bassin de vie. Ces réseaux incluent un service de PMI [...], des professionnels libéraux et d'autres professionnels de santé.* »

Pendant, malgré l'existence de ces réseaux et une évolution des pratiques professionnelles dans le domaine de la périnatalité, des insuffisances et des inégalités dans la prise en charge des femmes enceintes persistent.

Ainsi, nous voyons bien qu'il existe un réel questionnement institutionnel autour de la prise en charge des femmes vulnérables pendant la grossesse, prise en charge par ailleurs qui a été démontrée comme étant disparate en fonction des régions et des profils socioéconomiques. Il semblerait que chez ces populations, la création d'un réseau bien tissé, pensé dans le plan périnatalité 2005-2007 est d'autant plus indispensable, mais pas encore optimum.

Nous allons maintenant reprendre brièvement quels sont les différents intervenants/partenaires du maillon institutionnel existants en France dans le contexte de la périnatalité.

II) Le système de soin en psychiatrie périnatale en France

A) La psychiatrie périnatale et l'unité de liaison à la maternité du CHU de Toulouse

1) La psychiatrie périnatale en général

Pour définir ce qu'est la psychiatrie de liaison de façon générale, nous nous contenterons de citer S. Consoli qui en donne une définition large en 2003 dans le « Livre blanc » de la fédération française de psychiatrie (9) : « *C'est une activité exercée par des professionnels experts dans le domaine de la souffrance psychique et de la santé mentale, destinée aussi bien aux besoins des patients hospitalisés, ou suivis dans des services de médecine, chirurgie, obstétrique d'un même hôpital, qu'à ceux de leur entourage ou des soignants qui en ont la charge* ». Il s'agit donc d'une prestation à caractère psycho et socio dynamique.

Dans le cadre de la psychiatrie périnatale plus spécifiquement, il s'agit des patientes suivies dans un contexte de grossesse ou de post-partum. Deux modalités de travail coexistent : le travail indirect avec l'équipe (les pédopsychiatres apportent un éclairage sur la dynamique psychique des parents et familles, et sur les contre-attitudes des équipes), et le travail direct avec les patients (soit dans les services lorsqu'ils sont hospitalisés, soit en consultation). Les entretiens doivent prendre en compte les troubles somatiques associés, le déroulement de la grossesse, l'état de l'enfant et l'environnement familial notamment le père de l'enfant. Parfois, les consultations peuvent être conjointes. La notion de réseau est indispensable car le soin est transdisciplinaire. Les consultations peuvent être des consultations de soutien ou se baser sur la notion de « consultations thérapeutiques » (Palacio Espasa, Donald Winnicott, Serge Lebovici, René Diatkine ...).

En fonction des maternités, l'équipe de psychiatrie périnatale peut être plus ou moins étoffée (allant de 1 seul pédopsychiatre +/- assistante sociale, jusqu'à une équipe plus nombreuse composée de pédopsychiatres, psychologues, assistante sociale ...).

Motifs d'appel, indications de prise en charge:

Il s'agit de tous les troubles pouvant entraîner une souffrance psychique chez la mère ou chez le futur bébé, ou des difficultés autour de la période périnatale, allant du début de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement, dont voici un résumé :

- Contexte général de la grossesse :
 - Souffrance liée à un contexte de précarité sociale ou d'acculturation
 - Souffrance liée à un contexte familial difficile
 - Souffrance liée à une grossesse non désirée
 - Déni de grossesse
 - Relation de couple conflictuelle ou pathologique
- Pendant la grossesse
 - Pathologie psychiatrique (risque de décompensation): psychose, trouble bipolaire, épisodes dépressifs récurrents, addiction, trouble de la personnalité
 - Déficience intellectuelle
 - Dépression de la grossesse

- Troubles anxieux++ : anxiété réactionnelle à un facteur de stress, trouble de l'adaptation, état de stress post traumatique, trouble phobique, trouble anxieux généralisé, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif...
- Deuil prénatal : fausse couche spontanée (FCS)/mort fœtale in utéro (MFIU), interruption volontaire de grossesse (IVG), interruption médicale de grossesse (IMG), réduction embryonnaire
- Complications de la grossesse : menace d'accouchement prématuré (MAP), HTA gravidique/pré-éclampsie/éclampsie, diabète gestationnel...
- Troubles psychosomatiques : vomissements incoercibles...
- A l'accouchement :
 - Accouchement traumatique
 - Enfant mort-né
- Après l'accouchement
 - Baby blues, Dépression du PP, Psychose puerpérale, décompensation d'une pathologie psychiatrique préexistante
 - Prématurité, hospitalisation du bébé en néonatalogie ou réanimation
 - Trouble des interactions++, carences de soin, maltraitance.

A noter que les 2 grandes difficultés dans le travail en psychiatrie périnatale sont:

- le fait de devoir prendre en compte 2 patients : la mère (qu'il faut rassurer, soulager, soigner, étayer), et le bébé (qu'il faut protéger).
- et la pluralité des partenaires : l'entourage, la famille de la patiente, et notamment le père de l'enfant ; et les partenaires sanitaires, sociaux, médicosociaux, juridiques...

2) L'unité de liaison à la maternité du CHU de Toulouse

L'unité de liaison à la maternité du CHU de Toulouse a vu le jour en novembre 2005 (mais depuis 25 ans existaient des vacations de pédopsychiatres). Progressivement le lien a pu se créer avec les gynécologues, sages-femmes, pédiatres, permettant un travail en équipe de plus en plus construit. Elle est basée sur le site de Toulouse, dans la maternité de Paule du Viguié qui est une maternité de niveau 3.

A ce jour, l'équipe est constituée de :

- 1 secrétaire médicale (0,8 équivalent temps plein)
- 2 psychologues (1 équivalent temps plein)
- 1 pédopsychiatre praticien hospitalier (0,5 équivalent temps plein)
- 2 assistants partagés (0,8 équivalent temps plein).
- 1 assistante sociale (0,5 équivalent temps plein).

La secrétaire reçoit les appels, puis les intervenants se répartissent le travail en fonction de leurs disponibilités et des indications. La prise en charge englobe une activité dans les services hospitaliers (de gynécologie, urgences gynécologiques, grossesse pathologique, suites de couches), une activité de consultation (intra muros), et des temps institutionnels (réunions de synthèse, staffs, liens téléphoniques, temps informels ...).

B) Les partenaires et le travail de lien

1) Les partenaires sociaux et la protection de l'enfance

a) Les partenaires sociaux

- Assistants de service social de la maternité ou de l'hôpital
- Assistants de service social de secteur (localisés dans les UTAMS= Unités Territoriales d'Action Médico-Sociales).

b) La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La Protection maternelle et infantile, ou PMI, est un système de protection de la mère et de l'enfant, créé en France par une ordonnance du 2 novembre 1945. Elle regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer par des actions préventives continues la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire. Elle se compose d'un médecin, de puéricultrices et de sages-femmes. Il s'agit d'un service public et gratuit que peut consulter tout adolescent, jeune adulte, futurs parent, femme enceinte, enfants de moins de 6 ans.

Ses missions sont définies comme les suivantes :

- *mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;*
- *actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;*
- *surveillance et contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles.*
- *actions d'aide aux familles.*

Pour répondre à ces missions, elle a plusieurs moyens à sa disposition : consultations (médecin, sages-femmes, puéricultrices, psychologue), visites à domicile (sage-femme, puéricultrice), mise en place d'une travailleuse familiale, travail de lien avec les partenaires, et notamment assistante sociale, aide sociale à l'enfance, pédopsychiatres...

c) L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

L'aide sociale à l'enfance (ASE) est, depuis les Lois de décentralisation, un service du département, placé sous l'autorité du président du Conseil Général. Sa mission essentielle est de venir en aide aux enfants et à leur famille par des actions de prévention individuelle ou collective, de protection et de lutte contre la maltraitance. Ce service est composé de personnel administratif et de travailleurs sociaux. Il collabore étroitement avec les services extérieurs de l'État, et peut faire appel à des organismes publics ou institutions privées spécialisées (associations) ainsi qu'à des personnes physiques.

Ses missions sont précisément définies par l'article L 221-1 du code de l'action sociale et des familles :

- *apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;*

- *organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles.*
- *mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs en difficulté ;*
- *pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;*
- *mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à leur protection.*

L'objectif du service de l'aide sociale à l'enfance est donc de proposer des interventions adaptées à chaque situation : aide financière (allocation mensuelle), intervention à domicile de TISF (technicien en intervention sociale et familiale), et/ou service d'action éducative (Aide éducative au domicile=AED).

A noter que ces 3 partenaires (assistante sociale de secteur des UTAMS, PMI et ASE) sont gérés par le **Conseil Général**, et se situent dans les **Maisons de Solidarité** (MDS), avec pour objectif de permettre notamment un travail en plus étroite collaboration entre puéricultrices, psychologues, médecins de PMI, sages-femmes de PMI, assistantes sociales (de secteur) et éducateurs de jeunes enfants, même si sur le terrain, ce n'est pas toujours si simple.

2) Les partenaires médicaux

a) Psychiatres

Il peut s'agir du psychiatre traitant de la mère, ou d'un psychiatre exerçant dans hôpital psychiatrique, si celle-ci est hospitalisée.

b) Gynécologues, sages-femmes

Le travail avec les gynécologues et les sages-femmes est primordial.

Il peut s'agir d'une sollicitation de leur part devant une inquiétude repérée. En effet, ils sont en première ligne dans le repérage des difficultés psychiques et des vulnérabilités. Ainsi, en 2004, le rapport Molénat a permis la mise en place de **l'entretien prénatal précoce** dont les objectifs sont d' « *accrocher et/ou (de) maintenir la confiance dans le système afin que les parents puissent mettre au monde l'enfant dans les meilleures conditions de sécurité émotionnelle et qu'ils puissent faire appel ultérieurement si besoin* ». *Cette rencontre doit « permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles* ». Ce n'est pas un entretien psychothérapeutique et il doit être mené par un professionnel de la naissance et non pas par un psychologue ou un psychiatre. C'est un moment privilégié pour repérer des vulnérabilités et permettre une accroche avec la patiente (8). Mais outre cet entretien, chaque consultation ou visite peut être un moment de repérage de vulnérabilités et les amener à faire appel à nous.

De plus, de notre côté, il est aussi très important de pouvoir les solliciter afin de bien comprendre le déroulement de la grossesse et les éventuelles difficultés somatiques rencontrées, ce qui peut contribuer à l'état psychique de nos patients.

Cette collaboration peut aussi se faire sous forme de « staff » ou les différents professionnels se réunissent autour de situations qui posent problème.

c) Autres : médecin traitant, pédiatres...

Il va de soi que tous les intervenants autour de la patiente et de l'enfant peuvent être des partenaires avec qui les psychiatres exerçant dans le domaine de la périnatalité peuvent être amenés à travailler : médecin généraliste, pédiatre, urgentistes, radiologues, biologistes, généticiens, foeto-pathologistes ... Le travail avec le médecin traitant reste primordial.

3) Le médicosocial

Il peut s'agir des ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail) chez les mères adultes ou des ITEP (Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques) ou IME (Instituts Médico-Educatifs) chez les mères adolescentes.

4) La justice

Les psychiatres exerçant dans le domaine de la périnatalité peuvent être amenés à travailler avec la justice, notamment lorsque des mesures judiciaires sont en cours concernant l'enfant (placement, AEMO= Aide Educative en Milieu Ouvert) ou lorsqu'il faut faire un signalement judiciaire dans le cadre de la protection de l'enfant (Procureur de la République).

Bien évidemment, pour tous les partenaires, l'information partagée doit se limiter à ce qui est utile à la prise en charge des patientes et respecter le secret médical. Elle doit se faire en accord avec le patient, et doit être adaptée en fonction du partenaire en question.

C) Les réseaux de soin et les structures existantes en France

1) Les foyers/centres maternels

Les centres maternels (ou "maisons maternelles") sont des établissements d'accueil mère-enfant temps plein, avec pour objectif « *d'aider les femmes enceintes ou les mères isolées accompagnées d'enfants de moins de trois ans et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, dans le but d'éviter les abandons d'enfants* ». Ils dépendent du service de l'ASE et relèvent du département. Ils sont financés par le Conseil Général mais aussi par le ministère de la Justice car pour être admises, les femmes doivent être prises en charge par une autorité judiciaire ou administrative. Selon la structure et le type de gestion, la réglementation interne est différente. La durée du séjour est initialement de 6 mois renouvelable, avec un maximum de 3 ans. L'équipe est toujours pluridisciplinaire : personnel administratif, personnel de service, éducateurs, conseillère en Économie Sociale et Familiale, assistante sociale, médecins, sages-femmes, infirmières.

Les missions sont les suivantes :

- Préparer avec la mère l'arrivée de l'enfant
- Définir un projet de vie avec la mère. Cela doit notamment lui permettre d'acquérir une plus grande autonomie.
- Favoriser le lien entre la mère et l'enfant
- Aider matériellement la mère dans l'organisation de la vie quotidienne
- Favoriser son insertion sociale et professionnelle
- Parfois : travailler un placement de l'enfant.

Selon l'article L222-5 du code de l'action sociale et des familles, les indications sont: *"Les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile. Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que les établissements ou services qui accueillent ces femmes organisent des dispositifs visant à préserver ou à restaurer des relations avec le père de l'enfant, lorsque celles-ci sont conformes à l'intérêt de celui-ci"*. En pratique, les centres maternels accueillent des femmes mineures et/ou majeures, enceintes d'au moins 7 mois ou isolées avec un ou des enfants de moins de 3 ans.

Il est important de noter que ces établissements ne sont pas dotés du personnel suffisant pour gérer les décompensations psychiatriques majeures et par conséquent, ne peuvent recevoir que difficilement ces patientes. Dans ces situations, nous préférons l'admission en unité mère-enfant lorsqu'elle est possible.

A Toulouse : Il existe des foyers maternels : CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) Sainte-Lucie ; et dans les alentours : CDEF à Aucamville, établissement d'accueil mère-enfant à Pamiers, foyer d'accueil à Moissac, foyer maternel et d'accueil des fratries en Hautes-Pyrénées...

2) Les unités mère-enfant

La première expérience d'hospitalisation conjointe chez une jeune femme déprimée a été décrite par M. Main en Angleterre en 1948. En 1956, Douclas écrivit un article sur son expérience d'hospitalisations conjointes avec des mères présentant des psychoses puerpérales dans un service de psychiatrie général à Londres au West Middlesex Hospital (10). Puis, en 1958, Main décrivit des prises en charge de mères présentant une pathologie puerpérale dépressive ou anxieuse avec leur enfant au Castel Hospital. (11). Trois ans plus tard, Baker permit au Royaume-Uni la multiplication de ces unités, en démontrant la réduction de la durée d'hospitalisation et du nombre de rechutes chez des mères présentant une psychose puerpérale par l'hospitalisation conjointe (12). En France, malgré les préconisations émises en 1961 par Racamier et al. à partir de leur pratique d'hospitalisation conjointe au sein d'un service de psychiatrie générale (13), ce n'est qu'en 1979 qu'ouvre à Créteil la première unité mère-bébé, avec pour but de prévenir l'apparition de troubles psychiques chez les enfants de mères ayant des pathologies psychiatriques. Par la suite, plusieurs unités mère-bébé et hôpitaux de jour sont créés. Parallèlement des services de psychiatrie générale vont accueillir les nourrissons des mères hospitalisées et certains de ces services vont créer des unités mère-bébé différenciées.

L'objectif de ces unités est de permettre un bon développement de l'enfant, en traitant la mère, prévenant les effets néfastes de la pathologie maternelle sur le nourrisson, aidant à la création de liens affectifs entre mère et enfant et évaluant correctement les capacités maternelles à soutenir ce lien. Si une séparation est nécessaire, l'objectif est alors d'améliorer les conditions de placement.

Les indications d'admission sont plus fondées sur la nécessité de travailler le lien mère-enfant (ou d'accompagner un placement) que sur le diagnostic psychiatrique en lui-même. Selon une étude réalisée par T. Martin et al en 2003, les causes d'admission les plus fréquemment retrouvées en France sont : les rechutes ou épisode aigu d'un trouble psychiatrique connu (28%), une demande d'évaluation des capacités maternelles chez des

femmes ayant un trouble psychiatrique (25%), les troubles de la relation mère-bébé sans autre trouble associé (10%) et une évaluation des capacités maternelles sans trouble associé (7%). (14)

Etudes sur l'efficacité : Une étude réalisée en France et en Belgique a permis de recueillir des données auprès de 11 unités mère-bébé entre 1999 et 2000 (176 dossiers), ainsi que entre 2002 et 2003 (278 dossiers) sur les caractéristiques des patientes admises et leur devenir. Les résultats montrent que 85% des femmes sortent avec leur bébé et sont considérablement améliorées sur le plan psychiatrique. Le pourcentage d'enfants qui ont des issues positives est beaucoup plus élevé lorsque les mères présentent des pathologies de l'humeur non chroniques plutôt que des pathologies psychotiques chroniques (15). Cependant, ces structures d'hospitalisation ne peuvent accueillir que peu de patientes et par conséquent ne répondent qu'à une part infime des besoins.

A Toulouse: Il n'y a pas de structure de ce type, ni même en Haute-Garonne, les plus proches se situant à Bordeaux, Montpellier ou Limoges.

3) Les hôpitaux de jour

Les hôpitaux de jour sont composés d'une équipe de soin spécifique avec un médecin responsable pédopsychiatre. Différents types de soins peuvent y être délivrés : ateliers (groupe de parole, cuisine, conte, groupe « tapis » avec mère et bébé...), approches corporelles (piscine, pack, haptonomie, massage du bébé et/ou de la mère...), observations thérapeutiques (méthode d'Esther Bick, d'Emmi Pickler, vidéo-analyse...), soins plus informels... Cette prise en charge nécessite aussi un important travail de réunion d'équipe permettant de confronter les représentations et vécus de chacun.

Il existe deux types d'indication pour une prise en charge en hôpital de jour :

- soit les femmes qui, après une hospitalisation à temps-plein dans une unité mère-enfant, nécessitent encore un soutien rapproché;
- soit les femmes pour qui la pathologie ne nécessite pas d'hospitalisation à temps-plein, mais est suffisamment invalidante pour nécessiter un étayage plus important que celui qui pourrait se faire en ambulatoire ou au domicile.

A Toulouse: Il n'y a pas d'hôpitaux de jours de ce type, ni même en Haute-Garonne ou Midi-Pyrénées.

4) Les hospitalisations/visites à domicile

De manière générale, des visites à domicile sont pratiquées par les professionnels du secteur médicosocial : puéricultrices ou sages femmes PMI ; travailleurs familiaux. éducateurs de l'ASE ou de la justice. Nous nous intéressons ici aux interventions au domicile plus spécifiques, faisant intervenir un pédopsychiatre.

Concernant les indications, l'intervention au domicile est particulièrement utile dans les familles « à problèmes multiples » chez qui l'accès au soin est difficile. Elle peut ainsi permettre un aperçu des conditions de vie et d'une « *sémiologie du quotidien* » (M. Lamour). Elle peut aussi être indiquée lors d'autres modes de défaillance parentale précoce : troubles schizophréniques de la mère, troubles bipolaires, ou encore trouble de la fonction parentale en

rapport avec une pathologie plus ou moins manifeste du nourrisson : trisomie, malformation, handicap physique, autisme précoce...

A Toulouse : à ce jour, ce type de soins spécifiques au domicile (autre que les visites à domicile par les professionnels du médico social, de la PMI ou de l'ASE) sont peu pratiqués sur Toulouse. Certaines structures comme la Guidance infantile (ARSEEA) et le Fil (association d'aide à la parentalité) pratiquent cependant des visites à domicile dans certaines conditions, qui sont évaluées au cas par cas.

5) Les CATTP (Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel) et les CMP (Centres médico-psychologiques) petite enfance

Il s'agit de lieux d'observation et de traitement.

Concernant les CATTP, parallèlement à d'éventuelles actions individuelles, ces unités proposent des activités de groupe pour les enfants et pour les parents. Ce travail est parfois associé à des interventions au domicile.

Les indications concernent les mères souvent très isolées ou ayant des troubles psychiatriques, et des bébés ayant eux-mêmes une évolution psychique plus ou moins perturbée. En fonction de l'importance des difficultés, l'orientation se fera vers un CMP ou un CATTP.

A Toulouse : il existe à Toulouse des CATTP (et CMP) petite enfance regroupés par secteurs: CHU de Toulouse, CHS Gérard Marchant, Guidance infantile (ARSEEA).

6) Les lieux d'accueil parent-enfant et les diverses associations

Il existe aussi diverses associations ainsi que des lieux d'accueil parent-enfant qui peuvent être des appuis pour les patientes.

7) Placement familial thérapeutique

Il s'agit d'un placement temporaire, avec pour objectif d'aider l'enfant et ses parents dans la perspective d'un retour dans sa famille. Cette mesure passe par la cellule enfance en danger et l'aide sociale à l'enfance. Il s'agit d'un travail difficile, qui vise à la fois à apporter à l'enfant les éléments qui lui sont nécessaires pour son développement et à sauvegarder les liens avec ses parents, avec l'espoir qu'ils puissent un jour s'occuper à nouveau de leur enfant. Parfois, ces mesures de placement peuvent être séquentielles avec des temps au domicile des parents et des temps en famille d'accueil.

Les indications concernent des nourrissons confrontés à une défaillance importante et précoce de la fonction parentale du couple, quelque soit la psychopathologie parentale.

Lorsque aucune des solutions proposées ci-dessus n'est possible ou indiquée, il s'agit alors d'envisager un placement de l'enfant en passant par une information préoccupante (à la cellule enfance en danger) ou par un signalement judiciaire (au procureur de la république). L'enfant est alors placé soit en famille d'accueil (si cela est possible), soit en foyer.

III) Constat d'une évolution quantitative du profil des patientes ces dix dernières années

A) Données précédentes (2002)

Dans le cadre d'un travail de thèse intitulé « Activité de psychiatrie périnatale à la maternité du CHU de Toulouse : étude rétrospective sur l'année 2002 », soutenu par Anne Borie Personnaz en 2004, une étude rétrospective sur l'activité de psychiatrie périnatale à la maternité du CHU de Toulouse (à cette époque localisée sur l'hôpital la Grave) sur l'année 2002 a été réalisée, nous permettant d'avoir des données antérieures sur cette maternité. (16)

Elle a mis en évidence les éléments suivants : **3107 patientes** avaient accouché dans cette maternité en 2002 dont 104 grossesses multiples. L'équipe de psychiatrie périnatale, avait elle de son côté vu 531 patientes dont 494 ayant accouché à l'hôpital la Grave (2143 entretiens dont 893 en suite de couche, 620 lors de l'activité de consultation, 552 en service de grossesse pathologique, 11 divers, 66 liaisons).

La population étudiée appelée population EPP (Equipe de Psychiatre Périnatale) concernait les **494 patientes (IMG incluses)** vues par l'équipe et ayant accouché à la maternité du CHU, soit 15,8% de la population totale. Ces patientes avaient donné lieu à 484 accouchements (IMG exclues cette fois-ci).

Concernant les caractéristique des patientes dans la population EPP :

- 6,4% des grossesses étaient des grossesses multiples
- 132 femmes, soit 26,2% étaient dans une situation de précarité
- 82 patientes avaient fait une IMG dont 42 après 22 semaines d'aménorrhées (SA)

Concernant les antécédents psychiatriques :

- plus de 10% présentaient des antécédents psychiatriques (**vs 2%** en population générale)
- parmi ces 10%, 58,4% d'elles avaient été rencontrées.

Concernant les pathologies / complications pendant la grossesse :

- 45% des grossesses uniques avaient été hospitalisées en grossesse pathologique
- 85% des grossesses multiples avaient été hospitalisées en grossesse pathologique

A l'accouchement (494 accouchements, IMG incluses):

- 36,1% des grossesses uniques avaient bénéficié d'une césarienne (vs 21,8% en population générale)
- 46,8% des grossesses multiples avaient bénéficié d'une césarienne
- 35,0% des grossesses se terminaient prématurément (avant 37 SA).
- 15,2% des grossesses se terminaient prématurément avant 32 SA.

Concernant les enfants à la naissance (484 naissances, IMG exclues):

- Le taux de transfert (néonatalogie, réanimation) était de 33% (vs moins de 10% dans la population générale)
- Le taux d'enfants mort-nés était de 10%

A noter qu'à cette période, l'équipe était composée de :

- un pédopsychiatre (mi-temps de janvier à septembre, puis temps plein),

- un médecin MCU-PH de département de Santé publique, psychothérapeute, et détaché 4 demi-journées par semaine pour l'activité diagnostic anténatal,
- deux internes en psychiatrie de janvier à fin Avril puis un interne
- un médecin généraliste, psychothérapeute, assurant une vacation par semaine
- une secrétaire du service des consultations

B) Données actuelles (année 2012)

1) Matériel et Méthodes

L'analyse (descriptive) des données générales sur l'année 2012 s'est faite en recoupant les deux bases de donnée d'activité suivantes:

- Les données de l'équipe de psychiatrie périnatale recueillies à l'aide de la base de donnée « **cortexte** » par la secrétaire de l'équipe.
- Et les données somatiques recueillies par deux sages-femmes du DIM de la maternité de Paule de Viguier (et détachées de l'activité clinique du service) à l'aide de la base de donnée informatisée « **orbis** ».

De plus, lors de chacune des interventions de l'équipe de psychiatrie périnatale, les éléments suivants étaient mentionnés dans les dossiers patients propres à l'équipe: date de naissance de la patiente ; lieu de rencontre (activité de liaison MCO, activité de consultation) ; par quel(s) professionnel(s) ; nombre de rencontres ; diagnostic (codage CIM10). Ainsi, nous avons pu savoir, sur l'année 2012, combien de femmes ont été rencontrées par l'équipe de psychiatrie périnatale, combien de fois, par quel professionnel, et quel diagnostic principal a été posé.

2) Résultats

a) Données générales sur la grossesse et l'accouchement

Sur l'année 2012 à la maternité du CHU de Toulouse :

- **4541** patientes ont accouché (IMG incluses) (soit 1434 de plus qu'en 2002), donnant lieu à **4683** naissances (IMG exclues)
- parmi ces patientes, **668** femmes (IMG incluses) ont été vues par l'équipe de psychiatrie périnatale (population EPP), soit **662** naissances (IMG exclues).
- cela correspond à 2600 consultations: 1100 externes, 1500 intra-hospitalières

Parmi les 668 patientes ayant accouché à Paule de Viguier et ayant été vues par l'équipe (population EPP), on relève:

- 37 (5,5%) grossesses multiples
- 56 (8,4%) IMG totales
- 33 (4,9%) IMG après 22 semaines d'aménorrhée
- 149 (22,3%) accouchement par césarienne sur grossesse unique
- 17 (2,5%) accouchements par césarienne sur grossesse multiple

Concernant leurs bébés (662 naissances), on relève :

- un taux d'enfants transférés en néonatalogie ou réanimation de 23,3%, soit 154 enfants (dont 8 issus de grossesses doubles)
- Un taux d'enfants mort-nés de 4,2%, soit 28 enfants.

Tableau 1 : Activité de psychiatrie périnatale à la maternité du CHU de Toulouse : tableau comparatif entre 2002 et 2012 sur les grossesses.

	2002					2012				
	3107 accouchements sur le CHU		494 accouchements sur le CHU vus par l'équipe (2142 consultations : 620 externes, 1522 intra-hospitalières)			4541 accouchements sur le CHU		668 accouchements sur le CHU vus par l'équipe (2600 consultations : 1100 externes, 1500 intra-hospitalières)		
	Nombre total sur le CHU	Taux PDV en % (nombre total sur le CHU/3107)	Nombres sur le CHU vus par l'équipe	Taux EPP en % (nombres vus par l'équipe/ 494)	Vus par l'équipe / total sur le CHU (en%)	Nombre total sur le CHU	Taux CHU en % (nombre total sur le CHU/4541)	Nombres sur le CHU vus par l'équipe	Taux EPP en % (nombres vus par l'équipe/ 668)	Vus par l'équipe / total sur le CHU (en %)
Nombre d'accouchements (après 22SA, IMG incluses)	3107	100	494	100	15,9	4541	100	668	100	14,7
Nombre de grossesses multiples	104	3,3	32	6,5	30,8	193	4,3	37	5,5	19,2
Nombre total d'IMG	82	2,6	82	16,6	100	117	2,6	56	8,4	47,9
Nombre d'IMG après 22 SA	42	1,4	42	8,5	100	58	1,3	33	4,9	56,9
Nombre de césariennes sur grossesse unique	667	21,8	178	36,0	26,3	929	20,5	149	22,3	16,0
Nombre de césariennes sur grossesse multiple			231	46,8		90	2,0	17	2,5	18,9
Nombre total de grossesses qui se terminent prématurément			173	35,0		662	14,4	137	20,5	21,0
Nombre total de grossesses qui se terminent prématurément <32 SA			75	15,2		250	5,5	52	7,8	20,8

Tableau 2 : Activité de psychiatrie périnatale à la maternité du CHU de Toulouse : tableau comparatif entre 2002 et 2012 sur les naissances.

	2002					2012				
	3162 naissances sur le CHU		484 naissances sur le CHU vus par l'équipe			4683 naissances sur le CHU		662 naissances sur le CHU vus par l'équipe		
	Nombre total sur le CHU	Taux PDV en % (nombre total sur le CHU/3162)	Nombres sur le CHU vus par l'équipe	Taux EPP en % (nombres vus par l'équipe/ 484)	Vus par l'équipe/ total sur le CHU	Nombre total sur le CHU	Taux CHU en % (nombre total sur le CHU/4683)	Nombres sur le CHU vus par l'équipe	Taux EPP en % (nombres vus par l'équipe/ 662)	Vus par l'équipe / total sur le CHU
Nombre de naissances (compte double si jumeaux, IMG exclues)	3162	100	484	100	15,3	4683	100	662	100	14,1
Nombre d'enfants transférés en néonatalogie ou en réanimation			160	32,4		632 (dont 71 grossesses doubles et 5 triples)	13,5	154 (dont 8 grossesses doubles)	23,3	24,4
Nombre d'enfants morts-nés			49	9,9		41	0,9	28	4,2	68,3

b) Données sur les diagnostics psychiatriques

Il s'agit des données cotées par l'équipe de psychiatrie périnatale (classification CIM-10) et recueillies à l'aide du logiciel « cortex » par la secrétaire de l'équipe

En 2012, l'équipe de psychiatrie périnatale a vu **668** patientes (4541 accouchements, 3102 consultations) dont les diagnostics étaient les suivants :

- 57,8 % (n=386) de troubles anxieux ou réactionnels (incluant tout trouble anxieux, ainsi que le trouble de l'adaptation et l'état de stress aigu réactionnel à un facteur de stress)
- 0,6 % (n=4) de syndrome de stress post-traumatique
- 0,3 % (n=2) de schizophrénie (tout type)
- 0,4 % (n=3) de trouble schizo-affectif
- 2,1 % de trouble bipolaire (n=14, dont 11 en rémission, 2 épisodes actuel dépressif léger, 1 sans précision)
- 0,3% (n=2) de psychose puerpérale
- 3,9 % d'épisode dépressif majeur (n=26, dont 9 légers, 12 moyens, 3 sévères sans symptômes psychotiques, et 2 sévères avec symptômes psychotiques)
- 1,0% (n=7) de dépression du post-partum ou baby blues
- 2,4 % de troubles de la personnalité (n=16, dont 10 borderline, 1 narcissique, et 5 sans précision)
- 0,9 % (n=6) de trouble du comportement alimentaire
- Autres

C) Discussion

Nous pouvons donc observer que le nombre de patientes accouchant à la maternité Paule de viguiier, et par conséquent vues par l'équipe de psychiatrie périnatale, est croissant : + **1434 accouchements annuels en 10 ans**.

On observe de plus, de manière générale sur la maternité de Paule de Viguiier, une augmentation du taux de **grossesses multiples** (4,3% en 2012 contre 3,3% en 2002) et du taux de **prématurité**.

Nous ne pouvons faire de conclusion concernant la proportion de patientes vues par l'équipe devant le biais important qu'en 2002 il y avait beaucoup de médecins (deux internes temps plein, et des vacataires temps plein dont un médecin qui à cette période fait sa thèse sur les IMG, raison pour laquelle toutes les patientes ayant fait une IMG avaient été vues).

Nous ne pouvons non plus faire de comparaison en terme de diagnostic psychiatrique par manque de données antérieures et par des possibles biais de cotation. Nous observons tout de même, outre les troubles anxieux et réactionnels, un nombre important d'épisodes dépressifs majeurs, de troubles bipolaires (avec cependant la majorité en rémission) et de troubles de la personnalité borderline. Concernant le diagnostic de dépression du post-partum, le faible nombre relevé est probablement biaisé par le fait que la dépression du post-partum est codée le plus souvent autrement, sous le terme plus simple de: « dépression »...

Il aurait été intéressant d'avoir des données concernant les problématiques sociales, mais celles-ci n'ont pas pu être recueillies pour des raisons de représentativité (trop de biais).

A noter que le rapport “mission périnatalité” réalisé en 2008 (17) a mis en évidence des progrès considérables en matière de diminution des mortalités maternelle, périnatale et infantile, mais que certains sont encore possibles :

- En matière de résultats, la France occupe une position moyenne en Europe
- Des inégalités importantes d'accès aux soins persistent, en particulier dans le domaine du diagnostic anténatal
- La modification des pratiques périnatales tend à faire naître et prendre en charge des enfants de plus en plus prématurés et de plus en plus à haut risque de développer des handicaps.
- L'augmentation de la grande prématurité aurait trois causes essentielles : l'augmentation des grossesses multiples, des décisions d'interrompre la grossesse pour éviter au nouveau-né une souffrance in utero, l'augmentation des naissances.
- L'augmentation des grossesses multiples aurait trois origines : l'augmentation de l'âge à la maternité, les traitements de la stérilité et les fécondations in vitro.

PARTIE 2:
LE RISQUE MAJEUR :
LA NEGLIGENCE ET LA
MALTRAITANCE

I) Définition et épidémiologie

A) Définitions

La maltraitance à enfants comporte les violences physiques, psychologiques, les abus sexuels, et les négligences. Rappelons ces 3 termes:

- Enfant en danger : regroupe l'ensemble des enfants maltraités et à risque.
- Enfant maltraité : enfant victime de sévices tel qu'il est défini par l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) : « *victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels et/ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* ».
- Enfant à risque : enfant ne subissant pas à proprement parler des sévices, mais dont les conditions de vie risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien.

La négligence est une forme de maltraitance. A l'inverse de la maltraitance active faite de violences agies sur l'enfant, Garret-Gloanec et al définissent en 2013 la négligence comme un « *manque de protection de la part du parent ou de son substitut, avec une dimension chronique et répétée* » (18) . Alors que le terme « carence » peut s'observer aussi dans les institutions, le terme de « négligence » introduit la notion de responsabilité parentale. Il existe plusieurs définitions de la négligence :

Trocme et al (2005): Ils la définissent par 8 caractéristiques : *défaut de surveillance entraînant des sévices physiques, défaut de surveillance entraînant des abus sexuels, négligence physique, négligence médicale, défaut des soins pour un traitement, psychologique ou psychiatrique, attitude permissive à l'égard d'un comportement criminel, abandon, négligence éducative.* (19)

Gaudin (1993) : « *Situation où le responsable de l'enfant, de façon délibérée ou en raison d'une inattention inhabituelle, lui fait éprouver des souffrances réelles évitables et/ou ne lui donne pas ou peu des ingrédients généralement considérés comme essentiels au développement des capacités physiques ou intellectuelles et émotives d'une personne.* »(20)

Zuravin et DePanfilis (1997): « *Défaillance de la première ligne de la première figure d'attachement à apporter à l'enfant les soins de base nécessaires.* »

Il existe 4 sous-types de négligence : physique, médicale, éducative, et émotionnelle.

B) Epidémiologie

En France, les données de l'observatoire de l'action sociale décentralisée (les cahiers de l'ODAS) sont les suivantes dans son rapport annuel de 2003 (21):

- 86000 enfants « en danger » (signalés à l'ASE) (contre 65000 en 1995)
- Parmi eux : 57% ont fait l'objet de mesures judiciaires (contre 55% en 1995)
- 18300 étaient considérés comme réellement maltraités dont les 2/3 âgés de moins de 5 ans (5600 cas de sévices physiques, 5900 cas d'abus sexuels, 5000 cas de négligences lourdes, 2000 cas de sévices psychologiques).

Selon l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED, 2010), au 31/12/2007, le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance était d'environ 265061 pour la France entière, soit 1,86% des moins de 18 ans. (22)

II) Conséquences, impacts des négligences (et maltraitances) sur l'enfant

La négligence peut conduire à des troubles somatiques, développementaux, cognitifs et affectifs graves chez l'enfant en devenir.

A) Conséquences neurobiologiques et cérébrales

Conséquences du stress dû aux traumatismes relationnels précoces

Glaser, en 2000, puis Bonnier, en 2005, ont recensé 190 articles scientifiques sur la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin et les conséquences cérébrales qui en découlent, chez les nourrissons soumis aux stress dus aux traumatismes relationnels précoces « actifs » (secondaires à des maltraitances, à des interactions chaotiques, ou à l'exposition à des scènes de violence familiale) et « passifs » (par négligence). (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33)

Ainsi, ces traumatismes seraient à l'origine d'un **stress chronique** perturbant tout l'**axe hypothalamo-hypophysaire**, engendrant une **augmentation de la sécrétion de cortisol**, et notamment une augmentation du cortisol libre, jusqu'à trois fois le taux sanguin normal. Celui-ci franchit la barrière hémato-méningée pour atteindre le cerveau, en particulier le **système limbique dont l'hippocampe** (car possédant la plus importante densité de récepteurs au cortisol). Or, selon Schore et al, c'est dans cette zone que s'organisent la mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement et la mémoire des apprentissages. (34)

L'imagerie (IRM) en trois dimensions montre une **baisse du nombre de neurones** de 16% par rapport à l'hippocampe de nourrissons témoins vivant dans des milieux familiaux (35). D'autres zones cérébrales sont aussi touchées. Au niveau qualitatif, les neurones présentent **moins de dendrites**, ce qui amène un dysfonctionnement au niveau synaptique (le « pruning » ou « élagage »). (36).

Conséquences du manque de stimulations :

En plus de l'atteinte sur le système limbique secondaire au stress vécu lors des traumatismes relationnels précoces, on peut observer d'autres atteintes secondaires, cette fois-ci, au manque de stimulation.

Ainsi, le manque de stimulation entrave le processus de synaptogenèse, entraînant un **sous-développement des aires corticales, sous-corticales et limbiques**. On observe une atrophie de certaines régions cérébrales, dont les lobes temporaux (qui relèvent les informations sensorielles et régulent les émotions), et une atrophie du corps calleux.

B) Conséquences somatiques

1) Conséquences somatiques pendant la grossesse

Même si l'enfant n'est pas encore né, on peut, dès la grossesse, observer des manifestations secondaires à la négligence : retard de croissance intra-utérin, plus de complications obstétricales de la grossesse, mortalité plus importante.

2) Séquelles physiques de la maltraitance

Il s'agit souvent de lésions multiples, d'âge différent, et dont les diagnostics différentiels ont été éliminés (bilan de coagulation, bilan phosphocalcique ...) :

- Les lésions des téguments : ecchymoses, brûlures, morsures, traces de liens...
- Les fractures des os longs (syndrome de Silverman : fractures multiples, métaphysaires, d'âges différents)
- L'hématome sous dural, souvent associé d'hémorragies rétiniennes
- Les lésions sexuelles dans le cas de maltraitements sexuelles

Il s'agit de lésions graves, qui mettent en jeu le pronostic vital et laissent souvent des séquelles définitives neurologiques ou sensorielles.

3) Retard staturo-pondéral

Il peut exister un retard staturo-pondéral, pouvant aller jusqu'à la cachexie

4) Troubles psychosomatiques

On peut aussi observer divers troubles psychosomatiques :

- Troubles des conduites alimentaires : anorexie, mérycisme, pica...
- Enurésie, encoprésie
- Reflux gastro-œsophagien, colites du nourrisson... (à replacer dans le contexte)

C) Conséquences sur le développement psychomoteur

1) Conséquences sur le langage

Les premiers mois : peu de vocalisations, et qui sont peu modulées.

Par la suite : retard de langage et anomalies dans son développement. Le langage non verbal peut également être perturbé, pouvant aller jusqu'à une symptomatologie autistique.

2) Conséquences sur le tonus

On peut observer une hypotonie, avec à l'âge de 3 mois, une plagiocéphalie latérale, une déformation du visage, une hypotonie des membres (impression de « poupée de chiffon »), une manœuvre du tiré assis pathologique ; ou au contraire une hypertonicité (membres hypertendus, se cabre en arrière).

On observe aussi des comportements d'agrippements : musculaires, mais aussi à travers le regard (fixation d'une source lumineuse).

3) Conséquences sur la motricité

On observe une diminution de la motricité, surtout générale et axiale. Le bébé explore peu son corps, gesticule peu. Les mouvements sont raides et explosifs.

Par ailleurs, on peut observer des comportements d'autostimulations, des stéréotypies (balancements, sautilllements ...)

Par la suite, peut aussi apparaître un retard d'acquisition de la marche.

4) Conséquences sur l'alimentation

On peut observer des difficultés à téter, une mauvaise prise pondérale

5) Conséquences sur le sommeil

Dès la naissance, le bébé se réfugie dans le sommeil ou dort trop peu.

Par la suite, on observe des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement, des réveils fréquents ou précoces, ou des hypersomnies.

D) Conséquences cognitives

La désorganisation entrainerait un défaut de structuration temporelle, voir de l'ensemble de l'organisation mentale, en particulier dans la sphère de la cognition. Entre l'âge de 9 à 24 mois, le quotient de développement (QD) de ces enfants régresse. Cette baisse peut être définitive si les négligences persistent au delà de 24 mois. Il peut exister aussi plus d'intolérance à la frustration et moins de prise d'initiative.

E) Conséquences sur le développement affectif

1) Conséquences émotionnelles et sur l'attachement

Conséquences émotionnelles

Ces enfants présentent des difficultés dans la reconnaissance et la gestion de leurs émotions, avec des difficultés à les contenir et à les transformer. Elles sont vécues à l'état brut, sans pouvoir être métabolisées ni interprétées.

Selon le style d'attachement de l'enfant, plusieurs types de manifestations peuvent s'observer:

- Des manifestations de désorganisation qui vont s'observer à travers la sphère corporelle : mouvements incoordonnés, agitation, colère.
- Des signes de retrait relationnel avec repli affectif.

Conséquences sur l'attachement

Selon Lynch et al, on observe chez les enfants carencés une probabilité plus importante d'avoir un attachement « insecure » ou « désorganisé » (37) ; avec, selon M. Lamour et M. Barraco (38), une prédominance du pattern d'attachement « anxieux évitant ».

2) Différents types de syndromes observables chez l'enfant en fonction du type de carence.

Kreisler a décrit en 1989 trois types de manifestations observables, en fonction du type de carences et de l'âge (39) :

Les dépressions du nourrisson

Proches des dépressions anaclitiques décrites par Spitz (1946/1968) lors des observations en orphelinat, l'origine principale serait **l'absence de figure d'attachement et de stimulations affectives** d'autant plus grave qu'elle est durable, répétée, précoce. Ces dépressions se rencontrent chez les enfants de mères borderline, ou ayant vécu un deuil en période périnatale, ou dans le cadre de dépressions du post-partum ou de psychoses graves. On observe dans un premier temps une période d'exacerbation de l'angoisse de séparation, puis s'en suit une symptomatologie de **retrait** relationnel. Si la dépression se prolonge, peut s'installer une *désorganisation psychosomatique*, avec notamment des troubles alimentaires, un mérycisme, des troubles du sommeil, des infections ORL, voir un nanisme psychosocial.

Les inorganisations structurales

Leur origine serait essentiellement liée à une **discontinuité** et à une imprévisibilité, avec une alternance de moments d'excitation et d'indifférence, et parfois de la violence. On retrouve ce type d'interaction chez les familles «à problèmes multiples» et chez certaines mères borderline. On peut observer une **atteinte globale du développement** avec défaut d'organisation temporo-spatiale et du schéma corporel, défaut d'individuation et de l'identité, et des passages à l'acte lors des émergences pulsionnelles. Kreisler parle de comportement «*opérateur*» (accroché au factuel) et «*vide*» de représentation. Ce trouble serait réversible, sous l'effet des modifications des conditions relationnelles et de la psychothérapie.

Le syndrome du comportement vide

Il survient chez l'enfant **plus âgé**. Il est secondaire à un **vide affectif relationnel** des (séparations multiples, isolement affectif prolongé), et se caractérise par un émoussement affectif, proche de l'atonie dépressive. Le comportement paraît adapté mais est **pauvre d'affects, de type opératoire**, et s'accompagne sur le plan structural de **l'indifférenciation de la relation d'Objet**.

Enfin, M. David parle d'«*enfant vide*» et d'«*anorganisation de la personnalité*». Elle décrit des perturbations de la relation à soi (non-investissement narcissique) et à autrui (absence de différenciation des personnes). Le terme «*d'enfant vide*» fait référence au vécu dépressif. M. David a montré que lorsque ces enfants sont placés, leur état somatique s'améliore dans un premier temps. Cependant, ils vont avoir tendance à réengager, dans leur famille d'accueil, le même type de relation qu'ils avaient avec leurs mères, ce qui sera à l'origine d'échecs à répétition de placements.

III) Questions autour de la prévention des négligences à enfant

A) Les facteurs de vulnérabilité de négligence

Nous nous contenterons de les énumérer ici. Ils seront détaillés plus loin.

Facteurs relatifs aux caractéristiques des parents : (40) (41)

- Mère mineure
- Faible capacités intellectuelles
- Antécédents personnels psychiatriques ou de maladie somatique grave chez l'un des 2 parents
- Antécédents personnels de carence durant l'enfance ou de maltraitances chez l'un des 2 parents
- Absence de lien affectif stable dans l'enfance
- Antécédents familiaux psychiatriques
- Déficit en compétences sociales (impulsivité, faible estime de soi, méfiance)
- Stress parental

Facteurs sociaux, contexte

- Difficultés sociales : situation de non droit, pas de couverture sociale, pas de logement fixe, pas de profession ou difficultés financières, contexte culturel. (42)
- Isolement ou rupture affective
- Père de l'enfant absent ou violences dans le couple

Les troubles psychiques « à risque »

- Les troubles psychotiques : la schizophrénie
- Les troubles de l'humeur : la décompensation maniaque, la dépression et la psychose puerpérale
- Les troubles de la personnalité (borderline essentiellement)
- Les addictions (Alcool, Toxiques)
- Les familles « à problèmes multiples » ++ (qui peuvent présenter un des troubles cité ci-dessus)

Facteurs relatifs à la grossesse et à l'accouchement

- Grossesse non désirée, non déclarée, issue d'un viol
- Dénis de grossesse (mais n'a jamais été clairement prouvé)
- Les grossesses compliquées au niveau obstétrical
- Accouchement vécu comme traumatique
- Prématurité ou faible poids de naissance (43)
- Malformation chez l'enfant, handicap
- Séparation mère-enfant à la naissance

Facteurs relatifs au post-partum et à la relation parent-enfant

- Refus de voir l'enfant de s'occuper de lui
- Difficultés à supporter les pleurs du bébé
- Difficultés à le nourrir ou dans le portage
- Conduites ou propos inadaptés
- Impulsivité
- Anxiété excessive pour prodiguer les soins

B) Les outils de dépistage existants

En dépit de la forte prévalence du phénomène de la négligence et de ses effets délétères durables sur le bien-être et le développement des enfants, toutes les études recensées révèlent l'absence d'outils cliniques suffisamment validés pour pouvoir dépister et évaluer adéquatement la négligence (44) (45) (46) (47) (48) (49).

Cela tient en grande partie à la complexité de la problématique, avec :

- Une absence de consensus sur la définition du problème
- Un caractère multifactoriel de son étiologie (50) (41) (51).
- Des conséquences sur l'enfant complexes
- Un caractère circonstanciel ou chronique de la négligence.

Nous listerons tout de même certains outils existants à titre indicatif:

Outils axés sur la négligence :

Childhood Level of Living Scale ; Index de négligence (Trocmé) ; Mother-Child Neglect Scale ; Multidimensional Neglectful Behavior Scale

Outils multifactoriels :

- Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité
- Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer)
- Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)
- Outils dérivés du cadre d'analyse commun des besoins de l'enfant : Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant ; Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant ; Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE)
- Système de soutien à la pratique (SSP)

Outils d'évaluation des conduites parentales :

Indice de stress parental (ISP) ; Inventaire du potentiel d'abus (CAPI)

Outils d'évaluation de l'environnement social et familial :

Family Assessment Form ; Family Need Scale ; HOME ; Inventaire de soutien social et familial (ISSF) ; Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)

Outils concernant les enfants de 0-5 ans

Grille Ballon ; Grille d'évaluation du développement (GED) ; Inventaire du développement de l'enfant (Brigance) ; Nipissing district developmental screen ; Questionnaires sur les étapes du développement (ASQ)

Outils concernant les enfants de 6-11 ans

Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA) ; Trauma Symptom Checklist For Children ; Trauma Symptom Checklist for Young Children

En conclusion de la partie 2, nous voyons que les négligences à enfant peuvent engendrer des **conséquences multiples et graves sur l'enfant**, parfois irréversible. Il est donc indispensable de bien les **repérer et de les prévenir**. Il n'existe pas encore à ce jour d'outil suffisamment fiable et validé pour les repérer.

Tentons maintenant, dans les parties 3 et 4, d'analyser de plus près certains de ces facteurs de vulnérabilité.

PARTIE 3 :
LES FACTEURS SOCIAUX ET LES
TROUBLES PSYCHIATRIQUES LES
PLUS À RISQUE :
LEURS ÉQUIVALENCE CIM-10 ET
LEURS CONSEQUENCES

I) Données générales sur la vulnérabilité

A) Qu'est ce qu'un facteur de vulnérabilité

La notion de "facteur de vulnérabilité" est superposable à celle de "facteur de risque" plus communément utilisée en épidémiologie. Elle désigne une caractéristique qui augmente la probabilité d'un trouble. Selon H. Verdoux dans le manuel de psychiatrie de Guelfi : *" Cette approche probabiliste permet de prendre en compte une notion fondamentale, à savoir que la survenue du trouble est loin d'être inéluctable chez les sujets présentant un facteur de vulnérabilité donné, et que le trouble peut également survenir en son absence."* Le facteur de vulnérabilité augmente donc la probabilité de survenue du trouble, mais le trouble peut survenir sans ce facteur de vulnérabilité, et on peut avoir le facteur de vulnérabilité sans que le trouble survienne.

C'est donc une association de plusieurs facteurs de vulnérabilité avec une relation de causalité entre eux qui entrainera l'expression du trouble. Pour établir une relation de causalité, il faut des facteurs d'association statistique entre un facteur donné et la survenue de la maladie.

Par ailleurs, Verdoux précise en 2007 les limites: *"Il faut néanmoins souligner qu'en psychiatrie, ces critères de causalité sont remplis pour un nombre très limité de facteurs de vulnérabilité génétique et environnementaux, que les questions en suspens sont plus nombreuses que les certitudes, et que la mise en évidence d'une relation causale est un processus long et complexe."* (52)

B) Etude ORS, 2008

Une étude réalisée par l'ORS en mars 2008 intitulée « santé mentale, psychiatrie et périnatalité » (53), notamment en PMI a mis en évidence une prévalence non négligeable de troubles de la relation mère-enfant et a révélé un certain nombre de facteurs de risques sociaux et de signes d'appel en période prénatale:

- Facteurs influençant sur le comportement de la mère (3,9% air triste, 1,8% pleure souvent, 11,3% angoissée, 0,4% effrayée):
 - Caractéristiques sociodémographiques : aucune corrélation retrouvée
 - Facteurs avant la naissance :
 - avoir des ATCD psychiatriques (OR=4,7)
 - être angoissée avant la naissance (OR=6)
 - Facteurs après la naissance :
 - avoir des troubles du sommeil (OR=2)
 - être angoissée après la naissance OR=24)
- Facteurs influençant sur le comportement de l'enfant (48,5% calme, 3,2% agité, 0,9% peu réactif, 0% évite le regard)
 - Caractéristiques sociodémographiques :
 - Avoir une mère chômeuse ou ouvrière (OR=4)
 - Avoir un père étudiant ou sans profession (OR=4,1)
 - Facteurs avant la naissance : aucune corrélation retrouvée
 - Facteurs après la naissance :

- Avoir une mère rencontrant des difficultés dans les soins à lui donner (OR=10,9)
- Facteurs influençant la qualité des soins donnés à l'enfant (10,7% vite débordée, 1,4% angoisse et panique, 0,9% grosses carences, 1,1% culpabilise) :
 - Caractéristiques sociodémographiques : aucune corrélation retrouvée
 - Facteurs avant la naissance :
 - Etre angoissée avant la naissance (OR=3,2)
 - Avoir des ATCD psychiatriques (OR=3)
 - Facteurs après la naissance :
 - Avoir des troubles du sommeil (OR=1,8)
 - Etre angoissée après la naissance (OR=5,2)
 - A noter la présence d'un facteur de protection : le fait de parler en terme positif de l'accouchement et du retour à domicile (OR=0,4)

Les principaux facteurs à prendre en compte sont donc selon cette étude: les antécédents psychiatriques, le fait que les parents soient angoissées avant et après la naissance, et les caractéristiques socioprofessionnelles.

II) La mesure de l'activité en psychiatrie et la classification CIM-10

A) Mesure de l'activité et calcul du budget

Depuis la loi du 31 juillet 1991, existe le programme de médicalisation des systèmes d'information (**PMSI**) ; c'est-à-dire que les établissements de santé doivent procéder à **l'analyse de leur activité médicale** et transmettre les informations aux services de l'État et à l'Assurance maladie.

Pour les soins somatiques, c'est un système de **tarification à l'acte** qui est en place. Ainsi, pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée (MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), est réalisé un recueil systématique d'un petit nombre d'informations, qui constituent le résumé de sortie standardisé (RSS). Les différents RSS sont ensuite classés en un nombre limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts : les groupes homogènes de malades (GHM).

Pour les soins psychiatriques, c'est encore le système de **dotation globale** qui est pris en compte, c'est-à-dire qu'un budget global est déterminé (en fonction des besoins des années précédentes) pour une période déterminée. Ainsi, les activités réalisées dans le cadre de prises en charge à temps complet ou partiel (hospitalisations) sont enregistrées sous la forme d'un Résumé par séquence (RPS); alors que les activités réalisées dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire sont enregistrées sous forme d'un Résumé d'activité ambulatoire (RAA). Après avoir été rendues anonymes par le DIM, les informations des RPS et des RAA sont communiquées aux agences régionales de l'hospitalisation sous forme de Résumés par séquences anonymes (RPSA).

Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins :

- 1) pour le financement des établissements de santé
- 2) et pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

Qu'il s'agisse de la tarification à l'acte ou de la dotation globale, l'ensemble des actes (partout en France et dans les autres pays) sont cotés à l'aide de la Classification Internationale des Maladies (CIM), actuellement la dixième édition (CIM-10).

B) La Classification Internationale des Maladies

La Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (appelée aussi Classification Internationale des Maladies : CIM), est une classification publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et mondialement utilisée pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant le domaine de la médecine.

Les affections et les autres motifs de recours aux services de santé y sont répertoriés (par un code allant de 3 à 5 caractères) en fonction de leur fréquence et de l'intensité du problème de santé publique qu'ils posent.

La CIM-10 comprend trois volumes, publiés respectivement en 1993 (volume 1), 1995 (volume 2) et 1996 (volume 3). Une 11^{ème} édition est prévue.

La table analytique de la CIM-10 comporte 22 chapitres depuis 2006, qui sont, avec l'indication des codes des premières et dernière catégories qu'ils contiennent, les suivants :

Tableau 3: CIM-10 : table analytique

Chapitre	Codes	Titre
I	A00-B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
II	C00-D48	Tumeurs
III	D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
IV	E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
V	F00-F99	Troubles mentaux et du comportement
VI	G00-G99	Maladies du système nerveux
VII	H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes
VIII	H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
IX	I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire
X	J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire
XI	K00-K93	Maladies de l'appareil digestif
XII	L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
XIII	M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
XIV	N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire
XV	O00-O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité
XVI	P00-P96	Certaines affections, dont l'origine se situe dans la période périnatale
XVII	Q00-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
XVIII	R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
XIX	S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
XX	V01-Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité
XXI	Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
XXII	U00-U99	Codes d'utilisation particulière

Il s'agit donc d'une classification :

- **Catégorielle**, répertoriant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies
- **Et mono-axiale** : lors du codage, il faut obligatoirement coder un diagnostique principal, qui sera éventuellement associé à des diagnostics associés.

Le **diagnostic principal** représente le diagnostic qui a mobilisé l'essentiel de l'effort des soins pendant la durée de la séquence. Il peut changer d'une séquence à l'autre. Il est renseigné quelque soit l'âge du patient exclusivement par un code de la CIM-10 qui doit comporter au minimum 4 caractères.

Les **diagnostics associés** représentent les morbidités associées ayant contribué à alourdir la prise en charge et les facteurs permettant de mieux décrire les circonstances du problème de santé au cours de la séquence. Ils peuvent être psychiatriques, somatiques, environnementales ou des causes externes de morbidité (concernent beaucoup les chapitres XX et XXI).

Les autres classifications existantes

D'autres classifications des maladies mentales existent :

- Française: La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA).

Cette classification a le mérite de prendre en compte des diagnostics en terme de structure.

- Internationale : Le Diagnosis and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM)

Il s'agit d'une approche clinique purement descriptive, de type **catégoriel**, avec des diagnostics reposant sur des listes de critères, et une évaluation **multiaxiale**. La 5^{ème} version existe en anglais depuis 2013. Sa traduction française est en cours. La particularité des versions IV-R puis V concerne la distinction entre 5 grands axes mettant en avant un modèle multiaxial bio-psycho-social:

- Psycho: Axe I : Troubles Cliniques
Axe II : Troubles de la Personnalité/ Retard Mental
- Bio : Axe III : Problèmes Médicaux Généraux
- Social : Axe IV : Problèmes Psychosociaux et Environnementaux
Axe V : Evaluation Globale du Fonctionnement

Tableau 4 : Tableau d'équivalences entre la CIM-10 et le DSM IV-R

Code	CIM-10	DSM IV-R
F20.	Schizophrénie	Schizophrénie (axe I)
		Trouble schizophréniforme (axe I)
F21.	Trouble schizotypique	Personnalité schizotypique (axe II)
F22.	Troubles délirants persistants	Trouble délirant (axe I)
F23.	Troubles psychotiques aigus et transitoires	Trouble psychotique bref (axe I)
		Trouble schizophréniforme (axe I)
F24.	Troubles délirants induits	Trouble psychotique partagé (axe I)
F25.	Trouble schizo-affectif	Trouble schizo-affectif (axe I)
		Troubles thymiques avec composante psychotique
F28.	Autres troubles psychotiques non organiques	Troubles psychotiques non spécifiés
F30.	Épisode maniaque	Épisode maniaque
		Épisode hypomane
F31.	Trouble affectif bipolaire	Trouble bipolaire I
		Trouble bipolaire II
		Trouble bipolaire non spécifié
F32.	Épisode dépressif	Épisode dépressif majeur
		Trouble dépressif majeur (axe I)
		Trouble dépressif non spécifié (axe I)
F33.	Trouble dépressif récurrent	Trouble dépressif majeur récurrent (axe I)
F34	Troubles de l'humeur persistants	Trouble cyclothymique (axe I)
		Trouble dysthymique (axe I)
F38.	Autres troubles de l'humeur	Épisode mixte
		Trouble de l'humeur non spécifié

Ainsi, comme nous le voyons, la classification CIM-10 est une classification catégorielle qui prend peu en compte le point de vue clinique structurel et dimensionnel.

C'est pourtant elle que nous prendrons comme référence dans ce travail de thèse, puisque c'est elle qui est mondialement utilisée pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant le domaine de la médecine et qui impacte donc sur la mesure de l'activité et le calcul du budget.

III) Les facteurs sociaux

Les aspects sociaux et psychologiques sont deux aspects importants dans la vie d'un individu et souvent intriqués, voir corrélés l'un à l'autre :

- Dans un sens, la maladie mentale peut conduire à des difficultés sociales
- Et dans l'autre, les difficultés sociales peuvent à long terme engendrer des troubles psychologiques, voir psychiatriques.

Ainsi, il nous paraît primordial de prendre en compte les aspects sociaux d'un individu en tant que potentiel facteur de vulnérabilité, en particulier lors de l'arrivée d'un enfant, à la fois pour évaluer le retentissement éventuel sur l'état psychique des futurs parents, mais aussi pour évaluer le contexte environnemental dans lequel l'enfant va être accueilli.

Dans ce chapitre, nous tenterons dans un premier temps de donner une définition de la précarité, pour ensuite nous intéresser aux différents facteurs sociaux et aborder la façon dont ils sont repris dans la classification CIM-10 et le relevé d'activité. Puis, nous reprendrons brièvement les différents facteurs de risque de précarité. Enfin, afin d'insister sur leur impact potentiel, nous réaliserons une revue de littérature sur les différentes conséquences des facteurs sociaux sur la grossesse.

A) Les facteurs sociaux dans la classification CIM-10 et définition de la précarité

1) Définition de la précarité

Définition officielle de l'État français : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.* »

La précarité peut se décliner dans différents domaines :

- Professionnel, économique: selon un arrêté de 1992, les personnes en situation de précarité en France sont: chômeurs, bénéficiaires du RMI, titulaires d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe, jeunes 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle.
- Education, alphabétisation
- Conditions de vie : logement (logement insalubre ou inacceptable, sans domicile fixe, bidonville, squat, expulsion)
- Relationnel : état d'instabilité des relations, pouvant aller jusqu'à l'isolement social
- Affective : état dans lequel une personne se sent dépourvu de la possibilité de recevoir ou de donner des affects.
- Au sein de la famille : traditions religieuses, culture, éloignement familial...

Le score EPICES

EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le

caractère multidimensionnel de la précarité.

Le score EPICES a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie, du Cetaf (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prenait en compte plusieurs dimensions de la précarité: emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, évènements de vie, santé perçue. Les méthodes statistiques ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score varie de 0 à 100.

L'évaluation du score EPICES, réalisée en 2004 à partir des données 2002 des CES, a montré la pertinence du score EPICES pour détecter et quantifier la précarité :

- le score EPICES est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé.
- le score EPICES est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs.
- Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Tableau 5 : Le score EPICES

	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	
	Total		

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

2) Les facteurs sociaux : CIM-10, et relevé d'activité

Les facteurs sociaux et la classification CIM-10

Z00-Z99 : Chapitre XXI : Facteurs influent sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Z55-Z65 : Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales : Z55 : éducation et alphabétisation ; Z56 : emploi et chômage ; Z57 : Exposition professionnelle à des facteurs de risque ; Z58 : environnement physique ; Z59 :

logement et conditions économique ; Z60 : environnement social ; Z61 : enfance malheureuse ; Z62 : éducation ; Z63 : autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale ; Z64 : Difficultés liées à certaines situations psycho-sociales ; Z65 : difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales

Le relevé d'activité des facteurs sociaux dans le PMSI

En pratique, il est très rare que ces codes soient ajoutés en tant que diagnostics associés. Par contre, dans beaucoup d'hôpitaux, lors de l'enregistrement du patient, certaines informations sont mentionnées au même titre que le nom, et le prénom :

- l'adresse postale (si il n'y en a pas, est précisé : sans domicile fixe)
- l'affiliation à une sécurité sociale ou mutuelle
- le statut socio-économique : salarié, libéral, allocations.
- La présence d'une tutelle ou d'une curatelle

B) Conséquences sur la grossesse

Dans cette revue de littérature, nous avons relevé différentes études sur les caractéristiques sociodémographiques associées à la précarité, et sur les conséquences de la précarité sur la grossesse; que nous avons résumées dans le tableau suivant :

Tableau 6: La précarité: Prévalence, caractéristiques sociodémographiques associées, et conséquences sur la grossesse

Précarité		
Prévalence	Environ 20% de la population	
Caractéristiques sociodémographiques associées	<ul style="list-style-type: none"> - Mineures (<18 ans) - Isolées sans conjoint - Faible niveau de scolarisation - Absence de travail, faibles ressources - Problème de logement - Nationalité étrangère, africaine (Maghreb ou Afrique noire) (54) (55) 	
Conséquences sur la grossesse	Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de grossesse tardif ou irrégulier - Plus de conduites à risque
	Complications somatiques	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de pathologies de la grossesse: infections urinaires ou génitales, anémie - Plus de complications obstétricales: multiparité, prématurité++ (56) - Plus de complications néonatales : Apgar faible à 5 minutes, faible poids de naissance, transfert en néonatalogie ou en réanimation (57) (55)
	Complications psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des troubles psychologiques ou psychiatriques associés (cause et/ou conséquence) - Syndromes anxieux ou dépressifs réactionnels

IV) Les troubles psychiatriques chroniques les plus à risque.

Dans ce chapitre, nous aborderons les quatre troubles psychiatriques qui nous ont paru les plus à risque pour la relation parent-bébé: le trouble de la personnalité borderline, la schizophrénie (et le trouble schizo-affectif), les troubles de l'humeur, et les addictions aux substances psychoactives.

Dans un premiers temps nous tenterons de les définir à travers la classification CIM-10 et en reprenant quelques modèles cliniques pour le trouble de la personnalité borderline. De plus, afin de mieux comprendre leurs propres facteurs de vulnérabilité, nous reprendrons brièvement les différents modèles théoriques formulés concernant le trouble de la personnalité borderline, la schizophrénie, et les troubles de l'humeur.

Enfin, nous synthétiserons, sous la forme d'un tableau, une revue de littérature sur les conséquences périnatales négatives potentielles de chacun de ces troubles, afin de justifier pourquoi nous les considérons comme des troubles à risque.

A) Définition

1) Le trouble de la personnalité borderline

Généralités sur la personnalité et ses troubles

La personnalité peut être définie comme le « résultat, chez un sujet donné, de l'intégration dynamique de composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles »; une façon de percevoir le monde, d'interagir avec les autres; un processus dynamique, stable dans le temps, unique (le sujet), formé à la fin de l'adolescence.

Pour parler de trouble de la personnalité, il faut qu'il y ait un retentissement important, ce qui nécessite qu'il existe une souffrance, un dysfonctionnement, une rigidité des mécanismes d'adaptation.

Classification CIM 10

F60 : Trouble spécifique de la personnalité

Il s'agit des perturbations sévères de la personnalité ou des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. Ces perturbations concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité ; elles s'accompagnent en général d'un bouleversement personnel et social considérable, apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence, et persistent durant l'âge adulte.

F60.3 : Personnalité émotionnellement labile

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles, et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleux et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. Deux types peuvent être distingués :

- ***F60.30 : type impulsif : manque de contrôle des impulsions***

- **F60.31 : type borderline** : perturbation de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, sentiment chronique de vide intérieur, relations interpersonnelles intenses et instables, et tendance à adopter un comportement autodestructeur comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.

Certains auteurs comme Jung-Rosenfarb suggèrent une différence de structure entre les patients « borderlines » (d'avantage du côté de la psychose) et les patients « états limites » (58). Cependant, pour simplifier, nous utiliserons, dans ce travail, les deux termes indifféremment l'un de l'autre.

2) La schizophrénie : classification CIM-10

F20 : Schizophrénie (ou troubles schizophréniques)

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés... Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôles, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs. L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants (à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs) ; ni quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une cause toxique.

Les codes vont varier entre **F20.0 et F20.9** en fonction du type de schizophrénie (paranoïde, hébéphrénique, catatonique, indifférenciée, dépression post-schizophrénique, résiduelle, simple). Nous résumerons donc l'ensemble sous l'appellation suivante : **F20.x**.

F25 : Troubles schizo-affectifs

Trouble épisodique dans lequel des symptômes affectifs et des symptômes schizophréniques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie, mais ne justifient pas un diagnostic ni de schizophrénie, ni d'épisode dépressif ou maniaque.

Les codes vont varier entre **F25.0 et F25.2** en fonction du type de trouble schizo-affectif (maniaque, dépressif ou mixte). Nous résumerons donc l'ensemble sous l'appellation suivante : **F25.x**.

3) Les troubles de l'humeur : Classification CIM-10

F30-F39 : Troubles de l'humeur (affectifs)

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents.

F30 : Episode maniaque

Toutes les subdivisions de cette catégorie s'appliquent exclusivement à un épisode isolé.

- **F30.0 : Hypomanie** : élévation légère mais persistante de l'humeur, de l'énergie et de l'activité ; ces symptômes ne sont toutefois pas assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social. Il n'y a pas d'hallucinations ni d'idées délirantes.
- **F30.1 : Manie sans symptômes psychotiques** : élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, qui s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler, et une réduction du besoin de sommeil. L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante. Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités. Ce trouble peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables ou inappropriées.
- **F30.2 : Manie avec symptômes psychotiques** : présence, associée au tableau clinique décrit en F30.1, d'idées délirantes (grandeur) ou d'hallucinations (voix parlant directement au sujet), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement.
- **F30.8 : Autres épisodes maniaques/ F30.9 : Episode maniaque, sans précision**

F31 : Trouble affectif bipolaire (= maladie ou psychose maniaco-dépressive)

Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (manie ou hypomanie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires. Les sujets n'ayant fait que des épisodes dépressifs, sans antécédent d'épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte ne sont pas classés dans cette catégorie.

Les codes varient entre **F31.0 et F31.9** en fonction de l'état actuel et de la sévérité : F31.0 à 2 si épisode actuel hypomaniaque ou maniaque, F31.3 à 5 si épisode actuel dépressif, F31.6 si épisode actuel mixte ; et F31.7 si actuellement en rémission.

F32 : Episodes dépressifs

Le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple, une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère avec ou sans symptômes psychotiques.

Les codes varient entre **F32.0 et F32.9** en fonction de la sévérité de l'épisode.

F33 : Trouble dépressif récurrent

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32), en l'absence de tout antécédent d'épisode intermittent d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère exaltation de l'humeur et augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenché par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F31.2, F31.3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs, comme ceux de dépression maniaco-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale, et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, le début peut être aigu ou insidieux, et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté, quelque soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31).

Les codes varient entre **F33.0 et F33.9**: F33.0 à 4 si épisode actuel, classés en fonction de la sévérité de l'épisode ; F33.4 si actuellement en rémission.

F34 : Troubles de l'humeur (affectifs) persistants

Troubles de l'humeur, persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérable

- **F34.0 : Cyclothymie** : nombreuses périodes de dépression ou d'hypomanie, mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour prononcer le diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31), ou de trouble dépressif récurrent (F33).
- **F34.1 : Dysthymie** : abaissement de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité ou la durée des différents épisodes sont insuffisants, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33).
- **F34.8 : Autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants**
- **F34.9 : Troubles de l'humeur (affectifs) persistants, sans précision**

F38 : Autres troubles de l'humeur (affectifs)

4) Les addictions à des substances psychoactives (alcoolisme et toxicomanie) : classification CIM-10

F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : ce groupe comprend de nombreux troubles, de gravité et de symptomatologie diverse, mais qui sont tous liés à l'utilisation d'une, ou de plusieurs substances psychoactives.

Le troisième caractère (F10 à F19) du code identifie la **substance impliquée**. Nous nous intéresserons essentiellement aux cinq premières substances citées (**alcool, opiacés, cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne**).

Le quatrième caractère du code sert à spécifier les **tableaux cliniques** (intoxication aiguë, utilisation nocive pour la santé, syndrome de dépendance, syndrome de sevrage, syndrome de sevrage avec délirium, trouble psychotique, syndrome amnésique, trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive). Nous nous intéresserons essentiellement au **syndrome de dépendance (F1x.2)**, dont la définition est la suivante : *Ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir*

puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligation au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

B) Modèles théoriques étiologiques

Le tableau 7 résume les différents modèles théoriques qui ont pu être formulés afin d'expliquer la genèse des trois troubles suivants : le trouble de la personnalité borderline, la schizophrénie (et le trouble schizo-affectif), et les troubles de l'humeur. A noter que l'addiction à des substances psychoactives, est très fréquemment retrouvée comme comorbidité d'un de ces troubles.

Nous avons pris le parti de traiter ce chapitre pour bien mettre l'accent sur le fait qu'il n'y a pas une cause unique à chacun de ces troubles, mais que c'est bien **l'association de plusieurs facteurs de vulnérabilité** génétiques, biologiques, environnementaux, relationnels qui va conduire à leur expression. Il s'agit donc d'un modèle **neuro-bio-psycho-social**.

Tableau 7: Les troubles de la personnalité borderline, la schizophrénie, et les troubles de l'humeur: modèles théoriques étiologiques

Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Troubles de l'humeur
<p>Hypothèse génétique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de facteurs génétiques (59) (60), mais aucun gène spécifique clairement identifié. - Taux d'héritabilité entre 40 et 60%. (61) (62) (63) 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de développer une schizophrénie future : 10 à 15% si un seul parent schizophrène, et 50% si les 2 parents le sont. (64) - Forte héritabilité avec une concordance d'environ 50% pour les jumeaux monozygotes. (65) - Plusieurs gènes de susceptibilité retrouvés : NRG1, DTNBP1, DISC1, COMT, GRM3, G72... - Hypothèse d'un polymorphisme de l'ADN. 	<ul style="list-style-type: none"> - Héritabilité commune entre schizophrénie, trouble schizo-affectif et trouble bipolaire. (66) (67) - Gènes de susceptibilité : NRG1, DTNBP1, DISC1, G72... - Hypothèse d'un polymorphisme de l'ADN.
<p>Modèle épi génétique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constat de taux de méthylations de gènes différents à l'âge de 50 ans alors qu'ils étaient à peu près concordants à l'âge de 3 ans chez des jumeaux homozygotes, donc l'environnement aurait une influence sur l'expression du patrimoine génétique. (68) - Hypothèse d'une prédisposition génétique qui rendrait hypersensibles aux interactions interpersonnelles. (69) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse d'une prédisposition génétique associée à l'exposition à des facteurs environnementaux. - Il existerait des périodes plus sensibles que d'autre. (70) - Une exposition répétée à des facteurs de risque environnementaux entraînerait la persistance et l'aggravation d'expériences psychotiques initialement infra cliniques, conduisant à l'apparition d'une maladie psychotique. (71) 	<ul style="list-style-type: none"> - cf partie sur la schizophrénie. - La combinaison des facteurs génétiques et environnementaux, partagés au sein d'une famille, entraîneraient des altérations neuro-développementales qui contribueraient à l'apparition de psychopathologie au sens large (non spécificité des symptômes). Les différents troubles psychiatriques occasionnés ne seraient que des variations de combinaisons des symptômes suivants : dysrégulation affective, psychose, déficit motivationnel, et altérations cognitives. (70)
<p>Modèle biologique</p> <p>Théorie de la dysrégulation émotionnelle de Linehan: il existerait une prédisposition biologique de certains individus (éprouvent plus d'émotions fortes), à laquelle surajouterait un environnement invalidant ces émotions, et empêchant donc leur décodage. (72)</p>		
<p>Modèle neuro développemental</p>	<p>Facteurs génétiques et environnementaux précoces → anomalies cérébrales précoces → ne s'exprimeront cliniquement que dans un second temps après avoir interagi avec des facteurs environnementaux tardifs. (73)</p>	<p>Les anomalies développementales dans l'enfance sont moins marquées que dans la schizophrénie et les anomalies retrouvées au niveau cérébral sont moins importantes. (67)</p>

Tableau 7 (suite)

	Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Troubles de l'humeur
Théorie de l'attachement	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de la capacité réflexive ou de mentalisation (74) - Déviations au moment de la phase intentionnelle du développement de l'agentivité (75) - Corrélation avec attachement inséculaire (notamment de type irrésolu, craintif et préoccupé) (76) - Lien avec des représentations de figures d'attachement hostiles, douteuses (77) - Corrélation avec attachement ambivalent ou préoccupé. (78) - Corrélation avec attachement inséculaire mixte (préoccupé et craintif). (79) 	<ul style="list-style-type: none"> - Corrélation avec attachement évitant associé à une prédisposition génétique (80) 	
Sensibilité parentale et patterns interactifs	<ul style="list-style-type: none"> - La figure d'attachement aurait elle-même un attachement désorganisé lié à des événements traumatiques non métabolisés. Dilemme de l'enfant entre collage et évitement. (81) - Lien entre attachement désorganisé et troubles de la capacité d'un partage intersubjectif de sens et de l'identité chez les patients borderline. (82) - Lien entre attachement désorganisé chez l'enfant et absence de régulation émotionnelle par la figure d'attachement. (83) - Donc : patterns d'attachement de type inséculaire qui, associés à l'adversité ou à des vulnérabilités d'ordre génétique, peuvent mener à la psychopathologie (84) 	<ul style="list-style-type: none"> - Les troubles fréquents de la communication dans le discours des parents schizophrènes pourraient empêcher leur enfant de comprendre les significations nécessaires au développement cognitif. (85) - Chez les enfants de parents schizophrènes : plus de risque de développer une schizophrénie si mauvaise relations avec les parents (40,7% vs 9, 8%). (86) 	
Parallèle neuro anatomique	<ul style="list-style-type: none"> - Hypo-métabolisme fronto-limbique, région associée au contrôle émotionnel. (87) (88) - Hyper-activation de l'amygdale (système limbique) lors d'induction d'émotions négatives. (89) (87) (90) - Altération de l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien (par défaut de rétrocontrôle négatif), à l'origine d'une production excessive de cortisol. (91) (92) - Altérations du système sérotoninergique qui serait, moins réactif, en particulier dans les zones concernant l'agressivité et l'impulsivité(93) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse dopaminergique : le circuit impliqué dans la schizophrénie serait le circuit dopaminergique méso-cortico-limbique. - Hypothèse glutamatergique : alors que la dopamine se limite à certaines régions cérébrales (striatum, système limbique et lobes frontaux), le glutamate et le GABA ont un rôle important sur le lobe frontal et l'hippocampe, qui sont impliqués dans la schizophrénie, et qui appartiennent aux régions corticales du cerveau. (94) (95) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse dopaminergique (66)

C) Conséquences sur la grossesse, les interactions mère-enfant et l'enfant

Pour des raisons de synthèse et de clarté, nous avons résumé notre revue de littérature sur les différentes conséquences du trouble de la personnalité borderline, de la schizophrénie (et du trouble schizo-affectif), des troubles de l'humeur, et des addictions à des substances psychoactives, dans des tableaux.

Afin de réaliser cette revue de littérature, nous avons utilisé les bases de donnée pubmed, medline, sciencedirect ainsi que google scholar et livres. Nous avons sélectionné les articles qui nous ont paru les plus méthodologiquement valides, en préférant les plus récent. Cependant, nous avons tout de même conservé certains articles plus anciens si nous les considérons comme pouvant être des articles de référence.

Le premier tableau (tableau 8) fait un point sur la prévalence et les conséquences sociales. Même si ces points sortent un peu du cadre du chapitre, il nous a paru pertinent de les citer afin d'avoir une vision globale des choses.

Le deuxième tableau (tableau 9) traite des conséquences (épidémiologique, psychique, somatique et psychiatrique) de ces quatre troubles sur la grossesse.

Les tableaux suivants (tableaux 10 à 13) traitent des conséquences des quatre troubles sur les interactions mère-enfant (tableau 6), puis sur le bébé (tableau 7 : attachement et gestion émotionnelle) puis sur l'enfant (tableau 8 : développement de l'enfant), puis sur les potentiels troubles psychiatriques ultérieurs (tableau 9).

Concernant les études ayant évalué les répercussions sur les interactions et sur l'enfant lui-même, plusieurs paradigmes expérimentaux ont pu être utilisés :

- 1) **Le Still-Face (SF) pour les enfants de trois mois**: il se divise en 3 séquences de 2 minutes chacune : un premier temps d'interaction en face à face, suivi d'un deuxième temps où la mère interrompt toute interaction et mime un visage inexpressif, puis un troisième temps, où la mère reprend son comportement habituel. La réaction de l'enfant durant les 3 temps est observée et analysée. Une revue de la littérature récente a recensé un total de 85 études utilisant cette procédure. Dans une situation ordinaire, les bébés montrent plus de détournements du regard, sourient moins et montrent plus d'affects négatifs au cours du SF comparativement aux périodes d'interactions normales en face à face. Par ailleurs, plus le temps du SF avance et plus les bébés montrent des mouvements désordonnés et une chute posturale et tonique. (Mesman et al, 2009).
- 2) **La Strange situation pour les enfants de douze mois** (développé par Ainsworth et Bowlby): il se divise en 8 séquences de 3 minutes chacune, simulant une alternance de situations de séparation et de retrouvailles (départ et retour de a mère, arrivée et départ d'une personne non familière). Là aussi, le comportement de l'enfant durant chaque temps est observé et analysé.
- 3) **L'observation de séquences de jeu**

Tableau 8: trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: prévalence et conséquences sociales

	Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Troubles de l'humeur	Addiction à des substances psychoactive
Prévalence	<ul style="list-style-type: none"> - 2% de la population générale (96) - 10% de la population clinique ambulatoire, - 25 à 50% de la population clinique hospitalière 	Environ 0,7% de la population générale au cours de l'existence. (97) (98) (99)	1 à 2% de la population générale (en Europe)	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance ou abus d'alcool chez les femmes : environ 1% de la population générale. - Toxicomanie chez les femmes difficile à évaluer - Très souvent, comorbidité psychiatrique associée
Conséquences sociales	Entour age/ environ nement <ul style="list-style-type: none"> - Relations instables, alternance collage/rejet - Propres parents ne pouvant répondre à leurs questionnements concernant la réorganisation identitaire - Père de l'enfant : souvent violents, avec des conduites toxicomaniaques, peu investis de leur mission de père 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de partenaires sexuels, moins de partenaires fixes (100) - Plus grande fréquence de troubles psychiques chez le père de l'enfant - Globalement plus isolée. 	Moins de cohésion, plus de conflits et familles moins structurées que les autres, d'après le ressenti des parents. (101) (102)	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquemment : violence conjugale associée aux consommations d'alcool (103) - Toxicomanie : isolement social fréquent, partenaire toxicomane, instabilité social (104)
	Aspect socio-professionnels	Prévalence plus élevée d'absence d'activité professionnelle , et de pères ne vivant pas sous le même toit. (105)		

Tableau 9 : trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences sur la grossesse

	Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Troubles de l'humeur	Addiction à des substances psychoactives
Epidémiologie	<p>Plus de grossesses, notamment non désirées mais prolongées, et le plus souvent au moment de l'acmé des symptômes. (106)</p>	<p>Plus d'interruption de grossesse, plus de grossesses non programmées (100)3 Diminution de la fertilité (107)</p>	<p>Diminution de la fertilité, mais relation causale complexe (108)</p>	<p>Alcoolisme Plus de désir de grossesse : « espoir d'un renouveau » (109) Toxicomanie - Début précoce de la sexualité, comportement sexuels à risque (++) si comorbidité psychiatrique) - Grossesses souvent accidentelles et reconnaissance tardive (110) (111)</p>
Représentations psychiques	<p>- « <i>Mise à l'épreuve des fondations identifiantes du processus de devenir mère ... résurgences des traumatismes passés</i> ». (112) - Les représentations d'images parentales maternelles « <i>restent fixées au passé</i> » (113) - D'un côté, images internes de ses propres parents (inaffectifs), et de l'autre, sa propre image (victime, ou enfant indigne). (114) (115) - Impossible accès à l'ambivalence - Evocation de la dépendance du nouveau-né intolérable. - Souvent peu d'alliance aux soins et peu de demande d'aide (défenses projectives). - Clivage → conflits/désaccords entre les professionnels.</p>	<p>- Relation d'Objet prégénitale orale prédominante : contact avec l'Objet est indispensable et en même temps, il peut être persécuteur (116) - Relation anobjectale sans intermédiaire symbolique (symbiose) - Réorganisation psychique par introduction de l'altérité de l'enfant réel, occasion pour certaines de défusionner d'avec leur propre mère (117) - Episode délirant maternel comme moyen pour s'éloigner du danger que représente la réalité de l'enfant. (118) - Clivage et projection pouvant mettre à mal les différents partenaires.</p>		<p>Alcoolisme - la satisfaction d'être mère comble psychiquement avec diminution des consommations d'alcool lors de la grossesse. Enfant comme venu « compléter le moi imaginaire ». (119) - Accouchement vécu comme une rupture douloureuse. Toxicomanie - Sentiments contradictoires : crainte et espoir, angoisse et attente exaltée - Fonction « réparatrice » de l'enfant</p>
Complications somatiques		<p>- Plus de complications obstétricales (pré éclampsie++) et néonatales (césariennes, faibles poids de naissance, décès périnataux, malformations cardiaques). (120) (121) - Lien avec moins bon suivi de la grossesse (122) et comorbidités addictives</p>		<p>Alcoolisme - Toxicité de l'alcool ++: RCIU, malformations, syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) - Plus de complications obstétricales++, dose dépendant : FCS, RCIU, prématurité et néonatales - Syndromes de sevrage - Allaitement possible Héroïne - Peu de toxicité - Plus de FCS (123), de prématurité, de RCIU (124) (125) et de mortalité néonatale - SMN (sd manque néonatal) - Méthadone : allaitement possible (126) Cocaïne - Toxicité discutée, SMN rare - FCS, RCIU, prématurité Cannabis SAF peu fréquent, pas de SMN</p>

Tableau 9 (Suite)

	Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Trouble de l'humeur	Addiction à des substances psychoactives
Conséquences sur la grossesse (Suite) Complications psychiatriques	<p><u>Déni de grossesse</u> Plus de déni de grossesse</p> <p><u>Episodes dépressifs</u> - De manière générale : plus d'épisodes dépressifs chez les personnalités borderline (127) (128) (129) (130) - Serait en lien avec leur extrême sensibilité aux événements et leur difficulté à gérer et à réguler leurs émotions. - Dépressions essentiellement sous le mode anaclitique : sentiments de colère, honte, vide intérieur ; souvent déclenchés par des ruptures au sein des relations interpersonnelles (131) - Revue de littérature récente : plus d'épisodes dépressifs majeurs au cours du péripartum (132)</p>	<p><u>Déni de grossesse</u> Beaucoup plus de déni de grossesse (133) (134)</p> <p><u>Baby blues</u> Plus intense et plus long</p> <p><u>Décompensations psychotiques++</u> 25% de décompensation délirantes aigues durant les 6 premiers mois (135)</p> <p>Risque moins élevé de psychose puerpérale que dans les troubles de l'humeur</p>	<p><u>Décompensations dépressives, dépression du post-partum</u></p> <p><u>Décompensations maniaques</u> Risque majoré les 10 premiers jours du post-partum</p> <p><u>Psychose puerpérale++</u> Risque de psychose puerpérale majoré</p>	<p><u>Consommations d'alcool</u> - Souvent diminuées pendant la grossesse. (136) - Risque de non diminution si: fumeuse, jeune, célibataire, faible niveau socio-économique. (137) - Risque d'ivresses aigues, majoré par anxiété. (109)</p> <p><u>Toxicomanie</u> - Parfois : réduction des conduites toxicomaniaques. Beaucoup moins souvent : arrêt.</p>

Tableau 10 : trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences sur les interactions mère-enfant.

	Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Troubles de l'humeur	Addiction à des substances psychoactives
Risque général	Risque global accru d'avoir des enfants avec des troubles (138)			- Peu d'études - Plus d'enfants placés
Gestion émotionnelle de la mère	- Corrélation entre dysrégulation émotionnelle chez le parent et troubles des interactions mère-enfant. (139) - Taux d'invalidation émotionnelle dans l'enfance → inhibition émotionnelle chronique → détresse psychologique significative dont dépression et anxiété. (140)	- Difficulté à distinguer les besoins propres de l'enfant des leurs, et à interpréter les émotions du bébé. (141)		
Conséquences sur les interactions mère-bébé Sensibilité et compétences maternelles	- Mères moins sensibles et plus intrusives ++. (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) - Corrélation entre comportements insensibles et confrontation à la détresse de leurs enfants. (149) (148)	- Mauvais accordage affectif : Evitement du regard, mauvais ajustement tonico-postural, interactions vocales pauvres (117) (150) - Difficulté à favoriser l'autonomie de leur enfant qui peut alors devenir un objet de persécution. - Discontinuité - Moins bonnes interactions si attachement anxieux chez les mères. (151) - Plus de risque de troubles à l'âge de 6 ans, si mères plus anxieuses ou manifestant plus d'attitudes négatives vis à vis de leur grossesse, ou si davantage d'épisodes psychotiques entre 6 mois et 2 ans, pendant le post-partum. (152)	- Mères perçues comme plus chaleureuses émotionnellement, moins rejetantes et moins surprotectrices. (153)	Alcoolisme : - Troubles de la relation précoce fréquents, mais non spécifique. - Chaos dans la différenciation des rôles, sexes et générations, enfant parentifié. - Interactions différentes fonctions périodes d'alcoolisme et d'abstinence Toxicomanie - Troubles de la relation précoce non spécifiques et non systématiques - Capacité à interpréter les signaux de l'enfant à 1 mois corrélé au développement du self. (154) - Risque accru de maltraitance et de négligence, surtout si alcoolisme associé. (155) (156)
	Transmission intergénérationnelle	- Mécanisme de l'identification à l'agresseur, compulsion de répétition : le parent reproduirait inconsciemment avec son enfant ce qu'il a vécu dans la relation avec son propre parent. (157) (158) (159) - Transmission transgénérationnelle du mauvais : le parent alimenterait l'enfant de ses angoisses devant la réactivation de ses propres traumatismes passés (Identification projective). (160) - Concept de scénarios narcissiques de la parentalité : La mère projeterait sur l'enfant ses propres représentations, sans prendre en compte ses émotions. (114)		

Tableau 11: trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences sur le bébé

	Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Troubles de l'humeur	Addiction à des substances psychoactives
Gestion émotionnelle du bébé	<p><u>Enfants gérant eux même moins bien leurs émotions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - D'abord tendance à se mettre en retrait relationnel, puis, désorganisation du comportement, de l'émotion, des processus cognitifs et attentionnels. (161) - A 2 mois (Still-Face): plus faible niveau de disposition à l'engagement relationnel, et plus faible niveau d'organisation. (142) - A trois mois (Still-face): dysrégulation du système nerveux autonome (toux spasmodique, hoquets, régurgitations) ; dysrégulation émotionnelle (diminution des sourires, augmentation des expressions émotionnelles négatives et augmentation de l'émoussement et des attitudes de tristesse et d'impassibilité) ; et désajustements tonico-posturaux. (144) (132) <p><u>Enfants plus agités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bébé qui sont le plus souvent agités, « hyperactifs » (Apter, 2004). Besoin de plus de stimulations pour se calmer. 			
Conséquences sur le bébé (suite)	<p>- A 1 an : 80% d'attachement désorganisé (contre seulement 27% chez les enfants du groupe contrôle), avec moins de « regards positifs ». (147)</p> <p>- Corrélation entre les comportements d'évitement et de retrait relationnel et les types de patterns d'interaction avec la figure d'attachement. (146)</p> <p><u>En synthèse : étude réalisée par MC Genet en 2012 :</u></p> <p>Le fonctionnement des enfants, en termes de représentations d'attachement à l'âge scolaire, est fonction des interactions précoces avec la mère et de ses comportements d'attachement autour de l'âge de la marche.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chez les mères : plus de dysfonctionnements interactifs à 3 mois et à 13 mois - Chez les bébés : plus d'émotions négatives, et de difficultés émotionnelles et comportementales (retrait interactifs). <p>A 13 mois, majoritairement attachement désorganisé, mais avec également attachement insécuré.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A 3 mois et à 13 mois, plus les mères présentent des comportements dysfonctionnels (intrusifs, discontinuité), plus les bébés manifestent des difficultés dans leur régulation émotionnelle. - En période d'âge scolaire (4 à 8 ans) : plus de représentations d'attachement de type désorganisé. (132) 	<p>- Absence totale de peur de l'étranger, et à un an, plus d'attachement anxieux (anxieux évitant ou anxieux ambivalent/résistant). (162)4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Devant mauvais accordage affectif maternel: hypovigilance visuelle ou évitement du regard ; hypertonie ou hypotonie, hyper vigilance initiale, puis se réfugie dans le sommeil. <p><u>Concept d'« hypermaturité » de Bourdier</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponses adaptatives et défensives très précoces : absence de pleurs, hypervigilance, grande tolérance à la séparation physique d'avec la mère. - Par la suite : bonne adaptation scolaire, calme, capacité à être seul. - Ne préjuge pas forcément d'un développement favorable de la personnalité : possibilité personnalité en « faux-self » (clivage du Moi). (163) 	<p>- Etude canadienne rétrospective : pas de différence significative entre l'attachement perçu lorsqu'ils étaient plus jeunes par les enfants (âgés de plus de 13 ans) de parents bipolaires et les enfants de parents non malades. Par ailleurs, aucune relation entre l'attachement perçu et la survenue de troubles de l'humeur ou de psychopathologie en général. En ce qui concerne le tempérament, seule une émotionnalité élevée augmentait le risque de psychopathologie ou de trouble de l'humeur de façon modérée, chez les enfants de parent bipolaire. (164)</p>	
Attachement du bébé et comportement				

Tableau 12: trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences ultérieures (enfance et adolescence)

	Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Troubles de l'humeur	Addiction à des substances psychoactives
Conséquences ultérieures (Enfance et adolescence) Comportement et compétences sociales	- Notion d' inversion des rôles, de sentiment de dévalorisation, de crainte de l'abandon chez les enfants (4 à 7 ans) présentant un attachement désorganisé, avec des retentissements importants en période d'autonomie, les enfants préférant rester à proximité de leur mère afin de répondre à ses besoins. (165) - Faibles scores de fonctionnement psychosocial (perception comme socialement inférieurs, attachement « peureux-évitant », plus grande hostilité maternelle) chez 815 adolescents de mères borderline. (166)	- De 0 à 2 ans : moins de réactivité et de capacités de communication - Entre 2 ans et l'entrée à l'école : plus de troubles du comportement et plus de difficultés sociales . - De l'âge scolaire à l'adolescence : plus isolés, plus agressifs ou en retrait , difficultés d'adaptation en milieu scolaire. - Plus de difficultés de régulation émotionnelle et une estime de soi moins bonne . (167)		
Développement psychomoteur		<u>Le concept de pandysmaturation :</u> - Troubles cognitifs (retard de développement mental à 4, 8 et 12 mois), psychomoteur (12 mois), du langage (12 mois), et de la coordination visuo-motrice et perception visuo-spatiale . - Peuvent être transitoires - Leur présence à 3 ans serait prédictive d'une schizophrénie ultérieure. (168) (169) (170) (171)		<u>Alcoolisme</u> - Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) : retard de développement avec dysmorphie cranio-faciale, nanisme, microcéphalie, hypotonie, troubles de l'alimentation et du sommeil, retard de langage et de la propreté sphinctérienne, tics... (172) - Retard psychomoteur et cognitif possible même hors contexte de SAF. (173) <u>Toxicomanie</u> - Développement psychomoteur dans les limites de la normale (174). Parfois : moins bonne coordination motrice, hyperactivité et troubles attentionnels, impulsivité, inhibition sociale liée à la déprivation (175)

Tableau 13 : trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences ultérieures (troubles mentaux)

	Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Troubles de l'humeur	Addiction à des substances psychoactives
Conséquences ultérieures (troubles mentaux)	<p><u>Troubles de la personnalité borderline (x4)</u> 37% vs 8,3% dans la population témoin</p>	<p><u>En général :</u> Revue de littérature (enfants de 2 à 7ans): plus de psychopathologie, mais non spécifique : plus de symptômes dépressifs, d'hyperactivité, d'immaturation. (167)</p>	<p><u>En général :</u> - Méta-analyse (enfants de parents bipolaire âgés entre 11 et 21 ans) : * Troubles de l'humeur : 5 à 67% * Troubles psychopathologiques autres : 5 à 52%. (181) - Revue de littérature plus récente: taux de psychopathologie plus élevé : 29 à 56%, pour les études utilisant le même outil diagnostique. (102)</p>	<p><u>Troubles du comportement</u> - Plus fréquents chez les enfants de parents alcoolique (173) (187) et toxicomanes (188) (189)</p>
	<p><u>Trouble déficit attentionnel avec hyperactivité (x3)</u> 43% vs 13%</p>	<p><u>Trouble du spectre schizophrénique (x3)</u> 17,5% contre 5,3%. (178)</p>	<p><u>Troubles de l'humeur (x4)</u> Risque 4 fois plus élevé. Par ailleurs, risque 2 fois plus élevé de trouble mental. (182)</p>	<p><u>Trouble déficit attentionnel et hyperactivité</u> - Hyperkinésie (sans déficit attentionnel associé)= trouble le plus fréquemment corrélé à l'alcoolisme parental (187) et à la toxicomanie. (188)</p>
	<p><u>Troubles du comportement (x2)</u> 67% vs 35%</p>	<p><u>Trouble du comportement externalisé (TDAH, Trouble Oppositionnel avec Provocation et Troubles des Conduites) (x2)</u> - 31,7% contre 16,7%. (178) - 36,8%. (179)</p>	<p><u>Troubles anxieux (x2):</u> - Risque 2 fois plus élevé (183) - De plus, si trouble anxieux, alors risque beaucoup plus élevé de trouble bipolaire futur. (184)</p>	<p><u>Conduites addictives</u> - Risque accru d'addictions à l'âge adulte corrélé à l'environnement social (transmission intergénérationnelle) (190) - Pour l'alcool: risque multiplié par 4 si sexe masculin et père alcoolique. (191)</p>
	<p><u>Répercussions sociales</u> Plus fréquentes (176) (177)</p>	<p><u>Troubles anxieux</u> Fréquents mais pas de différence significative vs groupe contrôle (178) (179)</p>	<p><u>Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) et autres troubles du comportement (plus controversé)</u> - Pas plus de risque selon certaines études. (185) - Selon d'autres études : plus de troubles anxieux, et de troubles externalisés et serait prédicteur de la survenue future d'un trouble de l'humeur, s'ils survenaient avant l'âge de 12 ans. (186)</p>	<p><u>Troubles anxieux</u> - Plus fréquents dans le cas de parents alcooliques - Idem dans le cas de parents toxicomanes, essentiellement avant 8 ans. (189)</p>
		<p><u>Etude diagnostique chez des d'enfants (7 à 22ans) de parents schizophrènes ET bipolaires :</u> - 60% : au moins un diagnostic nécessitant une consultation • Essentiellement: troubles anxieux et troubles du comportement • Nombre important d'abus et de dépendance à l'alcool ou aux substances. • 5 enfants (9,3%) avaient déjà développé des troubles de l'humeur • Aucun des enfants des deux groupes n'avaient de diagnostic de psychose (mais jeunes) (180)</p>		<p><u>Effets toxiques directs</u> - Alcool : le syndrome d'alcoolisation fœtale : Microcéphalie et déficit intellectuel important. (192) - Cocaïne : conséquences sur les neuromédiateurs - Cannabis : pas d'effet toxique rapporté - héroïne : très discuté</p>

V) La psychose puerpérale et la dépression du post-partum

A) Définition

1) La dépression du post-partum

Elle concerne 10 à 20 % des femmes. C'est en général leur premier épisode dépressif. On distinguera les dépressions simples et les dépressions de type mélancolique.

Dépressions simples

Le baby blues est fréquent et généralement anodin. A l'opposé, le diagnostic de dépression du post-partum doit être envisagé, en cas de prolongation des symptômes **au-delà du septième jour** ou d'**intensification**, notamment avec l'apparition de :

- une humeur labile (plus altérée le soir), une tendance à pleurer
- un sentiment de découragement, une perte d'estime de ses capacités maternelles
- des plaintes somatiques insistantes (céphalées, douleurs abdominales), une asthénie
- des phobies d'impulsion, de crainte de faire du mal au bébé, d'évitement du contact
- Une aggravation clinique le soir, des difficultés d'endormissement et des cauchemars
- un ralentissement psychomoteur ou des idées suicidaires (rare)

La forte culpabilité et l'aspect quelque peu atypique du tableau dépressif rendent le diagnostic et l'acceptation de la prise en charge parfois difficiles. Une échelle validée permet de la mettre en évidence : l'EPDS (Edimburg Post-natal Depression Scale).

Dépressions de type mélancolique

Elles peuvent survenir dans les mois qui suivent l'accouchement. La symptomatologie est sévère et inclus des symptômes délirants (conviction délirante d'être indigne ou d'être responsable de la mort présumée de l'enfant) ou confusionnels. Le risque majeur est le suicide ou l'infanticide. Il faut donc rigoureusement les évaluer, et une hospitalisation en milieu spécialisé doit éventuellement être imposée. Le diagnostic différentiel est la psychose puerpérale. Concernant l'évolution, l'épisode peut être unique ; il peut y avoir ultérieurement d'autres accès dépressifs ; ou l'évolution peut se faire vers une maladie bipolaire.

2) La psychose puerpérale

Elle est d'apparition brutale et survient **le plus souvent dans la semaine qui suit la naissance**. Les accès survenant plus tardivement (1-2 mois) sont de plus mauvais pronostic et révèlent plus fréquemment une schizophrénie. Un post-partum blues sévère avec éléments de confusion est souvent prodromique.

Le tableau clinique comporte :

- Une obnubilation, voire réelle confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale,
- Une activité délirante polymorphe mais essentiellement centrée sur l'enfant (thème d'enfantement, négation de l'enfant, filiation extraordinaire, ...)
- Une grande labilité de l'humeur avec risque suicidaire ou d'infanticide +++.

Plus précisément : les différents types sont les suivants :

- La psychose délirante aigue

Elle survient le plus souvent entre J6 et J15 du post-partum, de début brutale et d'intensité d'emblée maximale. Il peut exister des signes prodromiques tels que : crises

d'angoisse, plaintes somatiques, sensations d'étrangeté, bizarreries du comportement, crises de larmes, et surtout troubles du sommeil (cauchemars, insomnies). Le tableau clinique est proche de celui d'une « bouffée délirante aigue » à forte composante thymique, avec une alternance rapide entre des moments d'agitation et de stupeur, d'exaltation et de désespoir. On observe aussi une angoisse extrême, une insomnie totale, et des fluctuations de la vigilance. Les mécanismes du délire peuvent être multiples : hallucinatoire, interprétatif, imaginatif ou intuitif. Les thématiques sont généralement centrées sur la naissance et la relation à l'enfant, et sont souvent mal structurées, avec une tonalité de persécution : négation du mariage, négation de la maternité, doute sur l'origine de l'enfant, crainte que l'enfant soit mort, idées délirantes autour du physique du bébé. Il existe aussi souvent une confusion d'identité avec le bébé, sur lequel la mère projette des éléments délirants en rapport avec sa propre mère.

- Les accès mélancoliques

Le début est brutal, dans les premières semaines suivant l'accouchement. Ces accès se caractérisent par la fréquence des signes confusionnels, les variations rapides de l'humeur, et l'activité délirante associée. Les thèmes délirants concernent également le nourrisson : incapacité à s'occuper de son enfant, conviction que l'enfant va mourir, avec idées d'indignité, de culpabilité et de catastrophe.

- Les accès maniaques

Le début est brutal, dans les deux premières semaines du post-partum. Ces accès se manifestent comme les autres épisodes maniaques par une agitation intense, une désorganisation, une désinhibition, une hyperactivité, une tachypsychie, une insomnie, mais se singularisent cependant dans le post-partum par la fréquence des signes confusionnels, des caractéristiques psychotiques congruentes ou non à l'humeur, et par une thymie fluctuante donnant une allure d'état mixte. Les thématiques délirantes peuvent être mégalomaniaques, messianiques (centrés sur l'avenir radieux de l'enfant), persécutoires, ou érotomaniaques. L'évolution se fait fréquemment vers une forme dépressive secondaire.

- Les états « schizophréniformes »

Le tableau clinique ressemble à la schizophrénie, mais s'observe chez des femmes jusque là non repérées comme telles. Le tableau s'installe soit de façon brutale et précoce sous forme de décompensation psychotique aigue ou d'épisodes de schizophrénie dysthymique, soit de façon plus progressive sous une forme dissociative majeure. On observe des barrages, une discordance idéo-affective, des bizarreries du comportement, et une attitude de repli. Ce tableau peut suivre un épisode thymique ou confuso-délirant aigu. L'évolution à long terme est variable : accès isolé, récurrences lors de grossesses ultérieures (20% des cas), évolution vers un trouble bipolaire ou une schizophrénie.

3) Classification CIM-10

Il existe deux possibilités pour coter ces troubles dans la classification CIM-10:

- 1) En utilisant les codes spécifiques suivants : **F53: Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs** : qui apparaissent durant les 6 premières semaines durant l'accouchement et qui ne répondent pas aux critères d'un autre trouble classé ailleurs. *F53.0 : légers: Dépression du post-partum ; F53.1 : sévères: Psychose puerpérale*
- 2) Ou en associant le diagnostique d'un trouble mental spécifique (trouble de l'humeur F30 à 39 ; Troubles psychotiques aigus et transitoires F23 ...) et la catégorie **099.3 : Troubles mentaux et maladie du système nerveux compliquant la puerpéralité.**

B) Conséquences sur la grossesse, les interactions mère-enfant et l'enfant

Tableau 14: La dépression du post-partum et la psychose puerpérale: prévalence et conséquences sociales, sur la grossesse, sur les interactions mère-enfant et sur l'enfant

	Dépression du post-partum	Psychose puerpérale
Prévalence	- Prévalence élevée: environ 10 à 15% (varie de 5 à 20% suivant les études) des mères ayant accouché dans l'année. (193) (194)	- Grandes variations fonction des études. Environ 1 à 2/1000 accouchements (195), quelles que soient les populations et leurs cultures. (196)
Conséquences sociales	- Isolement social - Aspects socioprofessionnels : plus identifiés comme des facteurs de risque ou potentialisateurs des troubles des interactions que comme des conséquences)	- Conflits intrafamiliaux, isolement - Retentissement social et professionnel
Conséquences sur les interactions	Risque général - Risque accru de maltraitance ou de négligence - Risque auto-agressif	<u>RISQUE AIGU++, URGENCE</u>
	Gestion émotionnelle de la mère - Moins d'affects positifs dans une étude de 1989 (198), non confirmé dans l'étude de 1990. (199) - 4 fois plus d'affects négatifs. (199)	- Risque de SUICIDE MATERNEL : 5% à court ou long terme
	Sensibilité et compétences maternelles - Moins de comportements positifs et plus de comportements négatifs, attention moins soutenue, plus d'irritabilité. (199) - Altération de la communication interpersonnelle : fréquence de l'adresse verbale, qualité de la voix (200), contact œil à œil (201). - Différents styles interactifs possibles : « intrusives », « désengagées », parfois « normaux ». (198) - A 19 mois : interactions de moins bonne qualité si DPP même si pas de dépression actuelle, surtout si difficultés de couple persistantes. (202) - A noter : rôle de l'environnement social : globalement meilleurs interactions s'il est bon. (203) (204) - A noter aussi : influence du comportement interactif du nourrisson sur la qualité de l'engagement maternel (205)	- Risque d' INFANTICIDE : 4%. (197) Risque accru si : - Délire centré sur le bébé - Eléments confusionnels ou dissociatifs - Labilité thymique, Idées suicidaires (Risque chronique <u>si</u> le tableau ne régresse pas: cf tableau sur la schizophrénie)
	Gestion émotionnelle du bébé - Effet désorganisateur du visage immobile de la mère avec d'abord tentative d'induire l'interaction visuelle puis désorganisation et retrait relationnel (Tronick, 1978)	
Conséquences sur le bébé	Attachement du bébé - Le style interactif déprimé des nourrissons de mères déprimées persisterait même en interaction avec des adultes non déprimés. (206) - Réponse comportementale du bébé fonction du style interactif de la mère : mère intrusive → « regard vague », mère désengagée → protestation, mère positive → réponses positives. (198) - Plus d' attachements insécure (évitant). (207) (208)	
	Développement - Plus de troubles cognitifs modérés à 18 mois en lien avec difficultés attentionnelles. (207)	
	Troubles mentaux <u>Troubles du comportement</u> Plus de troubles du comportement. (209) (207) <u>Performances cognitives</u> Possible diminution des performances cognitives, surtout si adversité sociale associée. (210) (204) (211)	

En conclusion de la partie 3, les difficultés sociales, le trouble de la personnalité borderline, la schizophrénie, les troubles de l'humeur, les addictions à des substances psychoactives, la dépression du post-partum, et la psychose puerpérale peuvent tous conduire à des complications importantes sur la grossesse, les interactions mère-enfant (dont la négligence), et l'enfant. Ces complications peuvent être graves et irréversibles (à court, moyen, et long terme) en l'absence de prise en charge nous faisant évoquer que ces différents troubles sont des facteurs de vulnérabilité à prendre en compte.

PARTIE 4 :
LA VULNERABILITE DANS UNE VISION
PLUS GLOBALE :
LES FAMILLES A PROBLEMES
MULTIPLES

I) Le constat

Ce travail de thèse part d'une hypothèse faite, lors d'une réunion clinique entre les professionnels de l'équipe de psychiatrie périnatale du CHU de Toulouse, qu'il y aurait, en plus d'une augmentation totale du nombre de femmes accouchant à Paule de Viguier, une augmentation du nombre de familles dites « à problèmes multiples », et notamment le constat des deux points suivants :

- des psychopathologies de plus en plus intriquées avec de multiples problèmes dans différents domaines (médical, social, psychologique, psychiatrique, culturel ...) chez une même patiente ou famille.
- ces problèmes multiples seraient eux même de plus en plus sévères.

La deuxième question posée concernait l'adaptation de l'organisation des soins à mettre en place face à ces patientes/familles qui ont un mode de fonctionnement rendant les soins plus complexes et nécessitant un travail de lien plus important.

II) Les familles dites « à problèmes multiples »

A) Description

1) Définition

Plusieurs termes ont été utilisés pour nommer ces familles : « familles à problèmes multiples » (« multi-problem households ») (Mazer, 1972) (212) , « familles atypiques » (Lamour et Barraco, 1995) (38) , « familles sans qualités » (families without qualities) (Diatkine, 1979) (213) , « familles multirisques » (multi-risk-factor families) (Greenspan, 1982) (214) , « familles exclues » (Lebovici), « familles vulnérables » (Sand, 1985) (215)

Malgré une psychopathologie très diverse, ces familles ont été regroupées dans une même entité clinique face à 2 constats :

- La manière dont elles utilisent le système de soin : peu de recours aux soins, méfiance, échappement.
- Et le fait qu'elles présentent toutes une variété de problèmes et difficultés.
Parmi les nombreuses difficultés rencontrées dans ces familles, on retrouve :
- Des difficultés sociales
- Des troubles psychologiques (parfois psychiatriques)
- Des maladies physiques ou des handicaps
- L'appartenance à une minorité ethnique avec des difficultés d'intégration.
- Des difficultés cognitives, et notamment de « coping » en terme de régulation émotionnelle, soins, planifications, jugement.

2) Psychopathologie

Tous les modes de fonctionnement psychiques sont possibles dans ce type de familles :

- registre névrotique
- registre psychotique
- **organisation limite le plus souvent** (mais les états limites peuvent aussi se rencontrer en dehors d'un contexte de carence)

Ce n'est pas du diagnostic exact dont il est question, mais d'une psychopathologie avec un mode de fonctionnement particulier qui leur est commun, et particulièrement à risque pour les enfants puisque qu'on y retrouve un cumul de plusieurs problèmes et difficultés.

Problèmes sociaux

On observe chez ces familles un cumul de problèmes sociaux tels que l'isolement, les difficultés économiques, les problèmes de logement. Les difficultés culturelles peuvent se surajouter aux difficultés sociales. Leur difficulté pour faire appel aux soins participe à cet isolement. (216)

Peu d'alliance envers les soins et difficultés à faire appel aux soins

Ces familles sont souvent méfiantes à l'égard des institutions soignantes avec peu d'alliance envers les soins. Cette méfiance est en lien avec leur vécu, leur psychopathologie, leur difficulté d'attachement. On peut aussi observer chez ces mères des demandes impérieuses avec beaucoup de revendications vis-à-vis des soins. Dans d'autres cas, une demande d'aide est possible, mais, à mesure que le transfert s'amorce, les patientes

reproduisent avec les soignants des aspects de leur propre vécu infantile.

Attaque contre les liens et l'activité de liaison

On observe très souvent dans ces familles des interrelations instables, avec un vécu menaçant de tout lien affectif trop intense. Cette attaque contre les liens et l'activité de liaison traduirait, selon Bion, des fixations très précoces.

Conduites addictives associées :

On observe très souvent chez ces parents des consommations de toxiques associés, qui peuvent aggraver la problématique.

Autres

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

3) Facteurs de vulnérabilité retrouvés dans ces familles

Antécédents de carences précoces chez les mères

On retrouve fréquemment des antécédents de carence précoce et/ou de placement chez l'un des 2 parents.

Trouble de l'attachement

Un trouble de l'attachement est fréquent chez ces mères, notamment de type **anxieux évitant**, et peut aussi expliquer leur comportement d'évitement du système social et du système de soin. La fonction maternelle est profondément perturbée.

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

G. Diatkine (1979) (213) décrit des perturbations de la psychopathologie infantile fréquemment retrouvées dans ces familles : un caractère indifférencié de la relation affective à autrui, une relation à soi marquée par l'autodestruction, une absence d'objet transitionnel, une absence de tentative de créer une formation psychique et des troubles massifs du langage.

B) Conséquences sur les interactions mère-bébé et sur le bébé

1) Les interactions précoces dans ces familles

C'est essentiellement M. Lamour et M. Barraco, qui ont décrit ces interactions (Lamour et Barraco, 1995) (38) :

Mauvais ajustement tonico-postural

On observe souvent une trop grande proximité physique, contrastant avec la pauvreté des interactions visuelles : la mère tient le bébé serré contre elle sans s'ajuster à lui. Ces nourrissons présentent par conséquent une incapacité à investir leur corps avec une atonie et une apathie. Leur enveloppe corporelle n'est pas bien intégrée. De plus, ces mères ont une difficulté à prendre soin de leur propre corps, le malmenant et le dévalorisant, reflet de l'image négative qu'elles en ont.

Discontinuité comportementale

Les interactions comportementales sont souvent chaotiques avec une discontinuité, une alternance entre des phases d'excitation et de retrait, et des passages à l'acte reflet (placement, hospitalisation). Les rythmes temporels sont peu respectés, créant pour l'enfant un sentiment permanent d'insécurité.

Discontinuité affective

Les interactions affectives sont aussi profondément perturbées, sans véritable échange mutuel. Ces mères ont beaucoup de difficultés à être attentives aux émotions de leur bébé, à y donner sens, et à s'y ajuster, entravant l'« accordage affectif ». Il s'agit d'un « monde où les soins se font au grès des impulsions parentales, et non des besoins de l'enfant, plongeant l'enfant dans le chaos » (M. Lamour). Selon M. Lamour et M. Barraco, le peu de différenciation soi-même entraîne une relation fusionnelle entre la mère et son nourrisson. Tout mouvement de séparation et d'individuation de l'enfant est peu tolérable. De plus, ces bébés sont peu investis pour eux-mêmes, ce qui entraîne des carences narcissiques majeures.

Greenspan décrit lui aussi en 1982 du côté des caregivers un mauvais ajustement émotionnel avec leur enfant, avec aux 3 mois de l'enfant, des comportements de surstimulation associés à une distance émotionnelle, une ambivalence affective ; et au 1 an de l'enfant, une difficulté à supporter son autonomisation, ainsi que le fait qu'il puisse être préoccupé, déprimé ou désorganisé. (214)

2) Conséquences sur le bébé

Les conséquences peuvent être multiples, et vont varier aussi en fonction de la psychopathologie de la mère. De manière générale, le bébé se construisant au sein d'interactions très perturbées (alternant entre surinvestissement et manque), va être dans l'incapacité d'anticiper, avec un afflux d'excitation externe et interne.

Conséquences somatiques ou sur le développement psychomoteur.

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

Conséquences affectives et émotionnelles :

Greenspan (1982) décrit un triple risque pour l'enfant : une **mortalité infantile** plus élevée, une **morbidity périnatale** plus élevée, mais aussi une **morbidity infantile** (en terme de développement affectif) plus élevée. Il a observé longitudinalement au Mental Health Study Center, pendant 2 ans, une cohorte de 50 « familles multirisques », présentant les 3 critères suivants : troubles de la relation mère-enfant avec un des enfants aînés, difficultés développementales chez cet enfant aîné, et limitation dans le fonctionnement mental de la mère pouvant être à l'origine du trouble de la relation mère-enfant. Il a ainsi constaté les éléments suivants chez l'enfant :

- Dès le premier mois de vie : baisse des capacités d'orientation, habitude, self contrôle.
- A 3 mois, s'ajoute une labilité émotionnelle, une rigidité musculaire et des dysrégulations dans les rythmes alimentaires et veille/sommeil
- A 9 mois, l'enfant présente de grandes difficultés d'adaptation émotionnelle et comportementale
- A 1 an, apparaissent en plus des comportements stéréotypés et des troubles du comportement (enfant trop compliant, ou au contraire très agressif)

- Enfin, à 2 ans il décrit des difficultés de symbolisation, de perception de la réalité et d'intériorisation des interdits, de contrôle des impulsions, de planification et d'anticipation, et de régulation de ses émotions, comportements, humeurs.

Il a mis en évidence que ces anomalies chez l'enfant étaient directement liées à l'incapacité des « caregiver » à donner des soins de base nécessaires à leur enfant, et que l'accès à une prise en charge adéquate la plus précoce possible peut permettre d'améliorer les compétences maternelles et donc le développement de l'enfant. Il a observé chez les mères présentant des aînés placés et bénéficiant d'une prise en charge précoce et durable, un meilleur ajustement aux soins du bébé à venir, permettant d'éviter un nouveau placement à 2 ans.

Conséquences liées à une éventuelle négligence ou maltraitance.

Il s'agit le plus souvent d' « anorganisations structurales ». (Confère chapitre sur les négligences).

C) Les difficultés rencontrées propres à ces familles

1) Difficultés dans le soin

a) Echappement aux soins

Il s'agit de familles qui échappent très souvent aux soins, ce qui peut s'expliquer par différentes hypothèses et aspects :

- Leur mauvaise alliance envers les soins souvent associée à une méfiance générale et une difficulté à faire confiance.
- La discontinuité retrouvée dans ces familles, avec alternance entre un surinvestissement et au contraire une rupture brutale.
- Les difficultés sociales souvent associées : difficultés liées au transport, à l'accès plus difficile aux structures, à la mauvaise couverture sociale...

b) Clivages institutionnels

Les mode de relation discontinus de ces familles vont les amener à tenir des discours et des attitudes différentes entre les différents intervenant, surinvestissant les uns, rejetant les autres, parfois même pouvant avoir les deux attitudes avec le même intervenant en fonction des périodes. La sur-idéalisation peut amener le professionnel à surinvestir ces familles pensant pouvoir seul les « sauver d'une situation impossible » et se retrouvant donc dans une situation de toute puissance. A l'opposé, lors des moments de rejet, le professionnel peut manifester, face à l'impuissance et au sentiment d'échec que cela engendre, des contre-attitudes importantes avec un profond rejet du sujet.

A cela se surajoute la pluralité des intervenants dans le contexte périnatal, chacun travaillant dans son domaine de compétences : les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes (soucieux du bon déroulement médical de la grossesse), les psychiatres d'adultes et psychologues (soucieux de l'aspect psychologique et psychiatrique de la patiente), les pédopsychiatres (soucieux de l'état psychique du bébé à venir), les assistantes sociales (soucieuses de l'aspect social et environnemental), la PMI (qui s'intéresse particulièrement au suivi somatique du jeune enfant et aux interactions mère-enfant), l'ASE (à l'écoute de la santé mentale du bébé)...

Dans ces espaces là, va se rejouer, comme dans un psychodrame, la problématique

familiale : chacun de ces intervenants est pris dans la psychopathologie de ces familles ce qui peut l'amener à vouloir fonctionner seul, critiquer ses collègues, ou se positionner sur un versant particulier ne prenant pas en cause la globalité de la situation. Ce sont donc des situations particulièrement à risque de clivages institutionnels, nous amenant, si on n'en tient pas compte, à des conflits entre professionnels et à des échecs de prise en charge, pouvant aller jusqu'à des agis intempestifs (répétitions de placements familiaux, ou au contraire déni total des difficultés ...), témoins d'une répétition familiale intergénérationnelle.

Face à ce type de psychopathologie, il s'agit donc de réussir à travailler en équipe, de connaître ses fonctions propres et d'accepter ses limites, de bien répartir les fonctions entre professionnels, et surtout de maintenir une communication efficace par l'intermédiaire d'un travail de lien important et constant (téléphone, courrier, réunions pluridisciplinaires ...) et d'une bonne organisation de soins. Il est aussi essentiel de pouvoir, prendre de la distance relationnelle alors que nous sommes très souvent pris dans un mouvement contre-transférentiel important, accentué par l'immédiateté éprouvée. Cette distance ne peut se prendre que par le biais d'une intervention pluridisciplinaire, d'une bonne communication, et de l'intervention de professionnels ayant un regard extérieur (supervisions).

Dans sa conférence faite lors de la journée toulousaine du SUPEA à Toulouse le 10 juin 2014, M. Lamour a insisté sur la nécessité, face à ces familles de pouvoir, à travers des rencontres interprofessionnelles et un travail de supervision, travailler les 3 points suivants :

- 1) *Connaître et reconnaître cette souffrance au travail*
 - *au niveau individuel : repérer les sentiments de culpabilité, disqualification...*
 - *au niveau collectif : repérer les signes de souffrance de l'institution : arrêts de travail, burn-out, conflits entre professionnels ...*
- 2) *Permettre aux professionnels d'éprouver cette souffrance et de lui donner un sens, afin de penser l'impensable*
- 3) *Permettre un travail de différenciation et de réappropriation de ces ressentis par rapport à la famille*

2) Difficultés concernant leur repérage

a) Repérage à partir des données sociales ou statistiques

Il n'existe pas à l'heure actuelle d'enquêtes ou d'outils qui pourraient nous permettre d'évaluer précisément et de manière exhaustive, le nombre de mères cumulant de graves difficultés d'ordre social ou médical. Les organismes sociaux et les organismes de statistiques (Commission Régionale des Naissances, Observatoire Régionale de la Santé, Caisses d'allocations Familiales..) ne sont pas en mesure de fournir des données précises de ce type.

Il existe certains dispositifs permettant le repérage des risques médicaux-psycho-sociaux : le dossier médical réalisé par l'équipe obstétricale, les services de PMI, les avis de grossesse, les permanences de sages-femmes de PMI, les services de secteur, les certificats du huitième jour... Cependant, ces dispositifs ont leur limite : ils vont permettre d'identifier des signes d'alarmes avec pour objectif de sensibiliser les équipes, mais peuvent apparaître stigmatisants ou peu opérationnels s'ils ne sont pas intégrés dans une démarche de prise en

charge globale de la femme enceinte, et ne peuvent nous permettre de quantifier précisément le nombre de familles « à problèmes multiples ».

Enfin, on observe qu'il est très difficile d'obtenir des informations fiables dans le domaine de la précarité : ces femmes, marginalisées, sont souvent inconnues des services sociaux, et il est donc difficile de les recenser. Les travaux du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) ont montré que les sources statistiques habituelles se révèlent moins adaptées face aux problèmes de pauvreté et de précarité. Enquêter auprès des personnes marginalisées est particulièrement difficile, et les études s'intéressent en outre moins aux femmes en situation de précarité, du fait qu'elles semblent être moins nombreuses.

b) Repérage à partir des données médicales

Nous avons déjà abordé dans la partie précédente comment les diagnostics sont recueillis (Programme de Médicalisation de Systèmes d'Information (PMSI), Relevé d'Information Médicale Psychiatrique (RIM-Psy) et Classification CIM10. Cependant, même si ce système fonctionne relativement bien dans le cadre des pathologies somatiques, il semble plus difficile qu'il en soit de même pour les troubles psychiques où il n'y a souvent pas qu'un seul trouble, mais une intrication de plusieurs problématiques psychiatriques, somatiques, sociales, environnementales. En voici quelques causes possibles :

- 1) En pratique, il est parfois difficile de faire apparaître, dans nos simples cotations, et ce malgré les diagnostics associés, la complexité d'une situation donnée, qui pourtant conditionnera la complexité de la prise en charge et donc des moyens nécessaires.
- 2) De plus, très souvent, les cotateurs (médecins ou autre), ne cotent que 1 seul diagnostic, sans coter les diagnostics associés.
- 3) Enfin, le diagnostic codé, n'est pas toujours le réel diagnostic de la patiente et peut être fonction de la sensibilisation du cotateur à certains diagnostics.

Ainsi, une patiente peut être codée « trouble bipolaire » alors qu'elle a un « trouble de la personnalité borderline », ou bien, deux patientes peuvent être cotées « schizophrénie » alors que l'une a un entourage étayant et des symptômes relativement contrôlables, et l'autre est isolée, sans activité professionnelle, sans conjoint, en situation irrégulière, sans logement, avec des antécédents de négligence, une symptomatologie délirante et dissociative majeure et aucune alliance envers les soins. Pour ces deux patientes, qui ont pourtant le même diagnostic, la prise en charge ne sera pas la même. Nous comprenons donc la difficulté à utiliser cet outil pour ce type de patientes qui, en plus des éléments précédemment cités, peuvent s'inscrire dans plusieurs diagnostics psychiatriques différents, et présentent une conjoncture de multiples problématiques pas souvent bien rapportées, et ce, à fortiori dans un contexte de périnatalité, où il ne s'agit pas seulement de la patiente, mais aussi de son enfant avec son propre tempérament, ses propres affections et difficultés, sa propre complexité.

Ainsi, nous voyons à travers ce chapitre que les familles à problèmes multiples cumulent difficultés sociales, médicales, émotionnelles, psychologiques, ce qui peut engendrer de graves conséquences sur la relation mère-enfant et sur l'enfant. Ces familles sont difficiles à repérer puisqu'elles ne codent pas un diagnostic en particulier. De plus, ces familles sont particulièrement difficiles à prendre en charge de par leur psychopathologie et leur adhésion difficile aux soins.

III) Quelques illustrations cliniques

A) Cas d'une patiente schizophrène : Mme D.

Mme D. a 28 ans. Elle est adressée à Paule de Viguier par l'hôpital Gérard Marchant (psychiatrie, Toulouse), pour une demande d'IMG pour raisons psychiatriques maternelles (schizophrénie dysthymique). Elle est alors enceinte de 18 SA.

Elle avait RDV 3 semaines avant pour une interruption volontaire de grossesse, mais n'a pas pu y aller car elle a été hospitalisée du fait d'une décompensation maniaque.

Antécédents personnels:

- Mme D. est diagnostiquée « schizophrénie dysthymique » et est suivie par un psychiatre du CMP de son secteur. (traitement : olanzapine)
- Elle a été hospitalisée pour la première fois après le décès de son père du fait d'hallucinations auditivo-visuelles, d'insomnies et d'un amaigrissement de 10 kg ; et a par la suite décompensé de nombreuses fois le plus souvent sur le mode thymique et avec des mises en danger (alcoolisations massives ...)
- Elle n'a pas d'enfant, a déjà fait une interruption volontaire de grossesse et une fausse couche spontanée il y a 6 mois (grossesse désirée).

Consommation de toxiques:

- Cannabis: depuis l'âge de 17 ans
- Subutex: pendant un an, entre 25 et 26 ans
- Consommations d'alcool occasionnelles mais qui peuvent être massives

Ces comorbidités sont souvent en lien avec les décompensations.

Antécédents familiaux:

- Sa mère et sa grand-mère maternelle présentent des troubles psychotiques et thymiques
- Son grand-père maternel a été diagnostiqué « trouble bipolaire » avec des épisodes de manie délirante. Il est décédé d'une leucémie.
- Son grand père paternel est diabétique et a déjà été hospitalisé en psychiatrie

Biographie:

Mme D a été reconnue par son père à l'âge de 4 ans. Son père est marocain. Il a été expulsé de France deux ans plus tard (revenu depuis à Toulouse). Elle a été placée en foyer dès l'âge de 6 ans et a vécu dans 3 foyers différents entre 6 et 12 ans. A 12 ans, elle a fugué pour retourner vivre chez sa mère dans des conditions de squat et de déscolarisation. Elle a quitté l'école en 3^{ème}, sans obtenir le BEPC. De l'âge de 13 ans à l'âge de 16 ans, elle a quitté sa mère pour aller vivre chez ses grands-parents. Quand elle a eu 16 ans, son père est décédé d'un problème cardiaque. Elle a vécu par la suite chez une personne rencontrée en psychiatrie pendant quelques mois, puis a rencontré son ami. Elle a travaillé en intérim, puis a bénéficié d'une pré-orientation par la DRAR, envoyée par mission locale.

Histoire récente de la patiente:

Mme D. présente une instabilité de vie habituelle. Elle est en couple depuis quelques mois et est tombée enceinte avec l'intention secondaire de faire une interruption volontaire de grossesse. Elle est par ailleurs, depuis quelques mois aussi, en rupture de traitement avec une recrudescence des consommations de cannabis.

Au mois d'avril, elle a fait une décompensation maniaque avec de nombreuses mises en danger (relations sociales, perte de l'appartement sur détérioration matérielles ...) et a été hospitalisée en psychiatrie en Admission en Soins Psychiatrique à la Demande d'un Tiers, sans pouvoir se rendre à son rendez-vous pour l'interruption de grossesse.

Actuellement:

- Mme D. est toujours hospitalisée en psychiatrie avec une légère amélioration clinique.
- Elle n'a plus de logement depuis le mois d'avril
- Le père du bébé serait violent. Il est d'origine tunisienne, actuellement en Suisse demandeur d'asile. Mme D. a pour projet de vivre avec lui
- Mme D. ne travaille pas. Elle est sous curatelle et touche l'AAH
- Elle est connue par la maison de solidarité (Sage-femme PMI+ puéricultrice)

Premiers contacts avec notre équipe.

Nous la voyons pour la première fois en janvier, accompagnée par une infirmière de psychiatrie, puis 7 jours plus tard en présence d'un gynécologue dans le cadre d'un avis concernant une interruption médicale de grossesse demandée par la patiente pour raisons psychiatriques maternelles, à 18 SA. La symptomatologie observée lors de ces consultations est une dissociation au premier plan avec un émoussement affectif et un apragmatisme important. Il n'y a plus de symptômes maniaques. L'interruption ne sera pas décidée, la patiente ayant changé d'avis entre les deux rendez-vous, sous l'influence de son compagnon.

Réunion de synthèse à l'hôpital psychiatrique fin février.

Devant le contexte, nous nous réunissons fin février afin de faire le point. La conclusion est la suivante :

- D'un point de vue psychiatrique, l'état psychique de Mme D. est en cours d'amélioration, mais les décompensations sont fréquentes, et il existe une comorbidité addictive importante.
- La famille est très peu étayante, et présente elle aussi d'importants troubles psychiatriques.
- Il existe donc un risque de négligence et de discontinuité important et les deux orientations possibles nous paraissent être soit l'admission en unité mère-enfant, soit le placement du bébé.

Les consultations suivantes (avant l'accouchement) :

Lors de ces consultations, la dissociation reste au premier plan, ainsi que l'émoussement affectif, le ralentissement psychomoteur et l'apragmatisme.

La patiente est toujours hospitalisée en psychiatrie et bénéficie de quelques permissions pour se rendre chez sa mère avec la sage-femme de PMI.

Il est possible d'aborder avec elle ses troubles et ses angoisses, de lui faire part de nos préoccupations quant au bébé à venir, et d'aborder la prise en charge après l'accouchement. Cependant, celle-ci présente une ambivalence affective importante++ ne pouvant se

positionner sur un devenir précis : d'un côté ne s'opposant pas formellement au placement de son bébé devant des prises de conscience de ses troubles, et de l'autre ne pouvant l'envisager et préférant donc se positionner sur une unité mère-enfant.

Nous partons donc sur le projet de l'unité mère-enfant à Bordeaux.

Nous n'avons pas pu rencontrer le père de l'enfant puisque celui-ci est toujours en Suisse.

A l'accouchement

Mme D accouche en juin, sans modification de son état psychique (dissociation affective). L'accouchement s'est bien passé. Il s'agit d'une fille, en bonne santé. Suite à l'accouchement, le père de l'enfant est revenu sur Toulouse et fait part de son souhait de reconnaître l'enfant et demande à nous rencontrer. Nous repons le cadre : hospitalisation longue (10 jours) avec évaluation clinique de la patiente et observation des interactions mère(-père)-bébé et des éventuels signes de carence de soin.

Pendant la période d'observation :

Lors de la période d'observation, Mme D. reste stable d'un point de vue psychiatrique avec un léger ralentissement psychomoteur et un émoussement affectif.

Nous rencontrons le père de l'enfant dont la situation sur le plan social nous apparaît précaire. Ce dernier est en situation irrégulière, actuellement hébergé chez un cousin et ne travaille pas.

Les interactions mère-enfant confirment l'existence d'une discontinuité: Mme D. investit bien sa fille, mais cependant reste en grande difficulté pour s'occuper d'elle au quotidien sur le plan relationnel, avec un mauvais ajustement tonico-moteur, des difficultés à se représenter les émotions de son bébé, et un visage peu expressif. De plus, les soins primaires ne peuvent s'ancrer dans une continuité : Mme D. fatigue vite et a besoin d'être très encadrée. Sa fille dort avec les sages-femmes la nuit.

Au niveau social, Mme D. a pour projet de retourner vivre chez sa mère, elle-même atteinte d'une pathologie psychiatrique lourde. Ce projet ne peut pas être compris comme un facteur de stabilité mais au contraire comme un facteur déstabilisant dans un contexte familial extrêmement pathologique et envahi par les troubles psychotiques et des relations indistanciées entre les différents membres de la famille.

Nous ne repérons pas d'environnement familial ni amical fiable.

Concernant le devenir de sa fille, Mme D. change finalement d'avis pour demander douloureusement qu'elle soit placée, plutôt qu'une admission en unité mère-enfant.

Prise en charge mise en place :

- Un signalement judiciaire est fait (préféré à un accueil provisoire du fait de l'ambivalence et de l'imprévisibilité maternelle), aboutissant à un placement du bébé en pouponnière (ordonnance de placement provisoire).
- Mme D. retourne vivre chez sa mère
- Reprise du suivi psychiatrique de secteur
- Mise en place de visites médiatisées avec le bébé
- Poursuite du suivi par notre équipe en consultation.

Résumé de la situation du cas clinique de Mme D. :

Facteurs de vulnérabilité de négligence retrouvés dans ce cas clinique :

- Pathologie psychiatrique chez la mère, décompensée et avec des décompensations fréquentes++
- Comorbidités addictives associées
- Antécédent de placement chez la patiente et parcours de vie chaotique
- Pas d'entourage familial ou amical étayant et troubles psychiatriques dans la famille. Organisation familiale pathologique
- Père de l'enfant en situation irrégulière, sans logement et sans travail
- Problématiques sociales : perte du logement, RSA+AAH
- Peu de conscience des difficultés
- Alliance envers les soins correcte mais grande ambivalence affective
- Compétences maternelles altérées
- Difficultés à interpréter les signaux du bébé
- Discontinuité dans la relation mère-enfant

Prise en charge mise en place :

- Prise en charge pluridisciplinaire, réunion de synthèse avec la psychiatrie adulte et la maison de solidarité
- Un signalement judiciaire a été fait, aboutissant à un placement du bébé en pouponnière (ordonnance de placement provisoire).
- Mme D. est retournée vivre chez sa mère
- Reprise du suivi psychiatrique de secteur
- Mise en place de visites médiatisées avec le bébé
- Poursuite du suivi par notre équipe en consultation.

Cette prise en charge a permis un vécu moins douloureux du placement puisqu'il a été travaillé en amont, même si un placement ne peut être que douloureux.

Questions que nous nous sommes posées :

- Unité mère-enfant ou placement, que faire face à l'ambivalence maternelle ?
- Comment respecter au mieux la sécurité et l'intégrité psychique du bébé tout en prenant soin de la mère? Comment amener Mme D. à vivre moins douloureusement ce placement ? Ce placement est-il la meilleure solution ?
- Cette fois-ci, ce n'est pas la question de l'existence d'une structure adaptée à recevoir une dyade mère-bébé qui s'est posée mais plus un questionnement éthique. Il nous faut cependant préciser que c'est une unité mère-enfant à Bordeaux qui était envisagée, ce type de structure n'existant pas en Haute-Garonne. Pour cette situation, sans ce type de structure, il n'y a pas d'autre alternative qu'un placement. Des interventions ponctuelles (même fréquentes) ou un foyer maternel ne seraient pas suffisants. Actuellement, de plus, en Haute Garonne, les placements séquentiels ou à temps partiels (qui pourraient être une autre alternative) ne peuvent se mettre en place en pratique.

B) Cas d'une patiente présentant un trouble de la personnalité: Mme S.

Nous rencontrons pour la première fois Mme S., 45 ans, en juin, alors qu'elle est enceinte de 6 mois.

Elle est adressée par le pédopsychiatre de la structure associative « Le Fil (d'Ariane)» qui suivait alors sa fille cadette (2,5ans) depuis maintenant 6 mois. Elle lui avait été adressée par la PMI pour accompagner le lien mère-enfant et devant un retard de langage de la fille.

Contexte et histoire de vie

Nous apprenons que Mme S. a déjà 4 enfants, dont 3 ayant été placés.

Elle a eu les 2 aînés avec un premier père et ceux-ci ont été placés malgré un accueil initial en centre maternel. La relation avec cet homme était conflictuelle. La fille aînée a maintenant 24 ans, elle a elle-même un enfant placé de 3 ans, et elle ne travaille pas. Le fils aîné a 21 ans, vit avec sa copine et fait un BTS.

Mme S. a ensuite eu une 3^{ème} fille avec un 2^{ème} père. La relation avec cette homme était elle aussi décrite comme conflictuelle.

Puis Mme S s'est mise en couple avec son compagnon actuel et sa 3^{ème} fille a porté plainte contre lui alléguant des attouchements sexuels sur elle. Mr n'a pas été incarcéré, mais a été condamné à une interdiction d'approcher le domicile de la fille.

Mme S. a par la suite eu, avec ce même homme, sa 4^{ème} fille, qui a maintenant 2,5 ans. A noter que sa naissance coïncide avec le décès de la grand-mère de Mme S.

Mme S. vit actuellement avec la cadette et le père de celle-ci. Mr a toujours une interdiction d'approcher la fille aînée, et la mesure sera par la suite étendue à la cadette. La cadette bénéficie actuellement d'un suivi PMI et ASE avec une mesure AEMO en cours devant de conflits conjugaux envahissants. Cependant ces services se questionnent sur un placement de l'enfant. Ils nous décrivent des relations extrêmement pathologiques dans le couple. La fillette va à la crèche tous les jours de la semaine sauf le vendredi ou elle va au Fil d'Ariane.

Durant son enfance, Mme S. a été placée dès l'âge de 18 mois chez ses grands-parents paternels. Elle a vécu de l'âge de 18 mois à l'âge de 11 ans chez sa grand-mère, puis de 11 ans à 16 ans chez son père et sa belle-mère. Elle a été placée en foyer (CDEF) à 16 ans suite à des « violences physiques ». Son père et sa grand-mère paternelle sont actuellement décédés. Mme S. nous dit de sa mère qu'elle est « folle furieuse » (rapporte des comportements violents, des consommations d'alcool, et des hospitalisations en psychiatrie). Celle-ci vit actuellement à Marseille. Mme S. n'a plus de contacts avec sa mère depuis qu'elle a 4 ans (elle l'a revu une fois à l'âge de 21 ans mais n'a pas donné suite). Mme S. n'a pas connu ses grands-parents maternels.

Au niveau professionnel, Mme S a travaillé pendant 16 ans, relativement bien intégrée dans la société. Elle ne travaille plus depuis la naissance de sa fille cadette et touche actuellement environ 700 euros/mois d'allocations.

Mme S. n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie. Elle a déjà eu un suivi psychiatrique mais celui-ci a été arrêté.

Concernant la grossesse actuelle : Mme S. est enceinte de 6 mois lorsque nous la voyons pour la première fois. Les gynécologues suspectent une trisomie 21 chez le bébé

(risque 1/15 d'après les marqueurs biologiques), mais Mme S. a refusé l'amniocentèse disant que quoiqu'il arrive elle souhaite garder le bébé. Il n'y a pas de complication médicale de la grossesse mais elle se dit très fatiguée.

Intervenants auprès de Mme S. :

- PMI : Sage-femme+ médecin + puéricultrice
- Assistante sociale de la MDS
- ASE : référente ASE pour la fille cadette
- Juge des enfants : Mesure d'AEMO en cours pour la fille cadette
- Juge pour les allégations concernant monsieur
- « Le Fil (d'Ariane)» pour la fille cadette : psychiatre + IDE
- Equipe périnatalité: pédopsychiatre + assistante sociale
- Gynécologues

Au moment où elle nous est adressée, un projet pour une admission en centre maternel est en cours, avec accord du Conseil Général, mais il faut un centre maternel qui accepte de prendre aussi l'aînée de 2,5 ans et qui ait la place disponible.

Suivi pendant la grossesse :

Nous la rencontrons 2 fois avant l'accouchement. Elle accepte de nous voir disant être « déprimée » à cause des événements contextuels et avoir « besoin d'aide ». Elle se plaint de son compagnon actuel le qualifiant de « violent et dangereux » pour elle et ses enfants.

Lors des deux entretiens, nous ne notons pas d'authentique syndrome dépressif. Il n'y a pas de franche tristesse de l'humeur, pas d'anhédonie, pas de ralentissement psychomoteur, pas de trouble du sommeil ni de l'appétit.

Nous ne relevons pas non plus d'arguments en faveur d'un trouble psychotique : il n'y a pas d'élément délirant, le contact est bon, et nous ne notons pas de franche dissociation.

Très vite, notre hypothèse clinique va se pencher vers un trouble de la personnalité borderline. Mme S. a un passé de vie carencé, marqué par des relations instables, des violences et un manque de cadre. Les entretiens sont dominés par les multiples contradictions de Mme S. qui se plaint de Mr mais est incapable de le quitter lui prétextant de multiples excuses non fondées. Elle dit s'être « battue » pour obtenir une interdiction de Mr d'approcher la fille cadette, et pourtant nous apprendrons par la suite que malgré cette interdiction, Mr était très souvent au domicile. Elle nous demande de l'aide et nous relate avoir peur, mais nous nous retrouvons de façon systématique impuissants puisque les mesures proposées sont difficile à appliquer pour Mme S. Elle présente des difficultés à maintenir de façon stable ce qu'elle met en place, ainsi qu'à s'organiser dans le temps et dans l'espace. Elle peut se sentir très vite envahie par les événements avec une tendance à se disperser.

D'un point de vue social (elle a vu l'assistante sociale de l'équipe plusieurs fois), le logement est stable mais avec des allers-venues de Monsieur. Mme S. ne travaille pas mais a pour projet de trouver un travail plus adapté pour elle avec une demande de reconnaissance de travailleur handicapé. Elle dit réussir à assurer les besoins quotidiens avec les 700 euros par mois qu'elle touche.

Dans les 2 entretiens, la fille cadette est présente, ce qui nous permet d'évaluer sa façon d'être en relation avec ses enfants. Globalement : les préoccupations primaires sont bien présentes. Elle répond à sa fille lorsqu'elle lui pose des questions en la regardant dans les

yeux, s'assure que celle-ci ne manque de rien, et fait beaucoup d'efforts. Cependant, il nous apparaît que la bonne distance relationnelle n'est pas toujours respectée : Mme S. nous parle de tout devant sa fille, y compris ses problématiques de couple et certains éléments dont il nous semble qu'un enfant pourrait être épargné. Elle lui parle comme à une adulte avec des termes d'adulte. Sa fille, elle, s'agite beaucoup pendant l'entretien, à la recherche de l'attention de sa mère. Elle présente effectivement un retard de langage. Mme S. banalise ces difficultés de langage.

Concernant la grossesse : Mme S. l'investit bien. Elle parle du bébé comme une personne à part entière et arrive à se le représenter. La chambre est prête, mais dans un appartement encore très désordonné. Nous sommes frappés par le peu de préoccupation que Mme S. accorde au potentiel diagnostic de trisomie 21 chez son bébé.

Globalement, le discours de Mme S. reste centré sur sa problématique conjugale actuelle, marqué par sa propre ambivalence et sa difficulté à mettre à distance Mr, ainsi que sa tendance à s'éparpiller. Ceci nous questionne sur sa capacité à protéger ses enfants. Ce sujet a été abordé avec elle et nous lui faisons part qu'il n'est pas envisageable pour nous qu'elle retourne dans son appartement en présence de Mr. Mme S. accepte le foyer maternel mais elle est en attente d'une place.

A l'accouchement :

Mme S accouche fin juillet, 1 mois avant le terme. L'accouchement s'est bien passé, et il s'agit d'une petite fille. Elle l'allait. Monsieur est présent le jour de l'accouchement, et malgré nos recommandations, Mme S. a refusé le statut d'identité protégée et l'a laissé rentrer dans la chambre pour voir sa fille (il n'y a pas d'interdiction pour Monsieur d'approcher sa dernière fille en cours). Il n'y a pas eu de conflits mais cette attitude de Mme nous interpelle. Mme S. a beaucoup de visites (ses filles aînées essentiellement) l'après-midi de l'accouchement. Une ambiance d'excitation règne dans la chambre et Mme S. ne se dit pas fatiguée. Les soins primaires sont adaptés. Il n'y a toujours pas de place en foyer maternel.

Nous reposons avec elle l'indication de 10 jours d'hospitalisation avec observation des interactions mère-enfant.

Durant les 10 jours d'observation :

Durant ces 10 jours, Mme S. investi très bien son bébé, et ce malgré le diagnostic confirmé de trisomie 21. Elle pose des questions adaptées et les soins primaires sont eux aussi adaptés, et ajustés aux particularités cliniques de la trisomie 21.

Bébé tête bien et dort bien. Elle semble à l'aise dans les bras de sa mère.

Mme S. est euthymique et ne manifeste pas d'angoisse particulière.

La fille cadette est chez la sœur de Mme S., et Mme S. nous fait part de son projet d'aller chez celle-ci le temps qu'il y ait une place en centre maternel.

Les plaintes conjugales restent au centre du discours et pourtant les sages-femmes nous font part que Monsieur passe de temps en temps voir sa fille. Il va partir 1 mois au Maroc ce qui nous rassure temporairement.

Nous réaffirmons à Mme S. que nous ne pourrions cautionner le fait qu'elle retourne dans son appartement en présence de Monsieur.

Réunion de synthèse à J 10 (équipe de psychiatrie périnatale, assistante sociale de secteur, puéricultrice et médecin de PMI, éducatrice AEMO de la cadette)

Devant les soins primaires adaptés, il n'y aura pas de placement demandé dès la sortie de la maternité.

Cependant, il persiste une double inquiétude :

- A court terme : la capacité de Mme S à protéger ses enfants de Monsieur
- Et à moyen et long terme: son mode d'interaction et de fonctionnement général avec ses enfants

Concernant la première inquiétude, nous sommes tous d'accord pour dire que si Mme retourne chez elle avec Mr, nous signalerons une situation d'enfant en danger.

Pour la deuxième, nous nous questionnons sur l'intérêt de travailler un placement précoce du bébé même si le centre maternel peut être une solution transitoire.

Nous constatons tout de même que Mme S. peut avoir un mode relationnel nettement meilleur avec ses enfants lorsqu'elle est dans un milieu contenant ou bien encadrée.

En attente d'une place en centre maternel, Mme S. ira vivre chez sa sœur avec ses deux dernières filles.

Après la sortie de la maternité

Nous la revoyons en entretien 3 semaines après la sortie de la maternité.

Mme S. est retournée à son domicile depuis 10 jours, mais Monsieur n'est pas là. Il est encore au Maroc. Il n'y a toujours pas de place en centre maternel.

Les interactions avec sa fille qui a maintenant un mois sont bonnes. Mme S. se préoccupe pour elle, répond de manière adaptée à ses pleurs, la regarde avec amour, se renseigne sur ce qu'est la trisomie 21 et essaie de s'ajuster au mieux. Elle paraît plus posée, plus calme. L'allaitement se passe bien. La petite prend bien du poids, accroche bien le regard, dort bien et semble confortable dans ses bras de sa mère.

Mme S. nous affirme qu'elle ne laissera pas Monsieur revenir chez elle. La mesure d'interdiction d'approcher de Monsieur a été étendue à la petite dernière et Mme S. a enfin fait changer les serrures de son appartement. Nous restons cependant en alerte face à son fonctionnement paradoxal.

Retournement de situation au mois de septembre.

Alors que nous devons revoir Mme S en septembre, on nous informe que celle-ci est en pédiatrie avec sa fille, qui a maintenant 1,5 mois. Elle a consulté aux urgences pédiatriques de manière appropriée devant une perte de poids de sa fille malgré l'application des conseils donnés par le médecin. Celle-ci avait effectivement des difficultés digestives en lien avec la trisomie 21 sans facteur de gravité. Les pédiatres l'ont gardée hospitalisée pour la réalimenter quelques jours.

C'est l'assistante sociale du service de pédiatrie qui nous interpelle car Mr s'est présenté aux urgences, alcoolisé avec une hache à la main (confirmé par des témoins). Il a immédiatement été interpellé par la police et serait actuellement hospitalisé sous contrainte en psychiatrie. Mme S. n'était pas présente dans la salle en question lors du passage de Monsieur.

Lors de l'entretien avec Mme S., celle-ci nous fait part de son inquiétude sur ce qui s'est passé. Nous lui proposons un placement séquentiel du bébé qu'elle refuse.

Nous l'informons de l'envoi d'un signalement au procureur de la république devant la gravité de la situation.

Suite à notre signalement, le juge demande une enquête sociale à la cellule enfance en danger, et la référente ASE demande une réunion au siège du conseil général avec les différents intervenants afin de faire le point sur la situation.

Participants à la réunion (en octobre) :

- L'équipe périnatalité : interne + assistante sociale
- La PMI : puéricultrice + médecin
- L'assistante sociale de secteur
- La référente ASE
- L'éducatrice et la responsable AEMO
- La psychologue nommée pour l'enquête sociale

Les questions posées :

- Admission en centre maternel ou placement d'urgence ?
- Si admission en centre maternel, quel est le projet : permettre un étayage de la relation mère enfant avec des possibilités d'évolution positive dans le mode relationnel général de Mme S., ou travailler un placement ?

Conclusions de la réunion :

- Beaucoup d'intervenants autour de Mme S. qui ont des difficultés à se coordonner. Psychopathologie de Mme S. amenant des clivages entre les intervenants qui oscillent entre une trop forte adhésion au discours de Mme S. avec une empathie démesurée, ou des contres attitudes les faisant opter plutôt pour un placement. Globalement, la psychopathologie de Mme S. nous empêche de penser et de prendre du recul et plus les intervenant interviennent à proximité de Mme S, plus ils ont des difficultés à se positionner sur un éloignement de l'enfant.
- Les points positifs :
 - Mme S. fait des d'efforts, honore les rendez-vous, et adhère à nos propos.
 - Les soins primaires sont adaptés.
 - Nous sommes tous d'accord pour dire que Mme S. est mieux organisée et moins dispersée lorsqu'elle est dans un milieu contenant.
- Les points négatifs :
 - l'histoire de vie et la biographie de Mme S qui nous emmène au constat que les évènements se répètent, et ce malgré des mesures de prise en charge.
 - Le manque de distance relationnelle de Mme S. qui peut aborder n'importe quel sujet devant ces enfants, y compris sa sexualité.
 - Et surtout la grande ambivalence de Mme S. qui l'amène à une incapacité à se protéger et à protéger ses enfants.
- Devant la gravité des points négatifs, un placement de sa dernière fille semble nécessaire afin de préserver son intégrité psychique au mieux.
- Par contre, ce placement doit être travaillé.
- Ainsi, l'admission en centre maternel reste la première indication, mais avec un objectif final de travailler un placement plutôt que d'essayer de faire évoluer le fonctionnement de Mme S.

Par la suite

Mme S. a intégré le centre maternel. Depuis l'intégration, elle n'a pas eu de nouvelle de Mr malgré sa sortie d'hospitalisation.

De notre côté, nous mettons fin à la prise en charge par l'équipe de psychiatrie périnatale, et faisons un relai au CAMSP, dont la prise en charge pluridisciplinaire nous paraît adapté pour un enfant qui a une trisomie 21.

Par ailleurs, le suivi par L'ASE et la PMI se poursuit.

Résumé de la situation du cas clinique de Mme S. :

Facteurs de vulnérabilité de négligence retrouvés dans ce cas clinique :

- Trouble de la personnalité chez la mère (Mme S)
- Antécédent de placement chez la mère (Mme S) pendant l'enfance
- Trouble psychiatrique chez sa propre mère et alcoolisme chez son père
- Déjà 3 enfants placés, la 4^{ème} a une AEMO et des légers troubles du développement. Contextes de violences qui se répètent
- Père de l'enfant actuel présentant des antécédents de violences (+ allégations attouchements sexuels sur l'enfant aînée), des consommations de toxiques et un trouble psychiatrique
- Ambivalence de Mme S, difficulté à protéger ses enfants
- Pas de filtre émotionnel en présence des enfants (propos, comportement)
- Tendance à se disperser

Prise en charge mise en place :

- Centre maternel. Travail d'un placement
- Multiplicité des intervenants : Fil d'Ariane pour l'aînée, PMI (puéricultrice et médecin), assistante sociale de secteur, ASE, procureur de la république, équipe périnatalité (justice et psychiatrie adulte pour Monsieur)
- Accompagnement au domicile : AEMO et puéricultrice PMI
- Réunions de synthèse et travail de lien++
- Consultations régulières

Questions que nous nous sommes posées :

- Question du placement dès la naissance du futur bébé ?
- Que peut apporter le centre maternel ?

C) Cas d'une patiente présentant une déficience intellectuelle : Mme C.

Mme C a 29 ans. Elle a été adressée à l'équipe par un psychiatre de secteur du CHS Gérard Marchant (Toulouse), devant une grossesse chez une patiente présentant un retard mental léger sans élément psychopathologique associé.

Antécédents :

Au niveau obstétrical, elle a un antécédent d'interruption volontaire de grossesse en 2002 (IVG demandée par sa mère).

La grossesse actuelle n'était pas désirée avec un refus initial de son compagnon de garder l'enfant. Il avait ensuite changé d'avis devant l'insistance de Mme.

Mme C. est née grande prématurée. Elle a présenté un retard psychomoteur avec un parcours en IMpro puis en ESAT.

Elle a pour antécédent psychiatrique 1 hospitalisation de 3 semaines en psychiatrie l'an dernier devant un épisode dépressif. Elle est suivie par un psychiatre de secteur, adressée par l'AS du SAVS (Service d'accompagnement à la Vie Sociale).

Sa propre mère a un antécédent de dépression.

Histoire de vie

Mme C est en couple depuis 4 ans. Ils se sont rencontrés en ESAT.

Elle travaille actuellement en ESAT dans une blanchisserie (aimerait travailler avec les animaux), mais n'y va plus depuis qu'elle est enceinte. Elle est sous curatelle.

Mr, lui, a 40 ans, il travaille en atelier protégé. Il a été placé en foyer de l'âge de 6 à 16 ans sur ordre du juge des enfants après un 1^{er} temps de garde chez les grands parents maternels.

Les 2 membres du couple touchent l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

Mme a un appartement sur Toulouse, mais actuellement ils vivent chez Monsieur avec 1 chat et 1 lapin.

Notre équipe a rencontré 1 fois la famille de Monsieur. L'entretien a été très compliqué avec une famille qui semble carencée et peu étayante.

Du côté de Mme, ses parents sont sur Toulouse. Il semble qu'ils peuvent être un soutien mais il existe des conflits fréquents notamment lorsqu'ils confrontent Mme C. à ses difficultés. Ils étaient d'ailleurs, lors de l'adressage, en conflits avec Mme C car elle était enceinte et avait refusé de faire l'IVG qu'ils lui conseillaient. Mr, lui, n'a aucun contact avec ses beaux-parents et appréhende la question de la rencontre à l'accouchement.

Durant la grossesse, Mme C a été suivie par :

- la Maison de solidarité (médecin PMI+ puéricultrice PMI)
- une sage-femme libérale et de PMI
- L'assistante sociale du SAVS
- L'équipe de psychiatrie périnatale (pédopsychiatre + assistante sociale)
- L'ESAT (psychologue) mais le suivi n'a pas continué car Mme C. a vite arrêté son travail.
- Une travailleuse familiale

L'évaluation pendant la grossesse a montré les éléments suivants :

- Bon contact, pas de tristesse de l'humeur, pas d'éléments délirants ni de dissociation, pas de consommation de toxiques. Pas de traitement
- Grossesse très investie mais difficultés de compréhension des consignes de repos (préconisé devant une menace d'accouchement prématuré avec col raccourci).
- Quelques rendez vous manqués car le couple n'a pas la notion du temps et l'organisation est difficile
- Des difficultés à se représenter ce que cela peut être de s'occuper d'un bébé alors que le quotidien est déjà compliqué, selon les constats de la sage-femme PMI qui relate une incurie à domicile avec hygiène douteuse, ce à quoi s'ajoute la présence d'un chat et d'un lapin ; et que Mr serait peu actif dans la contribution aux tâches ménagères.
- Les parents de Mme vivent sur Toulouse.
- Mr semble être quelqu'un de très nerveux avec une tonalité impulsive. Cependant, tous deux sont investis dans la grossesse et assez conscients de leurs difficultés.

Ainsi, cette situation nous a paru à risque, Mme présentant un léger retard intellectuel, et Mr une impulsivité avec un parcours de vie difficile et nous l'apprendrons par la suite : des antécédents de polytoxicomanie actuellement substituée. Les éléments suivants ont donc été exposés :

- Nos différents questionnements quant à la capacité de donner des soins adaptés à leur enfant sans un accompagnement intensif. Il leur a été proposé plusieurs fois l'accueil en centre maternel que Mme a refusé.
- L'importance d'un suivi PMI et d'une hospitalisation longue à la maternité à la naissance (10 jours) avec observation et travail/étayage sur les interactions mère enfant.

1^{er} entretien après l'accouchement :

Nous revoyons Mme C. en suites de couches alors qu'elle a accouché le matin même. Elle présente un bon contact, sans élément de dissociation ni délirants. Le discours est très factuel, peu d'élaboration.

L'accouchement s'est bien passé, c'est une fille.

D'emblée, Mme est très investie envers sa fille qu'elle appelle « ma petite princesse ». Elle l'allaite.

Mr aussi est très ému, il nous raconte qu'il a pu couper le cordon ombilical.

L'entretien sera court car Mme est très fatiguée de l'accouchement et présente une hyperthermie depuis 2 jours.

Le cadre est reposé : 10 jours d'hospitalisation avec étayage et évaluation des interactions mère- père- enfant quotidienne par notre équipe.

Observations pendant les 10 jours d'hospitalisation :

Les 4 premiers jours, l'état de santé de Mme C s'améliore mais celle-ci reste très fatiguée. On constate beaucoup d'amour et affection des 2 parents vis-à-vis de leur fille.

Les 3^{èmes} et 4^{èmes} jours sont difficiles pour Mme avec constat clinique d'un « baby blues » : tristesse de l'humeur, anhédonie, anxiété le soir au coucher.

Durant ces 2 jours, on note des éléments inquiétants notamment dans l'ajustement dans les soins (bébé déshabillé alors que la fenêtre est ouverte, tendance à donner le sein dès que bébé pleure et à enfoncer profondément le biberon ...), la continuité des soins (moments de

« décrochage » rapportés par les sages-femmes, lenteur d'exécution), l'organisation des soins ..., peu critiqués par Mme C. Elle a besoin d'être encadrée, notamment concernant les rythmes, les prises d'initiatives, la capacité à assurer la sécurité de son bébé.

Leur fille a quelques difficultés à téter, elle prend peu de poids et est passée à l'allaitement mixte. Par ailleurs, elle va bien, interagit bien.

Du côté de Mr, constat d'une impulsivité, nervosité avec des gestes un peu brusques vis-à-vis du bébé, qu'il essaie de contenir.

Le 4^{ème} jour, nous reprenons tous ces constats avec le couple.

Lors de cet entretien, Mme C est très défensive, avec beaucoup de difficultés à comprendre nos inquiétudes. Pour elle, tout se passe bien. Elle refuse toujours le centre maternel.

Mr est très ému, dit redouter le placement, étant lui-même un enfant placé, et dans cette optique accepte de travailler avec nous et de nous faire part de ses inquiétudes et difficultés.

Les 5 jours suivants, nous constatons beaucoup d'efforts et de progrès du côté de Monsieur qui reste nerveux par « peur de mal faire », mais avec des gestes beaucoup moins brusques et plus assurés. Il peut nous faire part de ses inquiétudes et craintes et ainsi progresser dans les gestes quotidiens. Il rapporte un antécédent de toxicomanie et dit ne plus consommer depuis plusieurs années. Nous n'avons pas eu de doutes sur ce point pendant les 10 jours d'observation.

Mme C. perçoit moins ses difficultés. Elle progresse cependant quant à l'ajustement des soins qui deviennent adaptés dans tout ce qui concerne les soins primaires. L'humeur et les angoisses s'améliorent.

Bébé tète mieux et reprend du poids. Mr et Mme s'ajustent bien et arrivent à se relayer, ce qui permet aussi à Mme de se reposer.

Concernant l'entourage, Mr nous fait part de l'amélioration des relations entre lui et sa belle-mère ce qui le réjouit. Il semble que la mère de Mme puisse être étayante mais il reste difficile pour le couple d'accepter son intervention. Concernant le logement, le couple loge actuellement dans l'appartement de Mr. Pendant la grossesse, la PMI avait constaté des problèmes d'hygiène et d'entretien, avec également la présence d'animaux. Ils avaient fait part de ces inquiétudes au couple et tous deux ont fait des efforts : meilleure hygiène, rangement, ils ont donné le chat. Nous les questionnons sur ce point : cela va-t-il perdurer ? Ils disent le souhaiter. Ils ont pour projet de retourner à moyen terme dans l'appartement de Mme car il est plus grand et plus proche des parents de Mme ; mais le temps que la chambre du bébé se finisse, ils resteront dans celui de Mr.

Ils acceptent le suivi de la PMI et l'intervention de la TISF.

J9 : Réunion de synthèse avec l'AS de l'ESAT, l'AS du SAVS, la sage-femme de PMI, la puéricultrice et le médecin de PMI, et notre équipe :

- Pas d'argument pour placer l'enfant dès la maternité devant des soins primaires adaptés et les efforts et progrès fait par le couple.
- Amélioration quant à la perception des difficultés du côté de Mr (et donc dans l'acceptation d'un étayage), mais reste difficile pour Mme :
- Cependant, constat d'une fragilité dans la continuité : même si les soins primaires sont assurés, les imprévus peuvent vite déstabiliser l'équilibre.

- Importance de poursuivre l'observation et un étayage à la sortie et de rester vigilant.

Prise en charge mise en place à la sortie :

- Suivi PMI : puéricultrice avec visites à domicile 1 fois par semaine, sage-femme PMI avec visites à domicile, médecin de PMI pour le bébé
- TISF PMI : 2h/jour du lundi au vendredi les 2 premières semaines, puis 2h 2 fois/semaine pendant 7 semaines.
- TISF AMFPAD 1 fois/semaine.
- Cs par notre équipe toutes les 3 semaines avec travail sur les interactions.
- Travail avec la famille de Mme.

Depuis le retour au domicile :

Mme C. poursuit l'allaitement mixte.

Lors des entretiens, elle semble fatiguée, un peu fermée de contact.

Mr reste dans l'alliance et arrive à faire part des difficultés rencontrées.

Les relations entre Mr et la famille de Mme se sont améliorées et Mr et le père de Mme se voient régulièrement pour réaliser les travaux dans l'appartement de Mme. La préoccupation maternelle de Mme pour sa fille est présente.

Vers mi-août, la PMI nous contacte pour nous faire part qu'une Information préoccupante (IP) concernant leur fille a été faxée anonymement, avec un doute émis quant à la capacité de délivrance adaptée de médicaments (le bébé avait une prescription d'antibiotiques sur une infection urinaire), et précisant que Mr prenait de la buprénorphine (traitement substitutif des opiacés).

Nous préciserons que le couple avait tout de même consulté aux urgences pour leur fille dès l'apparition de la fièvre, ce qui paraît adapté.

Une enquête sociale est lancée.

Le couple pense que cette IP provient de la pharmacie puisque « ce sont les seuls à savoir que Mr prend de la buprénorphine » (1mg actuellement).

Nous reprenons cet événement en entretien avec eux fin août et proposons un accompagnement un peu plus rapproché par notre équipe (Entretiens toutes les 2 semaines). Malgré la réserve initiale et la manifestation de leur colère et incompréhension, le couple accepte l'accompagnement.

Durant le mois de septembre :

Au niveau social, Mr a repris le travail.

Mme n'a pas repris le travail et semble avoir pris de la distance vis-à-vis de l'ESAT depuis le début de la grossesse. Question du devenir professionnel et de comment Mme peut accepter cet accompagnement professionnel alors qu'elle s'inscrit dans un processus de parentalité?

Mr et Mme vont tous les week-ends dans l'appartement qui est en travaux avec l'aide des parents de Mme). Les travaux avancent et alors que la chambre de leur fille est prête, la leur est en cours. Le déménagement se prépare. Mr souhaite tout de même par la suite garder son logement en parallèle, mettant en avant son passé de SDF.

Concernant le suivi : le couple peut comprendre l'utilité du suivi mais ils disent se sentir « surveillés ». Ils apprécient la transparence des échanges avec nous. Cependant, nous n'arrivons pas à les voir régulièrement comme prévu avec différents motifs allégués (Mr travaille, passage de la TISF au domicile..). Ils appellent pourtant systématiquement pour nous prévenir de leur incapacité de venir.

Concernant leur fille: à deux mois, elle fait de mieux en mieux ses nuits mais dort beaucoup.

L'allaitement maternel se poursuit. Elle prend correctement du poids. Elle accroche le regard, mais de façon fugace. Elle se love dans les bras de sa mère, dans une relation symbiotique. Elle sourit à sa mère, mais les stimulations nous paraissent peu nombreuses. Elle peut se calmer dans les bras de sa mère.

Mr, lui est moins impulsif, mais reste encore fébrile, même avec sa fille dans les bras.

Le 7 octobre, La PMI nous contacte pour nous faire part des conclusions de l'enquête réalisée suite à l'IP : confirment que Mr peut comprendre l'utilité de l'étayage et fait des efforts Les 2 parents sont très préoccupés de l'intérêt de leur enfant Mr a des difficultés à réaliser que sa petite fille grandit et que peut être elle manque un petit peu de stimulations. Mme est dans une relation symbiotique avec sa fille. Il persiste des difficultés dans l'ajustement lors des situations imprévisibles. Il n'y a pas de danger immédiat constaté, mais un étayage intensif reste nécessaire. Une aide éducative a été mise en place.

Devant un départ de l'unité de la pédopsychiatre qui s'occupait de la situation et de l'interne, et du fait de la nécessité d'un étayage au long cours chez cet enfant qui actuellement n'a pas de trouble de la relation franc, mais qui est à risque d'en développer un, nous avons fait un relais sur le CATTP prenant en charge les tout petits. La situation reste fragile.

Résumé de la situation du cas clinique de Mme M. :

Facteurs de vulnérabilité de négligence retrouvés dans ce cas clinique :

- Déficience intellectuelle chez la mère
- Addictions, impulsivité et antécédent de placement chez le père
- Entourage : peu étayant du côté du père, plus du côté de Mme, mais elle y fait peu appel
- Peu de conscience des difficultés
- Alliance envers les soins difficile, surtout du côté de Mme
- Situation sociale globalement correcte mais l'hygiène de l'appartement est douteuse et les revenus sont minimes.
- La capacité à se mettre à la place de leur bébé est altérée mais correcte
- L'imprévisibilité est mal gérée
- Difficultés dans la gestion émotionnelle chez les 2 parents

Prise en charge mise en place :

- Pas de placement mais l'ASE est intervenue+ aide éducative au domicile
- Multiplicité des intervenants : AS ASVS + travailleuse familiale + PMI (SF, puéricultrice, médecin) + assistante sociale+ équipe périnatalité + ESAT
- Accompagnement au domicile : SF et puéricultrice PMI + TISF
- Réunions de synthèse et travail de lien
- Consultations régulières

Cette prise en charge a permis des progrès, mais malgré cela, la situation reste fragile et délicate.

Questions que nous nous sommes posées :

- Toujours à la frontière du signalement d'enfant en danger par manque de possibilité à mettre en place un étayage quotidien et plus intensif.
- Intérêt de structures plus étayantes et continues pour ce type de problématique, et accueillant des couples et pas seulement des mères.

Nous avons donc pu aborder, autours de ces 3 cas cliniques, 3 situations de « familles à problèmes multiples » avec 3 diagnostics et contextes radicalement différents. Et pourtant, ces 3 situations ont en commun :

- la multiplicité des problématiques,
- l'accumulation de facteurs de vulnérabilité à risque de négligence,
- et surtout la nécessité de faire intervenir de multiples intervenants et de se questionner sur la prise en charge institutionnelle grâce à un travail de lien permanent.

PARTIE 5 :
DE LA VISION CLINIQUE DU SOIN A LA
CONSTRUCTION D'UN OUTIL D'AIDE
AU DEPISTAGE ET A LA PRISE EN
CHARGE

I) Explication de l'idée de l'outil

A) Différents besoins de prise en charge en fonction des problématiques

1) Des diagnostics différents

Comme nous l'avons déjà vu, l'activité de l'équipe de psychiatrie périnatale regroupe tout un panel de diagnostics et de problématiques différents, chacun d'eux pouvant se rapporter à un code précis dans la classification CIM-10 :

- Anxiété réactionnelle à un facteur de stress (antécédent de grossesse difficile, deuil périnatal actuel, diagnostic anténatal de malformation fœtale ou de complication fœto-maternelle, événement de vie difficile ...) : F43.0
- Dénî de grossesse
- Episode dépressif majeur : F32.x
- Pathologie psychiatrique chronique à risque de décompensation : schizophrénie (F20.x), trouble schizo-affectif (F25.x), trouble bipolaire (F31.x), trouble dépressif récurrent, cyclothymie, dysthymie.
- Problématiques sociales
- Troubles du comportement alimentaire (F50.x)
- Trouble anxieux chronique ou grave : trouble phobique (F40.x), trouble panique (F41.0), trouble anxiété généralisé (F41.1), trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), trouble obsessionnel compulsif (F42.x), trouble de l'adaptation (F43.0) et syndrome de stress post-traumatique (F43.1), troubles dissociatifs (F44.x), troubles somatoformes (F54.x)
- Addictions à des substances psychoactives (F10 à F19)
- Troubles de la personnalité (F60.x) dont le trouble de la personnalité borderline (F60.3)
- Déficience intellectuelle : F71 à 73
- Dépression du post-partum : F53.0
- Psychose puerpérale : F53.1

2) Des besoins différents

Cependant, comme nous l'avons aussi vu dans les parties précédentes, notre clinique en psychiatrie périnatale ne se limite pas aux simples diagnostics posés à travers les classifications médicales standardisées, mais doit prendre en compte toute une variété de problématiques très souvent intriquées.

Il nous apparaît donc que, outre les diagnostics posés, il existe des « degrés » de vulnérabilité psycho-sociale avec des besoins différents en fonction du degré.

Dans le degré le plus extrême, il existe des familles « à problèmes multiples » qui cumulent des difficultés sociales, culturelles, psychologiques, médicales... Face à ces familles, plusieurs risques sont repérables :

- l'accès aux soins, qui est souvent limité, avec une alliance réduite, et des mécanismes de clivage, mettant en désaccord les différents intervenants de la prise en charge, et rendant ainsi celle-ci parfois très chaotique.

- Le risque pour la patiente elle-même : précarité, isolement social, souffrance psychique, complications somatiques et psychiatrique pouvant être graves...
- Le risque pour l'enfant, qui doit se développer dans cet environnement et à travers des interactions parfois chaotiques. A l'extrême : risque de négligence ou de maltraitance.

Nous voyons donc, qu'en fonction des patientes et des familles, les besoins peuvent être très différents :

- simple besoin de parler dans un moment difficile aigu
- besoin d'un suivi psychothérapeutique plus intensif
- besoin d'une prise en charge médicale ou psychiatrique
- besoin d'une aide sociale
- besoin d'un étayage dans la relation mère-enfant plus poussé pluri-hebdomadaire, voir quotidien, voir permanent
- besoin de protection de l'enfant...

Par ailleurs, ces besoins ne sont pas toujours corrélés aux types de diagnostics posés à travers les classifications médicales standardisées.

B) Les différentes prises en charge possible et les moyens engagés

Dans notre pratique, et face à ces patientes nous avons différents types de prises en charge existantes, en fonction du besoin (détaillées dans la partie 1):

- Suivi psychologique simple
- Intervention d'une assistance sociale
- Intervention d'un (pédo)psychiatre
- Intervention d'autres intervenants comme les gynécologues, les pédiatres, les sages-femmes, la PMI...
- Visites à domicile
- Prise en charge à temps partiel en hôpital de jour ou centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Admission à temps complet en foyer maternel ou en unité mère-bébé
- Si risque pour l'enfant : mise en place d'un suivi par l'aide sociale à l'enfance, parfois mise en place d'aides éducatives (AED, AEMO), ou à l'extrême d'un placement de l'enfant.
- Travail de lien++

En fonction du type de prise en charge nécessaire (et donc du besoin), les moyens engagés ne sont pas les mêmes (par exemple : une hospitalisation en unité mère-enfant est beaucoup plus coûteuse que la mise en place d'une travailleuse familiale au domicile), et dans un contexte de réduction budgétaire, il nous faut donc pouvoir justifier le besoin, afin que les moyens nécessaires puissent être engagés.

Cependant, à ce jour, les besoins restent évalués en fonction du relevé d'activité qui se base pour une grande part sur les cotations faites par les soignants inspirées de la classification CIM-10. Or, nous l'avons vu, selon nous, les besoins sont plus dépendants des profils de vulnérabilité des patientes que des diagnostics à proprement parler ; et il est donc très difficile de rendre objectivement compte des besoins des familles.

Et pourtant, dans la pratique clinique, nous voyons bien que ces besoins sont bien présents. Il nous paraît crucial de pouvoir y répondre correctement avec un double intérêt :

- sanitaire, puisqu'en tant que soignant nous nous devons de prendre en charge la souffrance psychique
- préventif et en terme de santé publique, puisque le retentissement potentiel ultérieur sur les interactions mère-enfant et sur l'enfant est majeur.

Notre hypothèse déjà explicitée dans la partie 1 est qu'il y aurait beaucoup de patientes « à problèmes multiples » et que ces patientes nécessiteraient une prise en charge complexe, et donc des moyens plus importants, que ce soit en terme de dispositif de soin, de travail en partenariat, de temps institutionnels d'échange et d'élaboration... Comment donc confirmer cette hypothèse, et par conséquent objectiver/justifier ces moyens ?

En parallèle, y-a-il des moyens utilisés qui ne seraient pas justifiés ou qui pourraient être mieux optimisés ?

C) L'idée de l'outil : évaluer l'adéquation des moyens engagés aux besoins des familles

Devant les arguments précédents, l'idée de l'outil serait de pouvoir évaluer l'adéquation des moyens engagés aux besoins des familles.

Notre objectif serait donc de repérer les familles non pas en terme de diagnostic exact, mais de niveau/degré de vulnérabilité et par conséquent de niveau de prise en charge.

L'objectif de cet outil serait donc triple :

- 1) Repérer les patientes en fonction de leur niveau de vulnérabilité, et notamment pouvoir quantifier les patientes les plus vulnérables et les patientes à problèmes multiples
- 2) Ouvrir une réflexion sur les différents modes de prise en charge qui peuvent être mis en œuvre en fonction de chaque niveau de vulnérabilité ; et en particulier lorsque la vulnérabilité est maximale. Cette réflexion se baserait sur ce qui existe en France et sur l'expérience clinique et théorique ; mais aussi sur ce qui existe dans les pays anglo-saxons.
- 3) Pouvoir en déduire les moyens nécessaires afin d'être le plus possible en adéquation aux besoins des familles, et dans une visée préventive à long terme.

II) Parallèle avec le concept de fragilité en gériatrie (Fried et al.)

Dans le domaine de la gériatrie, le concept de fragilité pensé par Fried et al. il y a maintenant quelques années a permis de faire de grands progrès en terme de prise en charge globale des personnes âgées, mais surtout en terme de prévention. En effet, la prise en charge des personnes âgées présente comme particularité la prise en compte d'une association de facteurs de fragilité, qui cumulés, se potentialisent, et peuvent aboutir à des complications irréversibles. Agir sur les facteurs de fragilité les plus significatifs aurait donc un impact en terme de prévention secondaire et tertiaire et permettraient d'éviter/retarder l'état de dépendance irréversible des personnes âgées.

Dans le cadre de la périnatalité, et en particulier des familles à problèmes multiples, il nous est apparu qu'il existait des similitudes avec la population âgée, nous conduisant à nous demander s'il était possible d'extrapoler ce concept à notre population en terme de prévention du risque de négligence, elle aussi irréversible.

C'est pourquoi, dans ce chapitre, nous reprendrons dans un premier temps les principes théoriques du concept de fragilité pensé par Fried et al, pour dans un second temps, tenter d'en extraire quelques idées pouvant concerner notre population.

A) Le concept de fragilité en gériatrie

1) Définition de la fragilité

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* » (Rolland 2011). (217)

Ce concept de fragilité a été introduit par Fried et al. qui ont réparti schématiquement les personnes âgées en 3 classes : les sujets « robuste », les sujets « fragile », et les sujets « dépendants et malades ».

Le passage de l'état de robustesse à l'état de fragilité est défini comme réversible, alors que celui de l'état de fragilité à l'état de dépendance est défini comme irréversible.

Schéma 1: La fragilité en gériatrie: un état potentiellement réversible



Ainsi, les sujets âgés « fragiles » et « pré-fragiles » seraient les sujets les plus à risque de perte d'autonomie fonctionnelle et d'entrée dans la dépendance, mais également et surtout ceux qui vont tirer le plus grand bénéfice d'une intervention gériatrique.

A noter qu'un autre modèle de fragilité décrit par Rockwood en 2005, prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités (218). Nous nous contenterons de traiter le modèle de Fried et al.

2) Approche physiopathologique

Sur le plan physiopathologique, la fragilité reposerait sur un ensemble d'altérations organiques initiales à l'origine du risque de décompensation et de vulnérabilité :

- Lien avec la présence d'une inflammation chronique
- lien avec le taux d'interleukine 6 (IL-6) (marqueur d'inflammation)
- Contribution de l'activité hormonale stéroïdienne et somatotrope (qui inhibe l'IL-6 et le nuclear factor kappa B)
- Baisse de la testostérone (baisse de la force musculaire)
- Dénutrition : sarcopénie (baisse de la force musculaire) + carence en micronutriments (25 hydroxyvitamine D, caroténoïdes, vitamine E).

3) Phénotype clinique de Fried

Fried et al ont réfléchi sur les critères cliniques à choisir pour définir la fragilité d'un patient (219).

Dans sa démarche, Fried a élaboré un cycle dont les éléments principaux (dénutrition, perte d'appétit, sarcopénie et baisse des activités physiques) seraient liés les uns aux autres et s'auto-entretiendraient ; chacun d'eux ayant de multiples causes possibles et étant responsables de symptômes divers. Il est selon lui important d'évaluer tout ces domaines car le manque de considération pour un seul de ces éléments pourrait apporter une dégradation importante de l'état du patient. Il a donc créé un phénotype de fragilité basé sur les critères physiques issus de l'expression de ces processus biologiques sous-jacents.

Ainsi, Fried a considéré la fragilité comme un syndrome clinique défini par la présence de 3 ou plus des symptômes suivants :

- la baisse de la force musculaire
- la perte de poids excessive
- l'épuisement
- le ralentissement de la marche
- la baisse des activités physiques

Un patient est donc, selon lui, considéré comme « pré-fragile » s'il présente 1 ou 2 des critères, et « fragile » s'il en présente au moins trois.

Ces patients auraient un risque plus important de rentrer dans la dépendance, mais l'idée importante est que cet état est réversible.

L'application clinique de ce concept fait consensus et est double :

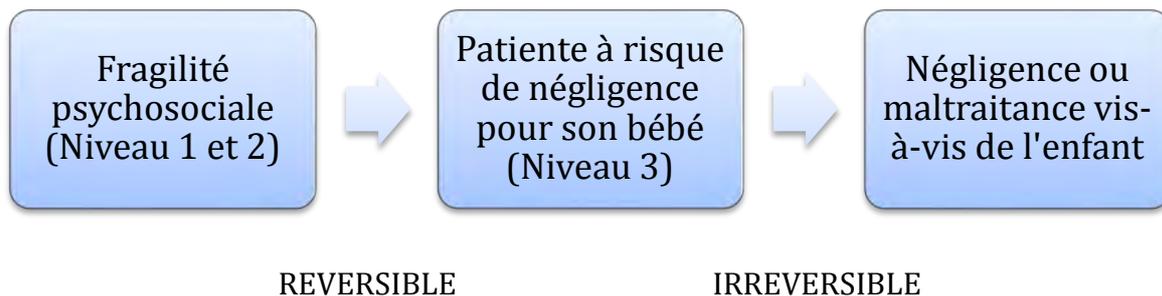
- 1) En terme de repérage d'un état de fragilité (encore réversible) à la recherche des 5 symptômes cités ci-dessus (prévention primaire et secondaire), avec mesure d'un risque de dépendance.
- 2) En terme de prise en charge précoce d'un état de fragilité en agissant sur les symptômes concernés, afin d'éviter le passage vers état (irréversible) de dépendance (prévention tertiaire) : renutrition, activité physique, éviter la polymédication, aides sociales, prise en charge des pathologies à risque (ostéoporose, cataracte ...).

A noter qu'il existe aussi en gériatrie l'EGS (Echelle Gériatrique Standardisée), qui permet, plus précisément, de dépister la fragilité, ainsi que les pathologies du grand âge et les syndromes gériatriques. Cependant, celle-ci nécessite une évaluation plus complexe et longue, les critères de Fried restant un outil de repérage de première intention simple à utiliser.

B) Extrapolation en périnatalité

Dans le domaine de la psychiatrie périnatale, nous pourrions imaginer le modèle suivant

Schéma 4 : La fragilité/vulnérabilité en périnatalité : 3 niveaux



Ainsi, tout fonctionnerait comme si il existait plusieurs niveaux de gravité, chacun nécessitant un niveau de prise en charge de plus en plus complexe (type d'intervention, nombre d'intervenants, lien entre les intervenants ...) :

- Niveau 1 : Souffrance psychique réactionnelle au contexte actuel, sans vulnérabilité psychosociale particulière.
- Niveau 2 : Vulnérabilité psychosociale importante, soit du fait d'une problématique sociale conséquente, soit d'une pathologie psychiatrique.
- Niveau 3 : Vulnérabilité avec un risque élevé de négligence ou de maltraitance.
- Niveau 4 : Comportement de négligence ou de maltraitance vis-à-vis de l'enfant, irréversible.

Il s'agirait donc de construire un outil mettant en avant les 3 premiers niveaux et de définir des critères de vulnérabilité/fragilité psychosociale (niveau 2) ET de négligence ou maltraitance (niveau 3), ce qui permettrait :

- 1) De dépister, en recherchant ces critères prédéfinis un état de vulnérabilité (psychosociale : niveau 1 et 2, ou de négligence : niveau 3), encore réversible (prévention primaire et secondaire).
- 2) D'éviter, en agissant plus précocement sur ces critères le passage vers le niveau supérieur, avec dans le pire des cas, un comportement de négligence/ maltraitance qui serait irréversible pour l'enfant (prévention tertiaire).

PARTIE 6 :
CONSTRUCTION DE L'OUTIL ET
PROTOCOLE DE L'ETUDE

I) Objectif de l'étude

A) Principal= épidémiologique

- Mise en évidence du profil de vulnérabilité des patientes et repérage des situations à risque

B) Secondaire= sanitaire

- Evaluer l'adéquation des moyens engagés aux besoins des familles
- Réflexions sur les ouvertures de prise en charge adéquates
- Objectif préventif à long terme

II) Méthode de construction de l'outil (Matériel)

Dans cette partie, nous traiterons de notre réflexion autour de la construction de l'outil, en détaillant notre raisonnement clinique de l'idée initiale jusqu'à l'aspect final de l'outil.

A) La CIM10

Pour construire l'outil, nous avons décidé de nous baser sur les diagnostics de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) déjà évoquée dans les chapitres précédents.

Nous avons fait ce choix pour deux raisons :

- Utiliser une base de référence
- Simplifier la tâche des soignants qui devront remplir l'outil en parallèle de leur tâche habituelle de cotation des diagnostics. Mentionner les codes des différents diagnostics dans l'outil leur permettra de ne pas avoir à les rechercher. Il leur suffira donc juste, pour coter leurs patientes de rapporter les codes mentionnés dans la case de l'outil prévue à cet effet. L'objectif étant d'améliorer l'acceptabilité de l'outil en simplifiant les tâches qui doivent être effectuées.

B) Construction de l'outil : une grille à 3 niveaux

Comme nous l'avons vu précédemment, l'idée est de construire un outil mettant en avant trois niveaux et qui doit répondre à certains critères :

- il doit être simple à utiliser
- il doit être suffisamment clair (pour éviter les biais de cotation)
- il doit être reproductible
- il doit prendre en compte tous les facteurs de complexité (complication somatique de la grossesse, pathologie psychiatrique, antécédents, contexte social et culturel, entourage, interactions mère-enfant ...)
- il doit être le plus possible scientifiquement valide
- il doit avoir une période précise d'utilisation
- les cotateurs doivent être bien définis ainsi que la population d'éligibilité

Voici donc comment nous avons structuré cet outil afin qu'il puisse répondre au maximum à tous ces critères.

1) Une grille avec des critères à cocher

Nous avons décidé de créer un outil qui se présenterait sous la forme d'une grille avec différents critères à cocher s'ils sont présents.

2) Le mode d'utilisation

Cette grille serait cotée par tous les **psychologues et médecins (internes et pédopsychiatres) de l'équipe** de psychiatrie périnatale de Paule de Viguer, pour toutes les patientes vues pour la première fois sur une **période prédéfinie**.

Des **misés à jour** régulières doivent être faites. C'est la version finale de la grille qui sera analysée.

3) Trois niveaux à faire apparaître

Comme nous l'avons vu précédemment, l'idée est que cet outil fasse apparaître trois niveaux qui seraient chacun représentatif d'un niveau de vulnérabilité/fragilité de la situation et de la complexité de la prise en charge :

- Niveau 1 : Souffrance psychique réactionnelle au contexte actuel, sans vulnérabilité psychosociale particulière, que nous nommerons « **fragilité simple, contrôlée** »
- Niveau 2 : Vulnérabilité psychosociale importante, soit devant une problématique sociale conséquente, soit devant une pathologie psychiatrique, que nous nommerons « **fragilité complexe** »
- Niveau 3 : Vulnérabilité avec un risque élevé de négligence ou de maltraitance, que nous nommerons « **situation à risque pour l'enfant** ».

La difficulté dans la création de cet outil est donc de pouvoir définir quel critère apparaît dans quel niveau, en se basant sur l'expérience clinique (subjective), tout en **restant le plus objectif possible, en accord avec les données scientifiques actuelles**.

C) Que mettre dans le niveau 1 « fragilité simple, contrôlée »

1) Définition

a) Le niveau de prise en charge : intervention simple par un professionnel unique

Il s'agit ici des patientes pour lesquelles de simples consultations thérapeutiques (parfois unique) suffisent, essentiellement pour des interventions de prévention, de soutien et d'accompagnement.

b) Les problématiques en cause

De manière générale, il s'agit des patientes qui autour de leur grossesse actuelle présentent une souffrance psychique nécessitant un soutien, soit parce le contexte environnemental et social n'est pas optimum (conflits intrafamiliaux, séparation conjugale, deuil d'un proche, difficultés sociales...), soit parce que cette grossesse réactive des difficultés antérieures (réactivation de conflits intrapsychique de leur propre enfance, problèmes lors de précédentes grossesses), soit parce que la grossesse actuelle est elle-même compliquée (vomissements incoercibles, complication somatique de la grossesse, diagnostic anténatal, deuil périnatal...). Il peut aussi s'agir de patientes ayant accouché et ayant besoin d'un accompagnement temporaire autour de la parentalité ou d'un soutien.

2) Quels critères mettre dans ce niveau ?

Pour ce niveau, les critères ont été assez simples à définir et sont les suivants :

Critères diagnostiques psychiatriques :

- Anxiété réactionnelle à un facteur de stress : F43.0 (F43 .01 si légère, 02 si moyenne, 03 si sévère)

- Trouble de l'adaptation : F43.2. Contrairement à l' « anxiété réactionnelle à un facteur de stress », celui-ci regroupe des symptômes post-traumatiques plus spécifiques et plus intenses : état de sidération aigu, reviviscences, cauchemars, anxiété majeure ; ainsi que le deuil.

Critères diagnostiques fréquemment associés spécifiques de la grossesse :

- Deuil d'un proche : Z63.4
- Séparation conjugale pendant la grossesse, difficultés conjugales code
- Deuil périnatal :
 - Fausse couche spontanée (FCS) : O03.1 à 9
 - Mort fœtale in utero (MFIU) : O36.4
 - Interruption médicale de grossesse (IMG) : O08.3 à 9
 - Décès post-natal précoce du bébé
- Grossesse pathologique (Z35.8= surveillance d'une grossesse à haut risque) :
 - Menace d'accouchement prématuré (MAP) : O47.0
 - Diabète gestationnel (DG) : O24.4
 - HTA gravidique ou prééclampsie : O14 (0 : modérée, 1 sévère)
 - HELPP syndrome : 014.2
 - Décollement ou hématome placentaire : P02.1
 - Autre complication somatique de la grossesse ...
- Diagnostique anténatal de malformation ou anomalie génétique ou autre anomalie sur le bébé :
 - Diagnostic anténatal de malformation ou anomalie chromosomique
 - Retard de croissance intra-utérin : P05.1
 - Macrosomie : P08.1
 - Oligoamnios : O41.1
 - Autres ...
- Vomissements incoercibles : O21.x
- Transfert du bébé en néonatalogie ou réanimation à la naissance ou prématurité.

D) Que mettre dans le niveau 2 « fragilité complexe » (risque pour la patiente) ?

1) Définition

a) Le niveau de prise en charge : intervention ponctuelle par des professionnels multiples

Il s'agit ici des patientes qui vont nécessiter un accompagnement plus complexe que de simples consultations, avec au minimum besoin de l'intervention :

- d'un intervenant spécialiste de la problématique (AS, pédopsychiatre ...)
- +/- d'un ou plusieurs intervenants de la Maison de solidarité (AS de secteur, PMI).
- S'y ajoute, quand cela est possible un travail avec l'entourage et le médecin traitant.

b) Les problématiques en cause

De manière générale, il s'agit des situations pouvant entraîner une vulnérabilité sociale ou psychologique chez la mère, avec un risque pour sa santé psychique, et parfois à long

terme ou si la situation s'aggrave, pour celle du bébé. Ces situations se retrouvent dans deux types de problématiques :

- Psychiques : antécédents psychiatriques importants, pathologie psychiatrique avérée
- Sociales

Parfois les deux sont intriquées

2) Quels critères mettre dans ce niveau ?

Afin de déterminer quels critères mettre dans ce niveau, nous avons dans un premier temps repris tous les facteurs de vulnérabilité (psychiatriques et sociaux) pour la mère et pour l'enfant. Puis, nous les avons analysés et triés; pour enfin ne retenir que les plus pertinents.

a) Les facteurs psychiatriques

Les troubles psychiatriques à risque

Dans la partie 2 de la thèse nous avons défini certains troubles à risque et listé toutes leurs conséquences potentielles sur la grossesse, les interactions mère-enfant, et l'enfant. Ce travail de recherche nous permet donc de conclure que ces troubles sont à risque au minimum pour la patiente ; et parfois, sous certaines conditions, pour l'enfant. Nous pouvons donc, d'ores et déjà conclure que leur présence place la situation systématiquement dans un niveau 2 minimum. Il nous faudra par la suite définir les critères qui la feront passer dans le niveau 3.

Devaient donc apparaître **au minimum** dans le niveau 2:

- le trouble de la personnalité borderline
- la schizophrénie et le trouble schizo-affectif
- les troubles de l'humeur
- les addictions à des substances psychoactives
- la dépression du post-partum et la psychose puerpérale

Leurs propres facteurs de risque

Les troubles cités précédemment étant particulièrement à risque, nous avons donc pensé, par déduction logique, que leurs propres facteurs de vulnérabilité pouvaient aussi être des facteurs de vulnérabilité plus généraux.

Pour les définir, nous avons effectué une brève revue de littérature à l'aide des bases de données Pubmed et Medline, et en retenant essentiellement les articles de référence et les articles les plus pertinents en terme de méthodologie.

Par ailleurs, nous nous sommes aussi appuyés sur les guidelines de référence tels que « Nice Clinical Guideline » qui s'intitule « Antenatal and postnatal mental health », publié en février 2007 en Angleterre (3); et le guideline « SIGN 127 » qui s'intitule « Management of perinatal mood disorders », publié en mars 2012 en Ecosse (4).

Les facteurs de risques retrouvés sont résumés dans le tableau 15.

	Trouble de la personnalité borderline	Schizophrénie	Trouble de l'humeur	Addictions à des substances psychoactives	Dépression du post-partum	Psychose puerpérale
ATCD familiaux	- Trouble de la personnalité borderline	- Schizophrénie ou trouble de l'humeur	- Schizophrénie ou trouble de l'humeur	- Alcoolisme ou toxicomanie	- Dépression du post-partum (220)	- Troubles de l'humeur
ATCD personnels				- Trouble dépressif, anxieux ou de la personnalité (ATCD ou présence actuelle) (221) (104) - Tabagisme	- Dépression du post-partum .(220) (222) - Troubles de l'humeur (222)	- Psychose puerpérale - Troubles de l'humeur++ (223) - Trouble schizo-affectif ou de schizophrénie - Arrêt de thymorégulateur
FDR Epidémiologiques	- Sex-ratio paritaire (224)	- Sexe masculin. (225) (98) - Pays. (226) (98) - Statut de migrant. (227) (99) - Appartenance à un groupe social minoritaire. - Milieu urbain. (70) (98)	- Pas de différences d'incidence entre hommes et femmes ; ni entre milieu urbain et rural		- Age < 14 ans. (228)	- Primiparité. (195) - Age (> 40 ans). (229)
FDR sociaux				Chômage ou précarité de l'emploi (alcool). (221)	Pas de corrélation	Pas de corrélation
FDR environnementaux				- Comportements addictifs chez le conjoint (alcoolisme et toxicomanie) (221) - isolement	- Isolement, absence de support du mari. (222) - Difficultés de relation avec leur propre mère (220)	
FDR périnataux		- Certaines infections (grippe, rubéole, HSV et toxoplasmose) au cours des deux premiers trimestres de la grossesse. (226) - Déficits nutritionnels sévères in utero pendant le premier trimestre de la grossesse. (230) - RPM, prématurité, nécessité de réanimation néonatale, pré-éclampsie, faible poids de naissance. (99)			- Absence de cours de préparation à la naissance (231) - Absence de planification de la grossesse.(232) (222) - Absence de support émotionnel durant le travail (233) - Anxiété et dépression en anténatal (234)	- Complications lors de l'accouchement, césarienne ou mort périnatale
Evénements de vie	- Traumatismes dans l'enfance (dont maltraitance, abus sexuels ou négligence) +++	- Traumatismes dans l'enfance (230) - Mort d'un parent dans l'enfance, évènements de vie négatif (99)	- Traumatisme dans l'enfance (67) - Evènements de vie négatifs (235)	- Traumatismes dans l'enfance (alcoolisme et toxicomanie) (221) (236)	- Récents évènements de vie stressants (193) (228)	
Gestion des émotions	- labilité émotionnelle ou irritabilité			labilité émotionnelle (toxicomanie) (104)		

Tableau 15 : Facteurs de risque des principaux troubles psychiatriques à risque pour la mère et son enfant

Parmi eux, nous avons retenu pour notre outil les critères suivants :

- Antécédents personnels d'épisodes dépressif sévère ou récurrent (ou de tentative de suicide), d'hospitalisation en psychiatrie, de toxicomanie (Z86.4), de bouffée délirante aiguë, de dépression du post-partum, de psychose puerpérale.
- Antécédents personnels de traumatismes pendant l'enfance ou d'événements de vie traumatique (sexuel, physique ou psychique).
- Concernant les antécédents personnels de schizophrénie, de trouble schizo-affectifs, ou de troubles de l'humeur, ceux-ci sont déjà retenus dans les critères mentionnant ces 3 troubles, puisqu'il s'agit de pathologies chroniques
- Concernant les facteurs sociaux et environnementaux : confère le chapitre suivant.
- Ne pouvant agir sur les facteurs de risque épidémiologiques et périnataux, nous ne les avons pas retenus.

Autres critères psychologiques

Aux critères précédents, nous avons ajouté les critères suivants :

- Trouble anxieux chronique ou grave : trouble obsessionnel compulsif, troubles panique, trouble anxiété généralisée, troubles anxieux et dépressif mixte, trouble dissociatif, trouble somatoforme, syndrome de stress post-traumatique.
- Trouble du comportement alimentaire
- Dénier de grossesse

Cette décision a été prise de par leur retentissement important sur le fonctionnement général et sur le vécu de la grossesse.

De plus, nous avons ajouté parmi les critères deux situations où les parents peuvent ne pas être suffisamment matures psychiquement pour assurer au quotidien des soins à leurs bébés :

- le cas où la mère est mineure, et lorsqu'il n'y a pas d'entourage étayant.
- Le cas où l'un des deux parents présente une déficience intellectuelle. Si les 2 parents présentent une déficience intellectuelle, nous avons décidé de placer cette situation dans le niveau 3, l'accompagnement étant d'autant plus nécessaire à évaluer que le second parent ne pourra pas suppléer en cas de besoin.

Au total : les critères psychiatriques retenus pour le niveau 2 sont les suivants :

- 1) Soit une pathologie psychiatrique actuelle :
 - Troubles anxieux chronique ou grave :
 - Trouble phobique : F40.0 à 3
 - Trouble panique : F41.0
 - Trouble anxiété généralisé (TAG): F41.1
 - Trouble anxieux et dépressif mixte : F41.2
 - Trouble obsessionnel compulsif (TOC) : F4. 0 à 2
 - Syndrome de stress post-traumatique (PTSD) : F43.1
 - Troubles dissociatifs : F44.0 à 8
 - Troubles somatoformes : F45.0 à 4
 - Troubles de l'humeur
 - Episode dépressif majeur : F32.x

- Trouble de l'humeur : trouble bipolaire (F31.x) ou cyclothymie (F34.0) ou dysthymie (F34.1) ou trouble dépressif récurrent (F33.x)
 - Trouble psychotique : schizophrénie (F20.x) ou trouble schizo-affectif (F25.x) ou autre psychose chronique.
 - Trouble de la personnalité borderline : F60.3
 - Trouble du comportement alimentaire : F50.x
 - Toxicomanie ou alcoolisme chronique en cours : F10 à F19
 - Dénier de grossesse
- 2) Soit une maturité psychique insuffisante :
- Déficience intellectuelle chez un des deux parents
 - Patiente mineure de 16 ans ou moins sans entourage étayant.
- 3) Soit un traitement par thymorégulateur ou antipsychotique ou un antécédent de :
- Toxicomanie : Z86.4
 - Bouffée délirante aiguë
 - Psychose puerpérale
 - Dépression du post-partum
 - Episode dépressif sévère ou récurrent ou tentative de suicide
 - Hospitalisation en psychiatrie
 - Traumatisme sévère (sexuel ou physique ou verbal)

b) Les facteurs sociaux

Les différents facteurs sociaux et leur importance

Comme nous l'avons vu dans la partie 2 de la thèse, les facteurs sociaux peuvent concerner les domaines suivants :

- Logement : propriétaire, locataire, logement d'état, logement précaire, Sans domicile fixe
- Revenus : salaire mensuel, allocations, RMI, chômage, prostitution/deal..
- Entourage : entourage familial, marié/célibataire/en couple/pacsé, entourage amical, isolé
- Insertion dans la société : situation régulière ou irrégulière, demandeur d'asile...
- Couverture sociale
- Culture, barrière de la langue
- Accès aux soins et alliance envers les soins

De plus, nous avons vu qu'il existe une forte intrication entre le contexte social et les difficultés psychologiques:

- en terme de troubles psychiques associées: l'un et l'autre pouvant s'entraîner ou se potentialiser mutuellement.
- en terme de conséquences sur la grossesse avec un risque accru de complications néonatales et obstétricales (résumées dans le tableau 6 de la partie 2).

Il paraît donc nécessaire que les facteurs sociaux soient considérés comme à risque de vulnérabilité psycho-sociale, et donc puissent apparaître dès le niveau 2. Cependant, comment sélectionner les critères sociaux les plus pertinents ?

Comment choisir les critères les plus pertinents : grille des assistantes sociales de la maternité de Paule de Viguier.

Pour répondre à cette question, nous avons dans un premier temps pensé aux critères du score EPICES. Cependant, ce score étant pris dans une globalité, il nous a paru peu pertinent d'y extraire les critères individuellement.

Nous nous sommes, in fine, basés sur une grille utilisée quotidiennement par les assistantes sociales de la maternité de Paule de Viguiers (**Annexe 1**). Cette grille a été créée et validée par l'intermédiaire d'un comité et définit, entre autres, 15 critères de complexité qui sont les suivants :

- 1) **Situation de non droit (+ problème de logement)**
- 2) Problèmes psychiatriques des patientes et des familles
- 3) Problèmes de dépendance (dépendance physique, handicap, conduites addictives, polyopathologies)
- 4) **Acceptation de la maladie par le patient et son entourage**
- 5) **Niveau de collaboration de l'entourage, non adhésion, divergences sur les orientations de la sortie**
- 6) **Absence d'environnement familial, ou isolement total, absence, défaillance ou complexité du contexte familial**
- 7) **Barrière de la langue**
- 8) **Différence de culture**
- 9) Signalement tardif des situations par le service, les partenaires
- 10) Incertitude du diagnostic et du pronostic
- 11) Documents médico-administratifs non remplis correctement et en terme voulu, problèmes administratifs, divergence sur le projet médico-social
- 12) Méconnaissance du délai de traitement social
- 13) Absence de partenaires extérieurs ou difficultés pour les joindre, manque de structures post-hospitalisation, divergence orientation avec les partenaires extérieurs.
- 14) Remplacement à effectif constant
- 15) Autre critère spécifique (à préciser)

Après extrapolation à la psychiatrie et à notre outil, nous avons donc retenu les critères suivants :

- Situation de non droit
- Absence de couverture sociale
- Absence de domicile fixe actuel ou mauvaises conditions d'hébergement
- Situation d'isolement, de rupture affective pendant la grossesse, séparation conjugale
- Barrière de la langue ou différence de culture
- Mauvaise acceptation de la maladie par la patiente et/ou son entourage
- Mauvaise alliance envers les soins de la patiente et mauvais niveau de collaboration de l'entourage

Et, après discussions avec l'assistante sociale de l'équipe, nous y avons ajouté les critères suivants, qui nous paraissaient importants :

- Père de l'enfant non connu, ou non reconnu comme tel
- Violence intra-familiale ou dans le couple
- Grossesse non suivie, non déclarée, ou issue d'un viol.

Enfin, afin d'ajouter de la valeur à l'outil nous avons décidé de préciser que l'item est positif si un seul de ces critères est positif, **ET si et seulement si**, ce contexte social est responsable (ou aggravant) d'une symptomatologie anxieuse ou dépressive.

De manière générale, ce critère devrait être positif puisque les patientes incluses sont systématiquement vues soit par une psychologue de l'équipe, soit par une (pédo)psychiatre de l'équipe, ce qui veut dire qu'il y a nécessairement une souffrance psychique associée. Dans le cas où la patiente ne présente pas de souffrance psychique associée, elle devrait systématiquement être exclue puisqu'elle aura rencontré uniquement une assistante sociale et ne fera donc pas parti des critères d'inclusion.

E) Que mettre dans le niveau 3 « situation à risque » (risque pour l'enfant) ?

1) Définition

a) Le niveau de prise en charge : aide intensive : intervention répétée par des professionnels multiples

Dans ce niveau, il s'agit des situations à risque pour l'enfant++, et donc des patientes qui vont nécessiter une prise en charge complexe. Elles vont nécessiter de façon répétée l'intervention de plusieurs intervenants, associant un travail en terme d'accompagnement pour la patiente, mais aussi en terme de prévention pour l'enfant :

- accompagnement intensif sur la relation mère-enfant pouvant se faire à l'aide de divers dispositifs : consultations pédopsychiatriques régulières, suivi PMI et/ou ASE régulier, mise en place d'une TISF, visites à domicile, foyer maternel si pas de pathologie psychiatrique décompensée, unité mère-enfant ...
- mesures de protection pour l'enfant si nécessaire : intervention de l'ASE, information préoccupante ou signalement si besoin, aides éducatives (AED ou AEMO), voir placement de l'enfant en foyer ou famille d'accueil.

b) Les problématiques en cause

Globalement, il va s'agir des situations où la mère, de part une décompensation psychiatrique ou des difficultés psychologiques (continues ou dans la période donnée), n'est pas en état d'assurer une base de sécurité continue pour l'enfant, alors que nous nous situons dans un moment de vie où le développement de l'enfant est majeur.

2) Quels critères mettre dans ce niveau ?

Trois grands types de situations nous ont paru devoir apparaître dans ce niveau :

- Décompensation d'une pathologie psychiatrique (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble de l'humeur), dépression du post-partum et psychose puerpérale
- Déficience intellectuelle chez les deux parents
- Familles à problèmes multiples, sans authentique décompensation psychiatrique (la grande majorité des cas : des patientes présentant un trouble de la personnalité borderline), mais dont les difficultés psychiques sont telles que la santé mentale de l'enfant est compromise.

De plus, dans ce niveau devront aussi être pris en compte la qualité des interactions mère-enfant, et l'état clinique de l'enfant.

a) Pathologie psychiatrique décompensée ou en cours de décompensation

Décompensation psychotique :

Un état psychotique aigu est à double risque :

- Risque de négligence devant les symptômes déficitaires, mais aussi les éléments productifs et dissociatifs.
- Risque de maltraitance devant les symptômes productifs (surtout si le délire est centré sur le bébé++) et de désorganisation (surtout si désorganisation comportementale majeure et imprévisibilité)

Décompensation d'un trouble de l'humeur :

- Etat maniaque : risque majeur devant l'instabilité psychomotrice, la désorganisation comportementale et le déni total des troubles. Les répercussions sur l'environnement et sur l'entourage sont aussi à prendre en compte.
- Etat dépressif ou dépression du post-partum : nous avons déjà démontré le risque pour l'enfant (essentiellement de négligence) en cas de dépression du post-partum dans le tableau de la partie 2. Ce risque est d'autant plus important que l'état dépressif est grave, que la labilité thymique est importante, que la patiente est apragmatique, anhédonique, aboulique et surtout ralentie. Il existe en outre dans cette situation un risque pour la mère (culpabilité++, suicide). Les prises en charge sont variées en fonction de la gravité de l'état clinique, pouvant aller d'un simple accompagnement psychologique, à la mise en place de dispositifs plus intensifs (PMI, TISF, hospitalisation en unité mère-enfant) et à la protection de l'enfant (mobilisation de l'entourage, aides éducatives, placement temporaire ...).
- Psychose puerpérale : comme nous l'avons vu dans le tableau de la partie 2, la psychose puerpérale correspond à un état clinique très bruyant, et à risque majeur d'infanticide ou de suicide. Cet état nécessite dans la plupart des cas un éloignement mère-enfant en urgence le temps que le tableau régresse.

Il nous paraît donc légitime que ces situations apparaissent dans le niveau 3 en terme de vulnérabilité, de par la vigilance et l'accompagnement qu'elles nécessitent. La prise en charge se fait bien évidemment au cas par cas, et est aussi fonction de l'entourage existant et de son implication autour de la patiente et de l'enfant.

b) Déficience intellectuelle chez les deux parents

De même, dans la situation où les deux parents présentent une déficience intellectuelle, une vigilance et un accompagnement s'imposent. En effet, dans ce type de situations, très souvent, les soins primaires peuvent être très adaptés, surtout s'ils sont répétitifs. Cependant, la difficulté s'amorce lorsqu'il s'agit de tâches complexes ou de gérer l'imprévisibilité existante du quotidien.

En France, il semble que l'offre de soin ne soit pas très bien adaptée à ce type de populations qui nécessiterait un accompagnement éducatif intensif.

En général, l'accompagnement que nous pouvons proposer n'est pas permanent (les passages de TISF, et les visites à domicile de la PMI ne peuvent être quotidiens), et nous n'avons donc que deux options :

- assurer une aide éducative et plus globale qui n'est pas continue

- ou demander un placement de l'enfant si la continuité n'est pas assurée.

L'accueil en foyer maternel ou l'appui sur le soutien familial peuvent être des solutions pouvant pallier cette problématique, mais très souvent, les patientes ne les acceptent pas, d'autant que le père est écarté dans ces solutions-là.

c) Cas des familles à problèmes multiples sans pathologie psychiatrique avérée: quels critères choisir ?

Jusqu'alors, il paraît relativement évident que les critères précédemment cités apparaissent dans le niveau 3. La grande difficulté de cet outil a surtout concerné les patientes à problèmes multiples ne présentant pas de pathologie psychiatrique à proprement parler, mais plutôt des troubles mentaux ou des difficultés psychologiques telles des patientes présentant un **trouble de la personnalité borderline**. Parmi ces patientes, la clinique peut être très variée et les difficultés psychologiques peuvent prendre différentes tonalités. A l'extrême, nous l'avons vu, il peut exister un risque important pour l'enfant, qui peut être aigu (en cas d'impulsivité des parents), mais surtout subaigu devant des interactions mère-enfant chaotiques et discontinues. Nous nous sommes donc questionnés sur des critères les plus pertinents à mentionner pour pouvoir repérer (et prendre en charge) ces situations à risque.

Pour cela, nous nous sommes appuyés sur une **étude récente (2013) dans une PMI** réalisée par Garret-Gloanec et al, intitulée « *Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans* », qui nous a permis d'identifier deux types de critères : ceux concernant le « contexte parental » et ceux concernant les « capacités maternelles ». (18)

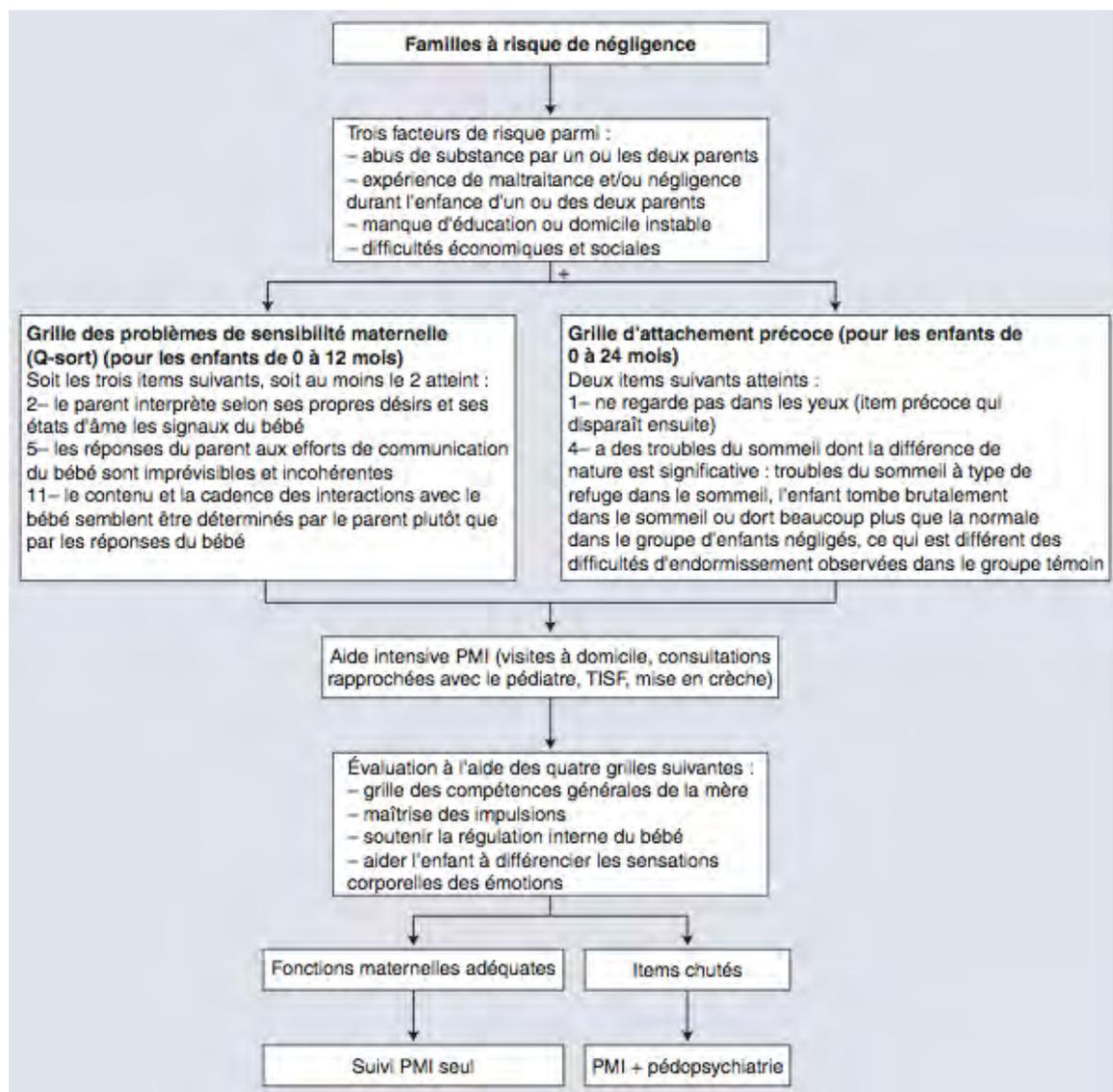
Facteurs de vulnérabilité concernant le contexte parental et les capacités maternelles : étude PMI 2013 de Garret-Gloanec et al.

Dans cette étude, Gloanec et al. ont (entre autre), réfléchi à la mise en œuvre d'une procédure diagnostique et thérapeutique en PMI. Pour cela, ils ont tout d'abord défini les familles « à risque » en se basant sur la définition de Heaman et al : « *la famille identifiée doit être définie à risque, c'est à dire présenter au moins trois des facteurs de risque parmi les suivants : abus de substance par un parent ou les deux ; expérience de maltraitance et/ou de négligence durant l'enfance d'un parent ou des deux ; manque d'éducation ; domicile instable ; difficultés économiques et sociales* ». (237)

Pour évaluer les situations de négligence, ils ont utilisé plusieurs grilles standardisées et validées extraites du guides d'évaluation des capacités parentales chez les enfants de 0 à 5 ans de Steinhauer, et de Paquettes (238) (239): Grilles d'évaluation du réseau de soutien social des parents de Jourdan-Ionescu et al. (240) ; Q-Sort : items du Q-Sort des comportements maternels de Pererson et Moran. (241) ; Grille sur les compétences parentales ; Grille sur la capacité à soutenir la régulation interne du bébé ; Grille sur la capacité pour aider l'enfant à différencier les sensations corporelles des émotions ; Grille de maîtrise des impulsions des parents.

Ainsi, après avoir expérimenté ces grilles de façon comparative sur deux groupes de dossiers, un groupe témoin et un groupe d'enfant ayant subi des négligences, ils ont retenu comme particulièrement significatifs et prévalent l'association de certains items, ce qui leur a permis d'élaborer avec la PMI des niveaux de fonctionnement. Ils en ont déduit 'arbre décisionnel suivant (Figure 1) :

Figure 1 : Figure issue de l'étude le Garret-Gloanec et al : « Arbre décisionnel. Familles à risque de négligence repérées par la PMI »



Nous nous sommes donc inspirés de ces critères pour les extrapoler dans notre niveau 3 en les classant en deux catégories : « contexte parental », et « capacité maternelle ».

Concernant la catégorie « contexte parental », en plus des quatre items mis en évidence dans l'étude de Garret-Gloanec et al, nous avons rajouté les items suivants qui nous paraissaient pertinents et significatifs : « La patiente a déjà 1 ou plusieurs enfants placé(s) », « Pas d'alliance envers les soins et/ou pas de capacité à demander de l'aide », et « Impulsivité ». Nous avons par ailleurs pris **3** comme seuil de positivité pour cette catégorie tout comme dans l'étude, c'est à dire qu'elle est positive (situation de niveau 3) si trois items sont cochés.

Concernant la capacité maternelle, en plus des quatre items mis en évidence dans l'étude de Garret-Gloanec et al, nous avons rajouté les items suivants : « Ne regarde pas son bébé, ne lui parle pas, reste loin de lui lors de l'entretien », et « Sentiment d'épuisement, de tristesse, d'incompétence ». Nous avons utilisé **2** comme seuil de positivité.

Les 2 catégories de notre outil concernant le contexte parental et les capacités maternelles se présentent donc de la manière suivante :

- **Contexte parental** (Positive si 3 items cochés) :
 - abus de substance par un ou les deux parents
 - expérience de maltraitance et/ou de négligence durant l'enfance d'un ou des deux parents
 - manque d'éducation ou domicile instable
 - difficultés économiques et sociales
 - La patiente a déjà 1 ou plusieurs enfants placé(s)
 - Pas d'alliance envers les soins et/ou pas de capacité à demander de l'aide
 - Impulsivité
- **Capacité maternelle** (Positive si 2 items cochés) :
 - Ne regarde pas son bébé, ne lui parle pas, reste loin de lui lors de l'entretien
 - Sentiment d'épuisement, de tristesse, d'incompétence
 - Interprète selon ses propres désirs et états d'âmes les signaux du bébé
 - Réponses du parent aux efforts de communication du bébé imprévisibles et incohérentes
 - Contenu et cadence des interactions avec le bébé déterminés par le parent plutôt que par les réponses du bébé.

Par ailleurs, précisons que si une seule des deux catégories est positive, alors cela suffit pour que la situation soit classée dans le niveau 3.

d) Signes d'alerte repérables chez l'enfant

Comme nous l'avons décidé précédemment, le niveau 3 doit prendre en compte la clinique du bébé : un bébé en souffrance relationnelle ou présentant des signes de retrait significatifs doit attirer notre attention tout particulièrement. Nous avons donc ajouté dans ce niveau la catégorie « **attachement précoce chez l'enfant de 0 à 3 mois** »

Afin de définir quels critères mettre dans cette catégorie, nous nous sommes appuyés sur 3 outils : l'étude PMI précédemment décrite, l'échelle ADBB d'Antoine Guedeney, et une grille élaborée à Toulouse sur les signes d'alertes précoces chez le bébé et l'enfant.

Etude PMI 2013 de Garret-Gloanec et al.

L'étude PMI de Garret-Gloanec et al citée précédemment avait retenu comme particulièrement significatifs et prévalent les items suivants de la grille d'attachement précoce (0-24 mois):

- Item 1 : ne regarde pas dans les yeux++ (PRECOCE++)
- Item 4 : a des troubles du sommeil dont la différence de nature est significative (à type de refuge dans le sommeil) (PRECOCE++)
- Item 2 : ne babille pas, ni ne gazouille, vocalise peu (Précoce)
- Item 12 : Réagit à la séparation soit en ne manifestant que très peu de détresse, soit en se montrant complètement inconsolable (intermédiaire)
- Item 21 : autostimulations, mouvements de balancement, manies occupationnelles, tendances se frapper la tête contre le mur
- Item 24 : divers retards de développement.

Avant 3 mois, seuls les **4 premiers points** sont concernés.

Signes de retrait : ADBB d'A. Guedeney

L'ADBB (Alarme Détresse Bébé) est une échelle d'évaluation du retrait relationnel du jeune enfant avant trois ans lors d'un examen pédiatrique. Elle a été construite par le Pr Antoine Guedeney en 2007 pour aider à l'observation du bébé. Il ne s'agit pas d'un outil diagnostique, mais d'un **support** à l'observation du bébé dans une situation donnée qui peut être un examen médical, un examen par une puéricultrice ou une infirmière, en PMI ou à domicile, ou une situation de test de développement ou d'observation. (242)

Le Pr Guedeney définit le **comportement de retrait** comme *un élément majeur de la réponse du bébé de deux à trois mois à l'altération de la relation qui se produit lors de l'expérience du visage immobile ou en clinique lors de la dépression maternelle*. Ce signe clinique a un intérêt particulier car c'est l'un des plus stables au cours du développement, malgré les changements majeurs qui se produisent dans les trois premières années de la vie ; et donc c'est un **signe d'alarme** important, tout en ne prédisant pas un diagnostic précis. Il a donc créé l'échelle ADBB afin de repérer les signes de retrait chez le nourrisson.

L'échelle a été construite en cherchant les items les moins sensibles au développement, et les plus facilement repérables lors d'un examen pédiatrique de dépistage, par exemple en service de PMI. Elle comporte 8 items cotés de 0 à 4 qui sont les suivants:

- expression du visage
- contact visuel
- activité corporelle (tête, tronc et membres)
- gestes d'auto stimulation
- vocalisations
- vivacité de la réponse à la stimulation
- capacité de mise en relation avec l'autre
- attractivité.

Par la suite, une version simplifiée, appelée mini-ADBB a été élaborée, présentant les items suivants :

- expression du visage (dont le sourire)
- contact visuel
- activité
- vocalisations
- relation avec le clinicien

Nous avons donc pris en compte ces 5 critères dans la création de notre outil, en gardant essentiellement ceux qui sont repérables les trois premiers mois plus particulièrement, soit le sourire, la poursuite oculaire et les vocalisations (ou échanges sonores).

Grille élaborée à Toulouse sur les signes d'alerte précoce.

Pour finir, un autre document a permis d'étayer notre outil. Il s'agit d'une grille qui est le fruit d'un travail « Santé mentale bébé 31 » regroupant les différents pédopsychiatres publics travaillant autour de la petite enfance. Ce travail a été coordonné, mis en page et présenté aux journées p'timip par le Dr Laurence Carpentier, médecin de la Guidance Infantile, ARSEEA, Toulouse.

Cette grille regroupe les principaux signes d'appel des troubles psychiques lors d'un examen par le pédiatre, en fonction de l'âge de l'enfant. Nous nous intéresserons ici qu'à ceux spécifiés avant l'âge de 3 mois qui sont les suivants :

A la sortie du service :

- **Très grande prématurité < 30 semaines d'aménorrhée**
- **Hypotrophie sévère avec poids de naissance < 1500 grammes**
- **Vulnérabilité parentale (précarité, isolement, mère très jeune)**
- **Pathologie organique chronique maternelle**
- **ATCD psychiques parentaux**
- **Difficultés psychiques avérées dans la fratrie**
- **Mauvais ajustement relationnel mère-bébé (ne parle pas à son bébé, ne participe pas au soin ...)**
- **Souffrance psychique maternelle (angoisses, dépression ...)**

Vers 2/3 mois

- Sommeil :
 - Ne dort pas assez (moins de 15h par jour)
 - Absence ou peu de sommeil diurne
- Langage :
 - Absence de gazouillis
- Relation :
 - Absence de sourire
 - Absence de poursuite oculaire
- Emotions:
 - Pleurs excessifs et inconsolables
- Ajustement mère- bébé :
 - Bébé qui ne se calme pas dans les bras de la mère
 - Mère qui ne regarde pas son bébé, ne lui parle pas, reste loin de lui lors de l'examen.
 - Mère qui ressent un sentiment d'épuisement, de tristesse (absence de plaisir à être avec son enfant), d'incompétence

*(Signe relatif: L'association de 3 signes relatifs justifie une orientation vers une consultation spécialisée ; la présence d'un signe justifie une vigilance particulière lors du prochain examen ; la persistance, la permanence d'un signe justifie une orientation spécialisée. **Signe absolu (en Gras): sa présence impose une orientation vers une consultation spécialisée.**)*

Au final, critères retenus pour la catégorie « attachement précoce chez l'enfant de 0 à 3 mois »

Ils sont les suivants :

- Absence de poursuite oculaire
- Absence de gazouillis ou d'échange sonore
- Absence de sourire
- Pleurs excessifs et inconsolables
- Troubles du sommeil significatifs : se réfugie dans le sommeil, tombe brutalement dans le sommeil, dort beaucoup plus que la moyenne ou ne dort pas assez (moins de 15 heures/jour)

Dans un souci de prévention, nous avons décidé de privilégier la sensibilité pour cette catégorie, et avons donc retenu **1 comme seuil de positivité** (la catégorie est positive si un ou plusieurs des items précités est présent).

e) Au total : critères retenus pour le niveau 3

Au total, 5 catégories sont présentes dans le niveau 3. La positivité d'une seule de ces catégories classe la situation dans le niveau 3. Les 5 catégories, et leurs critères respectifs, sont les suivantes :

- 1) Pathologie psychiatrique en cours de décompensation ou à haut risque de décompensation :
 - Trouble de l'humeur décompensé:
 - Décompensation maniaque d'un trouble bipolaire (F31.1, F31.2) ou épisode maniaque (F30.x)
 - Décompensation dépressive d'un trouble bipolaire (F31.3, F41.4, F41.5)
 - Décompensation mixte d'un trouble bipolaire (F31.6) ou épisode mixte (F38.0)
 - Dépression du post-partum (F53.0)
 - Trouble psychotique décompensé ou à haut risque de décompensation :
 - Schizophrénie non stabilisée (F20.x)
 - Trouble schizo-affectif non stabilisé (F25.x)
 - Psychose puerpérale (F53.1)
- 2) Déficiência intellectuelle chez les 2 parents ET environnement familial non en disposition d'étayer suffisamment les parents ou de prendre le relai de manière continue. (F71, F72, F73)
- 3) Contexte parental (positif si 3 cochés) :
 - La patiente a déjà 1 ou plusieurs enfants placé(s)
 - Pas d'alliance envers les soins et/ou pas de capacité à demander de l'aide
 - Abus de substance par 1 ou les 2 parents
 - Expérience de maltraitance, de négligence et/ou de placement durant l'enfance d'un ou des deux parents
 - Manque d'éducation, ou domicile instable
 - Difficultés économiques et sociales
 - Impulsivité
- 4) Après la naissance : capacité maternelle (positif si 2 cochés)
 - Ne regarde pas son bébé, ne lui parle pas, reste loin de lui lors de l'entretien
 - Sentiment d'épuisement, de tristesse (absence de plaisir envers son bébé), d'incompétence
 - Interprète selon ses propres désirs ou états d'âme les signaux du bébé
 - Réponse aux signaux de communication du bébé imprévisible ou incohérente
 - Contenu des cadences et interactions avec le bébé déterminé par le parent plutôt que par les réponses du bébé.
- 5) Après la naissance : attachement précoce de l'enfant de 0 à 3 mois
 - Absence de poursuite oculaire
 - Absence de gazouillis ou d'échange sonore
 - Absence de sourire
 - Pleurs excessifs et inconsolables
 - Troubles du sommeil significatifs : se réfugie dans le sommeil, tombe brutalement dans le sommeil, dort beaucoup plus que la moyenne ou ne dort pas assez (moins de 15 heures/jour)

F) Aspect : design final de l'outil

Le design final de l'outil doit donc reprendre tous les éléments cités et faire apparaître les trois niveaux.

1) Grille à 3 niveaux

Il s'agit donc d'une grille qui se répartit en trois niveaux chacun d'entre eux pouvant héberger plusieurs catégories, chacune d'entre elles ayant plusieurs critères à cocher (s'ils sont présents):

- Niveau 1 : « Fragilité simple, contrôlée », 1 seule catégorie
- Niveau 2 : « Fragilité complexe », 4 catégories :
 - « Pathologie psychiatrique » : elle doit être actuelle
 - « Maturité psychique insuffisante » : déficience intellectuelle chez un des deux parents ; ou patiente mineure de 16 ans ou moins sans entourage étayant.
 - « Antécédent » : traitement par thymorégulateur ou antipsychotique ou antécédent psychiatrique significatif
 - « Social » : 1 critère social (positif si retentissement anxieux ou dépressif)
- Niveau 3 : « Situation à risque »
 - « Décompensation psychiatrique » : Pathologie psychiatrique en cours de décompensation ou à haut risque de décompensation
 - Déficience intellectuelle chez les 2 parents ET environnement familial non en disposition d'étayer suffisamment les parents ou de prendre le relai de manière continue. (F71, F72, F73)
 - « Contexte parental » (positif si 3 cochés)
 - Après la naissance : « Capacité maternelle » (positif si 2 cochés)
 - Après la naissance : « Attachement précoce de l'enfant de 0 à 3 mois »

2) Informations principales à mentionner

En plus des critères de la grille à cocher, la partie initiale de l'outil concerne des informations principales à mentionner, qui nous ont paru nécessaires :

- Nom, prénom et date de naissance de la patiente (pour pouvoir ressortir le dossier si besoin de précisions, à anonymiser par la suite)
- Grossesse simple ou multiple
- Date de la première consultation (pour pouvoir évaluer la durée du suivi)
- Intervenant lors de la première consultation
- Nombre (+noms) d'intervenants total de l'équipe périnatale ayant vu la patiente
- Nombre total d'entretiens

3) Autres données sur la prise en charge

Afin de pouvoir évaluer les prises en charge mises en place et leur adéquation avec le niveau de complexité de la situation, nous avons ajouté à la grille une dernière partie concernant les prises en charge mises en place et les dispositifs utilisés. Les critères suivants sont à cocher s'ils sont positifs :

- Organisation de réunion(s) de synthèse(s) ou de réunion de concertation pluridisciplinaires (staff PPP par exemple)

- Suivi conjoint par l'AS de la maternité ou de l'équipe de psychiatrie périnatale
- Suivi PMI
- Suivi par l'AS de secteur
- Suivi ASE
- Suivi psychiatrique spécifique de la patiente indépendamment de son état de grossesse (antérieur ou instauré)
- Hospitalisation en psychiatrie pendant la grossesse ou dans le post-partum
- Admission en foyer maternel
- Admission en unité mère-enfant
- Mise en place d'une TISF
- Signalement (ou information préoccupante) fait par la psychiatrie périnatale, sans déboucher par un placement de l'enfant
- Mesures éducatives au domicile (AED, AEMO)
- Placement de l'enfant en foyer ou famille d'accueil
- Abandon de l'enfant
- Rupture du suivi ou patiente perdu de vue
- Relai du suivi par un service de réanimation, de néonatalogie, ou un autre service de maternité.

La version finale de l'outil est jointe en **Annexe 2**.

III) Mise en application (Méthode)

A) Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective (cohorte), unicentrique.

B) Les professionnels concernés (par le remplissage de l'outil)

Tous les **psychologues** et (**pédo**)**psychiatres** de l'équipe de psychiatrie périnatale de la maternité Paule de Viguié étaient concernés.

L'assistante sociale n'était pas concernée à proprement parler puisqu'il fallait au minimum une problématique psychique dans le cadre de cet outil et si les 2 professionnels cotaient il risquait d'y avoir des doublons. Cependant, son aide nous a été précieuse pour aider les autres professionnels à remplir l'outil lorsqu'elle est intervenue et en cas de besoin.

C) Les patientes concernées : critères d'éligibilité.

1) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions concernaient **toutes** les patientes vues **pour la première fois dans la période déterminée**. Il s'agit dans tous les cas soit de patientes suivies sur la maternité de Paule de Viguié (CHU de Toulouse), soit de patientes hospitalisées sur cette maternité durant leur grossesse (et ayant accouché soit dans cette maternité, soit dans une autre), soit de patientes ayant accouché dans cette maternité.

2) Critères d'exclusion

Ont été exclues les patientes vues pendant la période donnée, mais dont le suivi (de grossesse en cours) avait débuté avant. A noter que si ces patientes avaient été suivies précédemment, mais que ce suivi concernait une autre grossesse, alors elles ont été incluses.

Il n'y avait aucun autre critère d'exclusion particulier.

D) Modalités d'utilisation de l'outil

Pour chaque patiente, l'outil a été rempli en cochant **toutes** les cases qui correspondaient à la situation de la patiente, et en le **mettant à jour régulièrement** si il y a eu des évolutions. Il pouvait y avoir plusieurs items cochés dans le même niveau ou dans deux (voir les trois) niveaux différents. Le questionnaire restait dans le dossier de la patiente pendant toute la durée de l'utilisation. Pour le mettre à jour, les modifications étaient directement faites sur le questionnaire, ou, s'il y avait trop de modifications, un nouveau questionnaire était fait en détruisant le précédent.

E) Durée de l'étude

L'étude a duré **5,5 mois** : du 15/11/13 au 01/05/14.

F) Modalités pratiques

Au début de l'étude, une réunion a eu lieu le 15/11/14 à Paule de Viguié afin de présenter l'outil à tous les professionnels concernés (Equipe de psychiatrie périnatale du CHU de Toulouse Paule de Viguié). Cette présentation s'est faite par oral, mais aussi à l'aide d'un support écrit qui est resté à leur disposition, introduisant brièvement le projet, l'outil, et

précisant comment l'utiliser (**Annexe 3**). Deux des professionnels n'étaient pas présents à cette réunion car n'ayant pas encore pris fonction. Une 2^{ème} réunion (moins formelle) a donc été faite lors de leur prise de fonction.

Pendant l'étude, suite à certaines remarques des professionnels qui utilisaient l'outil, certaines mises à jour de l'outil ont été faites. Cependant, ces mises à jour, peu nombreuses, n'ont pas modifié la méthodologie générale de l'étude ni l'interprétation des résultats.

A la fin de l'étude (le 01/05/2014), tous les outils ont été récupérés, après avoir été mis à jour par les professionnels impliqués. A compter de ce jour, aucune autre patiente n'a été incluse. Une toute dernière **mise à jour s'est faite fin juillet 2014**. Elle concernait uniquement les patientes dont la prise en charge n'était pas terminée pouvait potentiellement être modifiée dans l'intervalle, soit 44 patientes. Pour la grande majorité des cas, il s'agissait de situations de niveau 2 ou 3. Le nombre total de consultations a lui aussi été mis à jour.

G) Critères d'évaluation

1) Principal

- Pourcentage de patientes de chaque niveau parmi les patientes vues (profil de vulnérabilité des patientes).

2) Secondaires

- Répartition des prises en charge en fonction du niveau de vulnérabilité (évaluer la cohérence de l'outil).
- Répartition des diagnostics et de leur prises en charge en fonction des niveaux (évaluer l'adéquation des moyens mis en place aux besoins).

H) Analyse des résultats (aspects statistiques)

Les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et en fréquence, les variables quantitatives en moyennes et écarts types. L'analyse (descriptive) des données s'est faite sur le logiciel Stata version 11. Pour la comparaison des variables qualitatives, nous avons utilisé le test des CHI2 quand l'effectif était supérieur à 5 et le test exact de Fisher dans les autres cas, avec un seuil de significativité retenu de 5%.

I) Confidentialité des données

Conformément aux dispositions législatives en vigueur, les personnes ayant un accès direct aux données sources ont pris toutes les précautions nécessaires pour assurer la confidentialité des informations relatives aux recherches, aux personnes qui s'y prêtent et notamment en ce qui concerne leur identité ainsi qu'aux résultats obtenus. Ces personnes, au même titre que les personnes qui dirigent et surveillent la recherche, sont soumises au secret professionnel.

Les patientes incluses ont été numérotées à partir de 1 jusqu'à 341 par ordre d'inclusion.

IV) Résultats

A) Description de la population et répartition par niveau

1) Population incluse

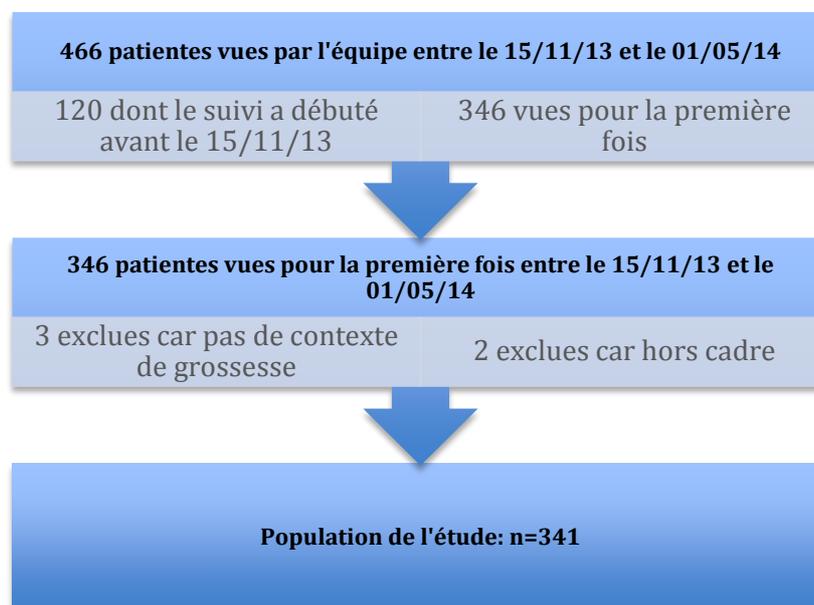
466 patientes ont été vues par l'équipe (psychologues, psychiatres et interne) entre le 15 novembre 2013 et le 1er mai 2014.

Parmi celles-ci, 346 ont été vues pour la première fois (dans le cadre d'une grossesse en cours) par l'équipe. Les autres concernaient des suivis déjà en cours, ayant débuté avant le 15 novembre 2013.

Parmi les 346 patientes vues pour la première fois, **toutes** les fiches ont pu être remplies correctement et recueillies. 5 patientes ont été exclues :

- 3 d'entre elles ont été exclues car il ne s'agissait pas d'un contexte de grossesse (une situation de suspicion de maltraitance, une situation de conjugopathie, et une situation de saignements vaginaux secondaires à un abus sexuel).
- Les 2 autres ont été exclues car les consultations ont eu lieu en dehors du cadre usuel de l'équipe (une situation d'interruption volontaire de grossesse, normalement vue par l'interne de psychiatrie de liaison adulte absent ce jour-là, et une situation pour un avis sur un enfant âgé de 12 mois).

La population incluse concernait donc **341** patientes.



2) Description de la population incluse et répartition des patientes par niveau

Parmi les 341 patientes, **204 (60%)** étaient dans le niveau 1, **92 (27%)** étaient dans le niveau 2, et **45 (13%)** étaient dans le niveau 3.

Le tableau 16 résume les caractéristiques générales.

Le tableau 17 résume la prévalence et la répartition des différents diagnostics. Les résultats concernant ces diagnostics seront plus amplement détaillés plus loin.

Tableau 16: Caractéristiques générales des patientes et répartition par niveau

	Population de l'étude* (n=341)	Niveau 1 (n=204)	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)
Age moyen (années)	30,7 (5,9)	31,6 (6,0)	30,0 (6,0)	28,3 (6,0)
Nombre de grossesses gémeillaires	36 (10,6)	29 (14,2)	5 (5,4)	2 (4,4)
Nombre de grossesses pathologiques	89 (26,1)	61 (29,9)	25 (27,2)	3 (6,7)
Nombre d'IMG	22 (6,5)	18 (8,8)	3 (3,3)	1 (2,2)
Nombre de patientes ayant vécu un deuil périnatal (FCS ou MFIU ou IMG ou décès précoce du bébé)	68 (19,9)	57 (27,9)	9 (9,8)	2 (4,4)
Nombre d'enfants transférés en réanimation ou néonatalogie	54 (15,8)	37 (18,1)	12 (13,0)	5 (11,1)

* Les résultats sont donnés en moyenne et écart-type pour l'âge, puis en effectifs et pourcentage

Tableau 17 : Prévalence et répartition des différents diagnostics dans la population de l'étude

	Population de l'étude (n=341)*	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	p
Social seul	36 (10,6)	35 (38,0)	1 (2,2)	<0,001
Trouble anxieux sévère	14 (4,1)	9 (9,8)	5	/
Trouble de la personnalité borderline	25 (7,3)	11 (11,8)	14 (31,1)	0,006
Trouble de l'humeur (dont EDM)	16 (4,7)	13 (14,0)	3 (6,7)	NS
Schizophrénie ou trouble schizo-affectif	6 (1,8)	0	6 (100)	0,001
Addiction	10 (2,9)	6 (6,5)	4 (8,9)	NS
Déni de grossesse	11 (3,2)	8 (8,7)	3 (6,7)	/
Trouble du comportement alimentaire	11 (3,2)	10 (10,9)	1 (2,2)	/
Mineure ou déficience intellectuelle	7 (2,1)	4 (4,3)	3 (6,7)	NS
Dépression du post-partum	18 (5,3)	0	18 (40,0)	/
Psychose puerpérale	1 (0,3)	0	1 (2,2)	/
Social + autre	44 (12,9)	19 (20,7)	25 (55,6)	<0,001

* Les résultats sont exprimés en effectif et pourcentage

B) Cohérence de l'outil : répartition des prises en charge par niveau

1) Nombre de consultations

Tableau 18: Répartition du nombre de consultations par niveau

	Niveau 1 (n=204)	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)
>=3 consultations	70 (34,3%)	61 (66,3%)	40 (88,9%)
<2 consultations	134 (65,7%)	31 (33,7%)	5 (11,1%)
Total	100%	100%	100%

Il y a de manière statistiquement significative une proportion de consultations ≥ 3 supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (88.9% versus 34.3%, $p < 0.001$ avec test du Chi2), dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (88.9% versus 66.3%, $p = 0.005$ avec test du Chi2) et aussi dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (66.3% versus 34.3%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

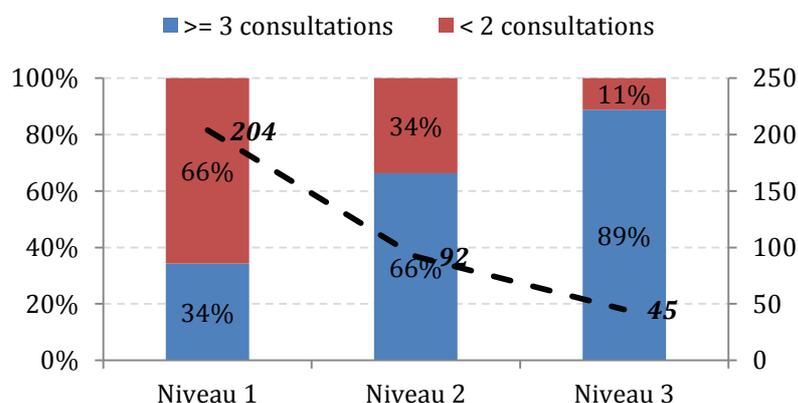


Figure 2: Répartition du nombre de consultations par niveau: en pourcentage fonction du niveau

Dans le niveau 3, seulement 5 patientes (11%) ont eu 2 ou moins de 2 consultations. Ces 5 patientes ont été vues au minimum par un (pédo)psychiatre (ou interne) de l'équipe et 2 d'entre elles ont vu en plus l'AS de l'équipe. Les 5 présentaient une décompensation psychiatrique : 2 décompensations de schizophrénie, 3 dépressions du post-partum. Concernant les 2 décompensations de schizophrénie, le suivi a été interrompu pour cause d'hospitalisation en psychiatrie (pendant la grossesse pour l'une avec un relai de suivi dans un hôpital périphérique, et après l'accouchement pour l'autre). Pour l'une des 2, une information préoccupante a été faite. Concernant les 3 dépressions du post-partum, l'une d'entre elle a été perdue de vue. Pour les 2 autres, un relai a été instauré : mise en place d'une TISF pour l'une, et relai vers un suivi psychiatrique en ambulatoire pour l'autre.

2) Nombre d'intervenants

Tableau 19: Répartition du nombre d'intervenants par niveau

	Niveau 1 (n=204)	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)
>= 2 intervenants	31 (15,2%)	52 (56,5%)	34 (75,6%)
< 2 intervenants	173 (84,8%)	40 (43,5%)	11 (24,4%)
Total	100%	100%	100%

La proportion de patientes ayant eu au moins 2 intervenants est de manière statistiquement significative supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (75.6% versus 15.2%, $p < 0.001$ avec test du Chi2), dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (75.6% versus 56.5%, $p = 0.038$ avec test du Chi2) et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (56.5% versus 15.2%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

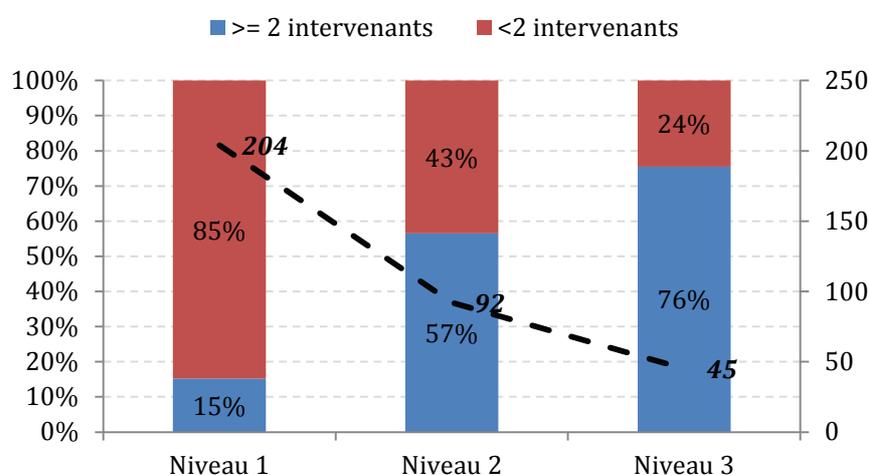


Figure 3: Répartition du nombre d'intervenants par niveau: en pourcentage par niveau

Dans le niveau 3, pour les 11 patientes (24%) qui n'ont vu que 1 seul intervenant, l'intervenant était un (pédo)psychiatre (ou interne). 10 présentaient une décompensation dépressive (9 dépressions du post-partum, et 1 décompensation dépressive d'un trouble bipolaire). La 11^{ème} présentait un trouble bipolaire mais non décompensée, elle cotait le niveau 3 car la catégorie « contexte parental » était positive. Pour une seule des patientes les interactions mère-enfant étaient perturbées, et pour aucune des patientes l'attachement de l'enfant était modifié. 2 des 11 patientes cotait la catégorie « social », mais il s'agissait des items « différence de culture » ou « rupture affective » sans précarité associée.

3) Type d'intervenants

Le tableau et la figure suivants mettent en avant la répartition des niveaux en fonction du type d'intervenant. Dans le tableau, le pourcentage est fonction du nombre total de patientes pour le type d'intervenant concerné, alors que dans la figure, le pourcentage est fonction du nombre total de patientes dans le niveau concerné.

A noter qu'une patiente peut avoir été suivie par plusieurs des intervenants.

Tableau 20: Répartition des niveaux en fonction du type d'intervenant: valeur numérique.

	Niveau 1 (n=204)	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	Total par type d'intervenant
Psychologue(s) de l'équipe seulement	146	14	1	161
Psychiatre de l'équipe	50	62	39	151
AS de l'équipe	9	40	25	73
Psychiatre <u>et</u> AS de l'équipe	1	24	20	42
Réunion(s) pluridisciplinaire(s)	1	3	9	13
PMI	24	42	32	98
AS de secteur	1	18	15	34
ASE	0	2	5	7
Psychiatre au long cours	0	22	13	35

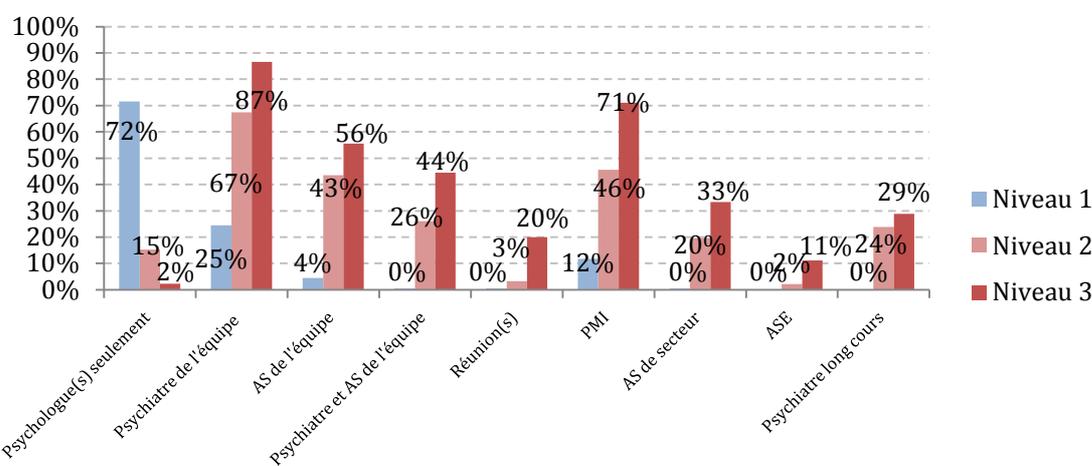


Figure 4: Répartition des niveaux en fonction du type intervenant: en pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau

Intervention uniquement par un (ou des) psychologues de l'équipe :

La proportion de patientes ayant vu uniquement la (les) psychologue(s) de l'équipe est de manière statistiquement significative inférieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (2.2% versus 71.6%, $p < 0.001$ avec test du Chi2), dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (2.2% versus 15.2%, $p = 0.021$ avec test exact de Fisher) et enfin dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (15.2% versus 71.6%, $p < 0.001$ avec test du Chi2). De même l'intervention d'une psychologue seule est significativement plus fréquente dans le niveau 1 par rapport au niveau 2+3 (71.6% versus 11.0%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

Dans le niveau 3, la seule patiente pour laquelle seulement 1 psychologue était intervenue avait une déficience intellectuelle sans pathologie psychiatrique associée. Elle

cotait le niveau 3 car la catégorie « contexte parental » était positive. Après 3 consultations, son bébé a été hospitalisé en réanimation où le relai a été fait. Dans le niveau 2, 14 patientes n'ont été vues que par le (ou les) psychologue(s). 8 d'entre elles présentaient un diagnostic psychiatrique (1 trouble anxieux sévère, 4 troubles de la personnalité borderline, 2 troubles du comportement alimentaire (sans autre diagnostic associé), et 1 trouble addictif), 1 patiente présentait une déficience intellectuelle (sans trouble ni antécédent psychiatrique associé), 1 patiente présentait un antécédent psychiatrique sans autre problème associé, et 4 patientes cotaient la catégorie « social » sans trouble ni antécédent psychiatrique associé.

A noter que, durant toute la période de l'étude, les psychologues (+/- avec l'AS ou les psychiatres de l'équipe) ont vu au total 227 patientes, soit 66,6% des patientes.

Intervention par le (pédo)psychiatre ou l'interne de l'équipe (au minimum) :

Durant toute la période de l'étude, les psychiatres ont vu au total 151 patientes, soit 44,3% des patientes. Parmi ces 151 patientes, 50 (33,1%) étaient dans le niveau 1, 80 (53,0%) étaient soit mineures, soit présentaient une pathologie psychiatrique ou un antécédent psychiatrique ou une déficience intellectuelle, et 22 (14,6%) ne présentaient que des difficultés sociales.

De plus, parmi toutes les patientes présentant une pathologie psychiatrique, un antécédent psychiatrique, une déficience intellectuelle, ou étant mineure (n=102), 78,4% (n=80) ont vu un psychiatre de l'équipe.

Concernant la répartition dans les niveaux, la proportion de patientes ayant vu le psychiatre de l'équipe est de manière statistiquement significative supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (86.7% versus 24.5%, $p < 0.001$ avec test du Chi2), dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (86.7% versus 67.4%, $p = 0.022$ avec test du Chi2) et enfin dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (67.4% versus 24.5%, $p < 0.001$ avec test du Chi2). De même l'intervention d'un psychiatre est significativement plus fréquente dans le niveau 2+3 par rapport au niveau 1 (73.7% versus 24.5%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

Intervention par l'AS de l'équipe (au minimum)

La proportion de patientes ayant eu une intervention de l'AS de l'équipe est de manière statistiquement significative supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (55.6% versus 4.4%, $p < 0.001$ avec test du Chi2) et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (43.5% versus 4.4%, $p < 0.001$ avec test du Chi2). Il n'y a pas de différence significative entre le niveau 3 et le niveau 2. Si on rassemble les niveaux 2 et 3, la proportion de patientes ayant eu une intervention de l'AS est significativement supérieure dans ce niveau combiné par rapport au niveau 1 (47.5% versus 4.4%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

De plus, l'assistante sociale est intervenue pour 56% des situations relevant du niveau 3 (25 patientes), soit plus de la moitié. Parmi les 20 situations où elle n'est pas intervenue, 19 des patientes présentaient un diagnostic psychiatrique (dont 15 dépressions du post-partum, 3 troubles bipolaires, et 1 patiente qui présentait un trouble de la personnalité borderline et cotaient la catégorie « contexte parental »); et la 20^{ème} patiente présentait une déficience intellectuelle et cotaient la catégorie « contexte parental ». Aucune de ces patientes n'était dans une situation de précarité (3 cotaient la catégorie « social », mais soit à cause d'une différence de culture, soit devant une situation d'isolement).

Parmi toutes les patientes (les 3 niveaux confondus) qui cotaient la catégorie « social » (80 patientes), l'AS de l'équipe en a vu 52, soit 65%. Parmi les 28 patientes qui cotaient la

catégorie « social » et qui n'ont pas été vues, aucune n'était dans une réelle situation de précarité : 9 cotaient l'item « Barrière de la langue ou différence de culture », 13 cotaient l'item « situation d'isolement ou de rupture affective pendant la grossesse », 2 cotaient les items « Mauvaise acceptation de la maladie » et « Mauvaise alliance envers les soins », 2 cotaient l'item « violences intraconjugales » mais étaient déjà suivies par l'AS de secteur, et 2 avaient refusé de voir l'AS de l'équipe (elles cotaient respectivement les items « grossesse issue d'un viol » et « violence intraconjugale »). L'une des 2 a été hospitalisée en psychiatrie.

Inversement, parmi toutes les patientes incluses que l'AS a vu (les 3 niveaux confondus, n=74), elles n'étaient pas toutes dans une situation de précarité, et 30% (n=22) ne cotaient pas la catégorie « social » : 9 du niveau 1 (2 vues par l'AS du service de réanimation, 2 vomissements incoercibles, 2 grossesses pathologiques, 1 deuil périnatal, 2 pour autre motif); 10 du niveau 2 (2 troubles anxieux sévères, 1 épisode dépressif majeur, 2 dénis de grossesse, 1 trouble de la personnalité borderline, 1 trouble bipolaire, 1 mineure de 16 ans, 1 ayant un antécédent psychiatrique); 3 du niveau 3 (1 décompensation d'un trouble schizo-affectif, 1 déficience intellectuelle où a été faite 1 IP, et 1 borderline).

Parmi toutes les patientes (les 3 niveaux confondus), lorsque l'AS est intervenue (n=74), dans 88% des cas (n=65), un suivi PMI et/ou par l'AS de secteur était associé.

Intervention du psychiatre et de l'AS de l'équipe :

La proportion de patientes ayant eu une intervention du psychiatre et de l'AS est de manière statistiquement significative supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (44.4% versus 0.5%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher) , dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (44.4% versus 26.1%, $p = 0.031$ avec test du Chi2) et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (26.1% versus 0.5%, $p < 0.001$ avec test du Chi2). Si on rassemble les niveaux 2 et 3, la proportion de patientes ayant eu une intervention du psychiatre et de l'AS est significativement supérieure dans ce niveau combiné par rapport au niveau 1 (32.1% versus 0.5%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

Réunions pluridisciplinaires :

La proportion de patientes ayant fait l'objet d'une réunion pluridisciplinaire est de manière statistiquement significative supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (20.0% versus 0.5%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher), dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (20.0% versus 3.3%, $p = 0.002$ avec test exact de Fisher). Il n'y a pas de différence significative entre le niveau 2 et le niveau 1. Si on rassemble les niveaux 1 et 2, on retrouve une proportion de réunions significativement supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1+2 (20.0% versus 1.35%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher).

Concernant les réunions pluridisciplinaires, sur les 341 patientes, 13 réunions ont été organisées dont la grande majorité pour des patientes du niveau 3 (9 réunions). Pour la patiente du **niveau 1**, la réunion était une réunion avec les sages-femmes de PMI qui souhaitaient parler de cette patiente face à quelques éléments dépressifs. Il s'avère que ceux-ci ont disparu par la suite et que la patiente n'a donc été vue qu'une seule fois. Pour les patientes des niveaux 2 et 3, il s'agissait d'une présentation par l'équipe au staff avec les gynécologues (appelé **staff PPP**) réalisé avant l'accouchement en vu de coordonner les soins après l'accouchement et d'organiser une hospitalisation prolongée à la maternité pour évaluer les interactions mère-enfant. Concernant les 3 patientes du **niveau 2**, il s'agissait d'1 trouble bipolaire non décompensé, d'1 trouble de la personnalité borderline, isolée, avec un

antécédent de tentative de suicide (patiente par la suite admise en foyer maternel), et d'1 patiente en situation de non droit dont la grossesse n'était pas désirée et ayant un antécédent de tentative de suicide (par la suite, une TISF a été mise en place pour cette patiente). Pour les 9 patientes du **niveau 3**, il s'agissait de 4 décompensations psychiatriques de trouble schizo-affectif ou de schizophrénie (2 ont abouties sur la mise en place d'une TISF, et 2 sur une hospitalisation en psychiatrie) ; d'une déficience intellectuelle avec handicap moteur et sans entourage étayant (ayant abouti sur une information préoccupante) ; et de 4 situations à problèmes multiples avec doute sur la capacité à assurer une continuité psychique pour le bébé (pour une, l'ASE est intervenue par la suite, pour une autre, une note médicosociale a été rédigée, et pour les 2 autres, elles ont été admises respectivement en centre maternel et en résidence sociale pour jeune mère célibataire).

Suivi PMI :

La proportion de patientes ayant eu l'intervention de la pmi est de manière statistiquement significative supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (71.1% versus 11.8%, $p < 0.001$ avec test du Chi2), dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (71.1% versus 45.7%, $p = 0.005$ avec test du Chi2) et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (45.7% versus 11.8%, $p < 0.001$ avec test du Chi2). Si on rassemble les niveaux 2 et 3, on retrouve une proportion d'interventions de la PMI significativement supérieure dans le niveau 3+2 par rapport au niveau 1 (54.0% versus 11.8%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

Suivi par l'AS de secteur :

La proportion de patientes ayant eu un suivi de l'AS de secteur est de manière statistiquement significative supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (33.3% versus 0.5%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher), et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (19.6% versus 0.5%, $p < 0.001$ avec test du Chi2). Pas de différence significative entre les niveaux 3 et 2. Si on rassemble les niveaux 2 et 3, la proportion de patientes ayant eu un suivi par l'AS de secteur est significativement supérieure dans ce niveau combiné par rapport au niveau 1 (24.1% versus 0.5%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

Suivi ASE :

La proportion de patientes ayant eu un suivi pas l'ASE est de manière statistiquement significative supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (11.1% versus 0.00%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher), dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (11.1% versus 2.2%, $p = 0.038$ avec test exact de Fisher). Pas de différence significative entre le niveau 2 et le niveau 1. Si on rassemble les niveaux 2 et 3, la proportion de patientes ayant eu un suivi par l'ASE est significativement supérieure dans ce niveau combiné par rapport au niveau 1 (5.1% versus 0.0%, $p = 0.002$ avec test exact de Fisher).

Suivi psychiatrique de la patiente au long cours:

La proportion de patientes ayant eu un suivi psychiatrique est de manière statistiquement significative supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (28.9% versus 0.0%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher), et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (23.9% versus 0.0%, $p < 0.001$ avec test du Chi2). Il n'y a pas de différence significative entre le niveau 2 et le niveau 3. Si on rassemble les niveaux 2 et 3, la proportion de patientes ayant

eu un suivi psychiatrique est significativement supérieure dans ce niveau combiné par rapport au niveau 1 (25.6% versus 0.0%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

Dans la grande majorité des cas, l'équipe et le psychiatre de la patiente se sont mis en lien, que ce soit par téléphone ou par courrier, ce qui n'est pas retrouvé concernant le lien avec le médecin généraliste.

Ainsi, plus le niveau était élevé, plus il y avait d'intervenants autour de la patiente, et plus les intervenants étaient spécialisés, et ce de manière statistiquement significative.

4) Dispositif, prise en charge mise en place (ou devenir) par niveau

Ce tableau et cette figure mettent en avant la répartition des niveaux en fonction des prises en charge et des devenirs. Dans le tableau, le pourcentage est fonction du nombre total de patientes pour le type d'intervenant concerné, alors que dans la figure, le pourcentage est fonction du nombre total de patientes dans le niveau concerné.

A noter qu'une patiente peut avoir bénéficié de plusieurs prises en charge (ou devenirs) différents.

Tableau 21: Répartition des dispositifs, prises en charge et devenirs par niveau: valeur numérique.

	Niveau 1 (n=204)	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	Total
Hospitalisation en psychiatrie	0	4	7	11
TISF (ou aide éducative)	0	6	5	11
Admission en foyer maternel	0	3	3	6
Admission en Unité mère-enfant	0	0	0	0
Signalement judiciaire (ou IP, ou note médicosociale)	0	1	4	5
Placement du bébé	0	0	1	1
Abandon de l'enfant	0	2	2	4
Patiente perdue de vue	1	5	3	9
Relai de prise en charge en réanimation, néonatalogie ou dans une autre maternité	5	5	5	15

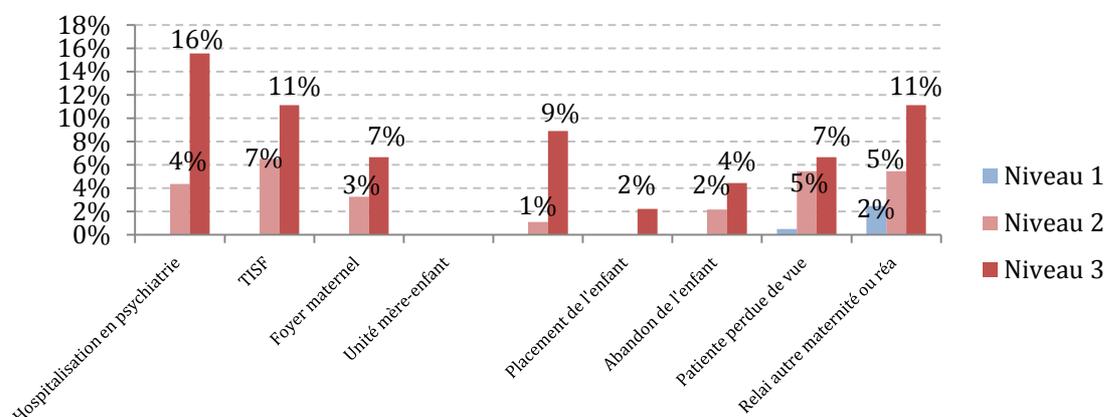


Figure 5: Répartition des dispositifs, prises en charge et devenirs par niveau: en pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.

Hospitalisation en psychiatrie :

La proportion de patientes ayant eu une hospitalisation en psychiatrie est significativement supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (15.6% versus 0.0%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher), dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (15.6% versus 4.4%, $p = 0.040$ avec test exact de Fisher) et enfin dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (4.4% versus 0.0%, $p = 0.009$ avec test exact de Fisher). De même l'hospitalisation en psychiatrie est significativement plus fréquente dans le niveau 2+3 par rapport au niveau 1 (8.0% versus 0.0%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher).

Sur les 27 patientes ayant fait une décompensation psychiatrique, les 7 patientes hospitalisées concernent 4 décompensations de schizophrénie, 2 décompensations de troubles bipolaires et 1 dépression du post-partum.

Mise en place TISF ou aide éducative :

La proportion de patientes pour lesquelles il y a eu la mise en place d'une TISF ou d'une aide éducative est significativement supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (11.1% versus 0.0%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher) et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (6.5% versus 0.0%, $p = 0.001$ avec test exact de Fisher). Pas de différence significative entre les niveaux 3 et 2. Ces mises en place sont significativement plus fréquentes dans le niveau 2+3 par rapport au niveau 1 (8.0% versus 0.0%, $p < 0.001$ avec test exact de Fisher).

Il s'agissait dans tous les cas d'une mise en place d'une TISF (il n'y a pas eu de mise en place d'aide éducative). Les situations en question étaient respectivement les suivantes : 4 difficultés sociales sans pathologie psychiatrique, 1 antécédent psychiatrique, 2 déficiences intellectuelles, 2 dépressions du post-partum, 1 schizophrénie, 1 trouble schizo-affectif. Pour 2 autres patientes, 1 TISF a été proposée mais refusée.

Admission en foyer maternel :

La proportion de patientes ayant été admises en foyer maternel est significativement supérieure dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (6.7% versus 0.0%, $p = 0.006$ avec test exact de Fisher), et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (3.3% versus 0.0%, $p = 0.029$ avec test exact de Fisher). Pas de différence significative entre les niveaux 2 et 3. De même l'hospitalisation en psychiatrie est significativement plus fréquente dans le niveau 2+3 par rapport au niveau 1 (4.4% versus 0.0%, $p = 0.004$ avec test exact de Fisher).

Parmi les patientes admises en foyer maternel, toutes cotaient la catégorie « Social » et/ou « contexte parental ».

Unité mère-enfant :

Aucune patiente n'a été admise en unité mère-enfant.

De même, aucune patiente n'a fait l'objet d'une orientation vers un CATTP.

Réalisation d'un signalement judiciaire ou d'une information préoccupante, ou d'une note médicosociale par l'équipe :

La réalisation d'un signalement judiciaire (ou d'une information préoccupante, ou d'une note médicosociale) par l'équipe est significativement plus fréquente dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (8.9% versus 0.0%, $p = 0.001$ avec test exact de Fisher) et dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (8.9% versus 1.1%, $p = 0.040$ avec test exact de Fisher). Il n'y a pas de différence significative entre les niveaux 1 et 2. La réalisation d'un signalement judiciaire (ou d'une information préoccupante, ou d'une note médicosociale) par l'équipe est significativement plus fréquente dans le niveau 3 par rapport au niveau 1+2 (8.9% versus 0.3%, $p = 0.001$ avec test exact de Fisher).

De plus, 80% des signalements (ou informations préoccupantes, ou notes médico-sociales) concernaient le niveau 3. Pour les 5 patientes (tous niveau confondus) ayant été signalées, il s'agissait pour toutes de situations à problème multiples (2 patientes présentant une déficience intellectuelle et cotant les catégories « social » et/ou « contexte parental », 1

patiente présentant une décompensation de schizophrénie et cotant la catégorie « social », et 2 patientes borderline, cotant les catégories « social » et « contexte parental ». L'une d'elle présentait en outre un trouble addictif, l'autre un trouble anxieux.

Placement de l'enfant (en foyer ou en famille d'accueil) :

100% (1 patiente) des placements de l'enfant concernaient des patientes du niveau 3. Il s'agissait d'une situation à problèmes multiples (patiente présentant un trouble de la personnalité borderline, des antécédents psychiatriques et un trouble addictif, et cotant les catégories « social » et « contexte parental ») dont les interactions observées étaient perturbées (catégorie « capacité maternelle » positive).

Procédure d'abandon de l'enfant :

La procédure d'abandon de l'enfant est significativement plus fréquente dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (4.4% versus 0.0%, $p=0.032$ avec test exact de Fisher). Pas de différence significative entre les niveaux 2 et 3 ou entre les niveaux 1 et 2. La procédure d'abandon de l'enfant est significativement plus fréquente dans le niveau 3+2 par rapport au niveau 1 (2.9% versus 0.0%, $p=0.025$ avec test exact de Fisher).

La procédure d'abandon de l'enfant concernait 2 patientes présentant un déni de grossesse, 1 patiente présentant une décompensation psychiatrique d'une schizophrénie, et 1 patiente présentant 1 trouble de la personnalité borderline. Les 4 patientes cotaient la catégorie « social ».

Patiente perdue de vue :

Les patientes perdues de vue sont au nombre de 9 sur 341. Elles sont significativement plus fréquentes dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (6.7% versus 0.5%, $p=0.019$ avec test exact de Fisher) et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (5.4% versus 0.5%, $p=0.012$ avec test exact de Fisher). Pas de différence significative entre les niveaux 2 et 3.

Les patientes perdues de vue sont significativement plus fréquentes dans le niveau 3+2 par rapport au niveau 1 (5.8% versus 0.5%, $p=0.004$ avec test exact de Fisher).

Relai de prise en charge par une autre structure hospitalière soit de maternité, soit de réanimation, soit de néonatalogie :

Le relai de prise en charge par une autre structure est significativement plus fréquent dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (11.1% versus 2.5%, $p=0.019$ avec test exact de Fisher). Pas de différence significative entre les niveaux 2 et 3 ou entre les niveaux 1 et 2. Le relai de prise en charge par une autre structure est significativement plus fréquent dans le niveau 3+2 par rapport au niveau 1 (7.3% versus 2.5%, $p=0.032$ avec test du Chi2).

Association de toutes les prises en charge (sauf abandon, perdue de vue, et relai de prise en charge) :

Le fait d'avoir eu au moins une prise en charge est significativement plus fréquent dans le niveau 3 par rapport au niveau 1 (35.6% versus 0.0%, $p<0.001$ avec test exact de Fisher), dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (35.6% versus 14.1% avec $p=0.004$ en test du Chi2) et dans le niveau 2 par rapport au niveau 1 (14.1% versus 0.0%, $p<0.001$ avec test exact de Fisher).

Le fait d'avoir eu au moins une prise en charge est significativement plus fréquent dans le niveau 3+2 par rapport au niveau 1 (21.2% versus 0.0%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

Ainsi, encore une fois, **plus le niveau était élevé, plus les prises en charge étaient conséquentes en terme de nombre, et de lourdeur du dispositif**. Plus de patientes des niveaux 2 et 3 ont été hospitalisées en psychiatrie. Il en est de même pour la mise en place d'une TISF ou d'une aide éducative; et l'admission en foyer maternel. Il y a aussi eu plus de perdues de vue et d'abandon de l'enfant dans les niveaux 2 et 3 que dans le niveau 1. Ces résultats sont toujours statistiquement significatifs lors de la comparaison entre le niveau 3 et le niveau 1, ce qui est moins évident pour le niveau 2.

C) Analyse par niveaux

1) Niveau 1

Globalement, toutes les patientes du niveau 1 avaient un diagnostic soit de « trouble de l'adaptation », soit d' « anxiété réactionnelle à un facteur de stress ». Les causes de cette anxiété étaient réparties de la manière suivante par ordre de fréquence, en nombre de patientes (en sachant qu'une même patiente pouvait avoir plusieurs de ces causes intriquées) :

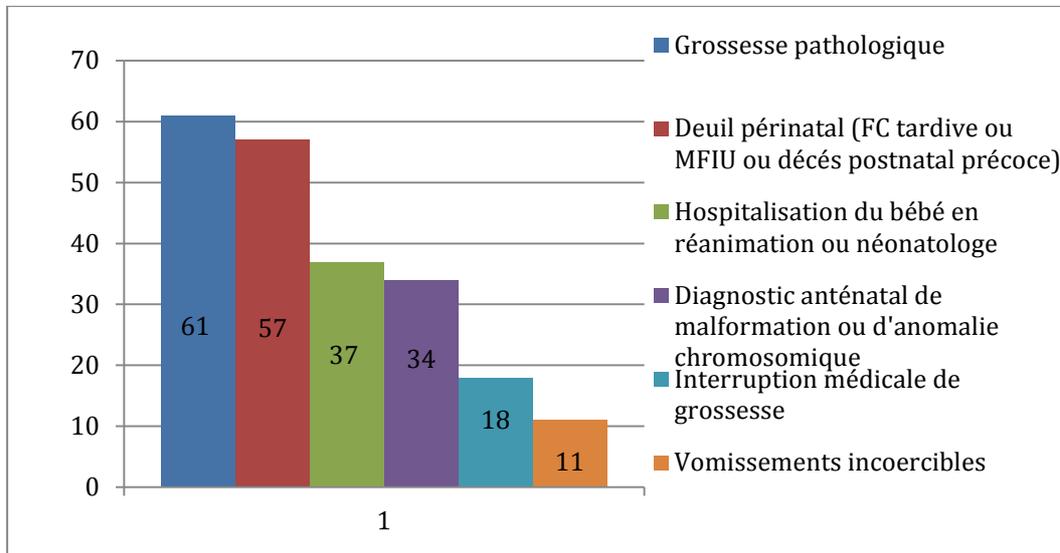


Figure 6 : Diagnostics associés retrouvés dans le niveau 1, valeur numérique

Certaines patientes ne présentaient aucune de ces causes (autres causes). L'outil utilisé ne nous permet pas de les quantifier.

2) Niveau 2

Ci-joint un rappel des catégories du niveau 2 de l'outil :

Niveau 2 Fragilité complexe	<u>Pathologie Psychiatrique actuelle (positif si 1 coché)</u>	
	Trouble anxieux grave ou chronique: Trouble phobique (F40.0 à 9), ou Trouble panique (F41.0), ou Trouble anxieté généralisé (F41.1), ou Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), ou Autres troubles anxieux mixtes (F41.3), ou Hystérie d'angoisse (F41.8), ou Autres troubles anxieux, sans précision (F41.9) TOC (F42.0 à 2), ou PTSD (F43.1), ou Troubles dissociatifs (F44.0 à 9), ou Troubles somatoformes (F45.0 à 9)	
	Trouble de l'humeur:	
	- Episode Dépressif Majeur (F32.0 à 9)	
	- Trouble bipolaire en rémission (F31.7), ou Cyclothymie (F34.0), ou Dysthymie (F34.1)	
	- Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4)	
	Trouble psychotiques sans décompensation depuis minimum 1 an:	
	- Schizophrénie (F20.0 à 9), ou autre psychose chronique	
	- Trouble schizo-affectif (F25.0 à 9)	
	Trouble de la personnalité borderline (F60.3)	
	Trouble du comportement alimentaire (F50.0 à 9)	
	Toxicomanie ou alcoolisme chronique en cours (F10 a F19)	
	Déni de grossesse (+/- Z64.0)	
	ou	
	<u>Antécédent psychiatrique (positif si 1 coché)</u>	
	Traitement actuel par un thymorégulateur ou un neuroleptique	
	Antécédent de toxicomanie (Z86.4) ou de bouffée délirante aigue ou de psychose puerpérale, ou d'épisode dépressif sévère ou récurrents ou de tentative de suicide ou de dépression du post-partum ou d'hospitalisation en psychiatrie ou de traumatisme sévère (sexuel, agression physique ou verbale)	
	ou	
	<u>Maturité psychique insuffisante (positif si 1 coché)</u>	
	Déficience intellectuelle chez un des 2 parents (F70= Retard mental léger, F71=moyen, F72= grave, F73= sévère)	
	Patiente mineure ≤ 16 ans sans entourage étayant	
	ou	
	<u>1 critère social parmi les suivants (positif si symptomatologie anxieuse ou dépressive réactionnelle associée)</u>	
	Situation de non droit	
	Absence de couverture sociale	
	Absence de domicile fixe actuel ou mauvaises conditions d'hébergement	
	Père de l'enfant non connu ou non reconnu comme tel	
Situation d'isolement, de rupture affective (ou séparation conjugale) pendant la grossesse		
Barrière de la langue ou différence de culture		
Mauvaise acceptation de la maladie par la patiente et/ou son entourage		
Mauvaise alliance envers les soins de la patiente et mauvais niveau de collaboration de l'entourage		
Violence intrafamiliale ou dans le couple		
Grossesse non suivie, non déclarée ou issue d'un viol		

Afin qu'une patiente ne soit classée que dans une seule catégorie, nous avons ici répartis les patientes du niveau 2 suivant les 5 dénominations suivantes :

« **Pathologie psychiatrique** » : y sont uniquement exclues les patientes qui cotent en simultané « social ».

« **Maturité psychique insuffisante** » : y sont exclues les patientes qui cotent en simultané « social » ou « Pathologie psychiatrique ». Les patientes associées à la catégorie « antécédent psychiatrique » y sont incluses.

« **Antécédent psychiatrique** » : y sont exclues les patientes qui cotent en simultané « social » ou « Pathologie psychiatrique » ou « Maturité psychique insuffisante ».

« *Social seul* » : y sont exclues les patientes qui cotent en simultanément « Pathologie psychiatrique » ou « Maturité psychique insuffisante » ou « antécédent psychiatrique »

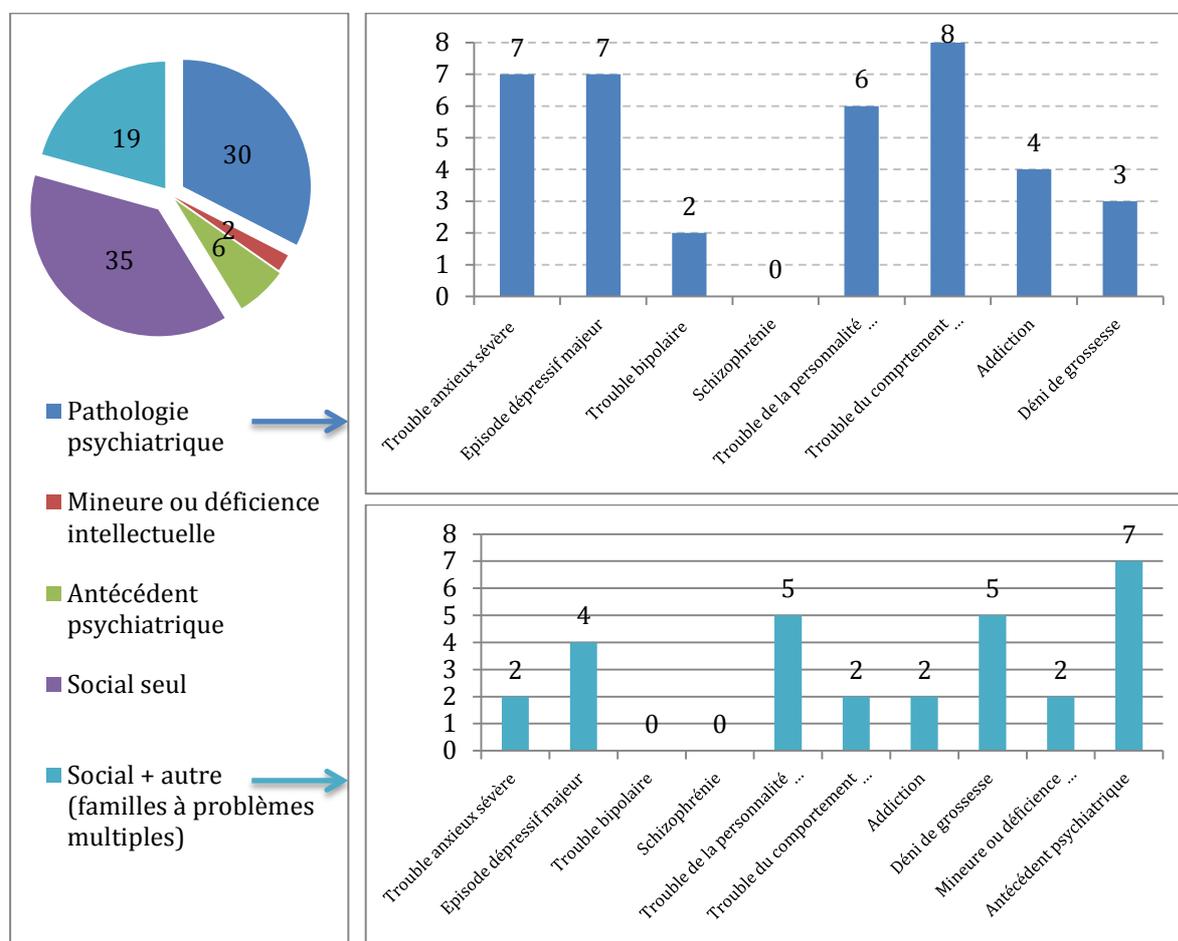
« *Social+ autre* » : il s'agit des familles à problèmes multiples, qui cotent la catégorie « social » + une des 3 autres catégories parmi « Pathologie psychiatrique », « Maturité psychique insuffisante », et « Antécédent psychiatrique ».

Par la suite, sont détaillées les répartitions des diagnostics retrouvés dans les parties « Pathologie psychiatrique » et « Social + autre ».

Tableau 22: Répartition des patientes dans les catégories du niveau 2

	Pathologie psychiatrique	Mineure ou déficience intellectuelle	Antécédent psychiatrique	Social seul	Social + autre
Niveau 2 (n=92)	30 (32,6%)	2 (2,2%)	6 (6,5%)	35 (38,0%)	19 (20,7%)

Figure 7 : Niveau 2 : répartition (en nombre de patientes) des catégories du niveau 2 et des diagnostics pour les catégories "Pathologie psychiatrique" et "Social + autre"



Pour les 2 catégories « Pathologie psychiatrique » et « social + autre », si la somme du nombre des patientes dans les figures qui détaillent les diagnostics est supérieure au nombre de patientes dans la catégorie en question, c'est parce que une même patiente pouvait avoir plusieurs troubles psychiatriques. Voici donc le détail :

Dans la catégorie « Pathologie psychiatrique », la répartition était homogène entre les différents diagnostics (sauf pour le trouble bipolaire, la schizophrénie et le trouble schizo-

affectif) : 2 patientes présentaient un trouble bipolaire (dont 1 associée à un trouble anxieux) ; 6 présentaient un trouble de la personnalité borderline (dont 2 associé à un trouble du comportement alimentaire, et 1 associé à un épisode dépressif majeur) ; 6 présentaient un trouble anxieux sévère (dont une associée à un trouble du comportement alimentaire et à un trouble addictif) ; 5 présentaient un épisode dépressif majeur isolé ; 5 présentaient 1 trouble du comportement alimentaire isolé ; 3 présentaient un trouble addictif isolé ; et 3 présentaient un déni de grossesse isolé.

Dans la catégorie « Social+ autre » (familles à problèmes multiples), 5 patientes présentaient un trouble de la personnalité borderline (dont 1 associé à un épisode dépressif majeur, 1 associée à un épisode dépressif majeur + un trouble du comportement alimentaire + un antécédent psychiatrique, et 2 associées à un antécédent psychiatrique) ; 5 présentaient un déni de grossesse (dont 1 avec un trouble addictif associé) ; 2 présentaient un trouble anxieux sévère, 2 présentaient un épisode dépressif majeur ; 1 présentait un trouble addictif (associé à un antécédent psychiatrique) ; 1 présentait un trouble du comportement alimentaire ; 2 étaient mineures ou présentaient une déficience intellectuelle (dont 1 associé à un antécédent psychiatrique) ; et 1 présentait un antécédent psychiatrique sans trouble psychiatrique actuel. C'est donc essentiellement le trouble de la personnalité borderline et le déni de grossesse qui étaient associés à la catégorie « Social ».

A noter qu'aucune des patientes présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif n'était dans ce niveau (elles sont toutes passées dans le niveau 3).

3) Niveau 3

Ci-joint un rappel des catégories du niveau 3 de l'outil :

Niveau 3 Situation à risque	<u>Pathologie psychiatrique en cours de décompensation ou à haut risque de décompensation (positif si 1 coché)</u>	
	Trouble de l'humeur décompensé:	
	- Décompensation maniaque d'un trouble bipolaire (F31.1, F31.2), ou épisode maniaque (F30.0 à 9)	
	- Décompensation dépressive d'un trouble bipolaire (F31.3, F31.4, F31.5)	
	- Décompensation mixte d'un trouble bipolaire (F31.6), ou épisode mixte (F38.0)	
	- Dépression du post-partum (F53.0)	
	Trouble psychotique décompensé ou à haut risque de décompensation:	
	- Schizophrénie (F20.0 à 9) non stabilisée	
	- Trouble schizo-affectif (F25.0 à 9) non stabilisé	
	- Psychose puerpérale (F53.1)	
	ou	
	<u>Déficience intellectuelle chez les 2 parents ET environnement familial non en disposition d'élever suffisamment les parents ou de prendre le relai de manière continue</u>	
	ou	
	<u>Contexte parental (positif si 3 cochés)</u>	
	La patiente a déjà 1 ou plusieurs enfants placé(s)	
	Pas d'alliance envers les soins et/ou pas de capacité à demander de l'aide	
	Abus de substance par 1 ou les 2 parents	
	Expérience de maltraitance ou de négligence et/ou de placement durant l'enfance d'un ou des 2 parents	
	Manque d'éducation, ou domicile instable	
	Difficultés économiques et sociales	
	Impulsivité	
	ou	
	<u>Capacité maternelle (après la naissance) (positif si 2 cochés)</u>	
	Ne regarde pas son bébé, ne lui parle pas, reste loin de lui lors de l'entretien	
	Sentiment d'épuisement, de tristesse (absence de plaisir envers son bébé), d'incompétence	
	Interprète selon ses propres désirs ou états d'âme les signaux du bébé	
	Réponse aux signaux de communication du bébé imprévisible et incohérente	
	Contenu et cadence des interactions avec le bébé déterminé par le parent plutôt que par les réponses du bébé	
ou		
<u>Attachement précoce chez l'enfant de 0 à 3 mois (après la naissance) (positif si 1 coché)</u>		
Absence de poursuite oculaire		
Absence de gazouillis ou d'échanges sonores		
Absence de sourire		
Pleurs excessifs et inconsolables		
Troubles du sommeil significatif: <i>se réfugie dans le sommeil, tombe brutalement dans le sommeil, dort beaucoup plus que la moyenne ou ne dort pas assez (moins de 15 heures par jour)</i>		

Ici aussi, une patiente peut se retrouver dans plusieurs catégories. Nous sommes partis du principe que les trois principales catégories faisant passer une patiente dans le niveau 3 sont les 3 premières et avons donc dans un premier temps analysé la répartition à travers ces 3 catégories en utilisant les dénominations suivantes :

« **Décompensation psychiatrique** » pour toute patiente le cotant, que ce soit associé aux deux autres ou pas

« **Déficience intellectuelle** » pour les patientes du niveau 3 cotant « maturité psychique insuffisante » (du niveau 2) ou « déficience intellectuelle chez les 2 parents » (du niveau 3), à condition qu'elles ne cotent pas « Décompensation psychiatrique ».

« **Contexte parental** » : y sont exclues celles cotant une des 2 autres catégories.

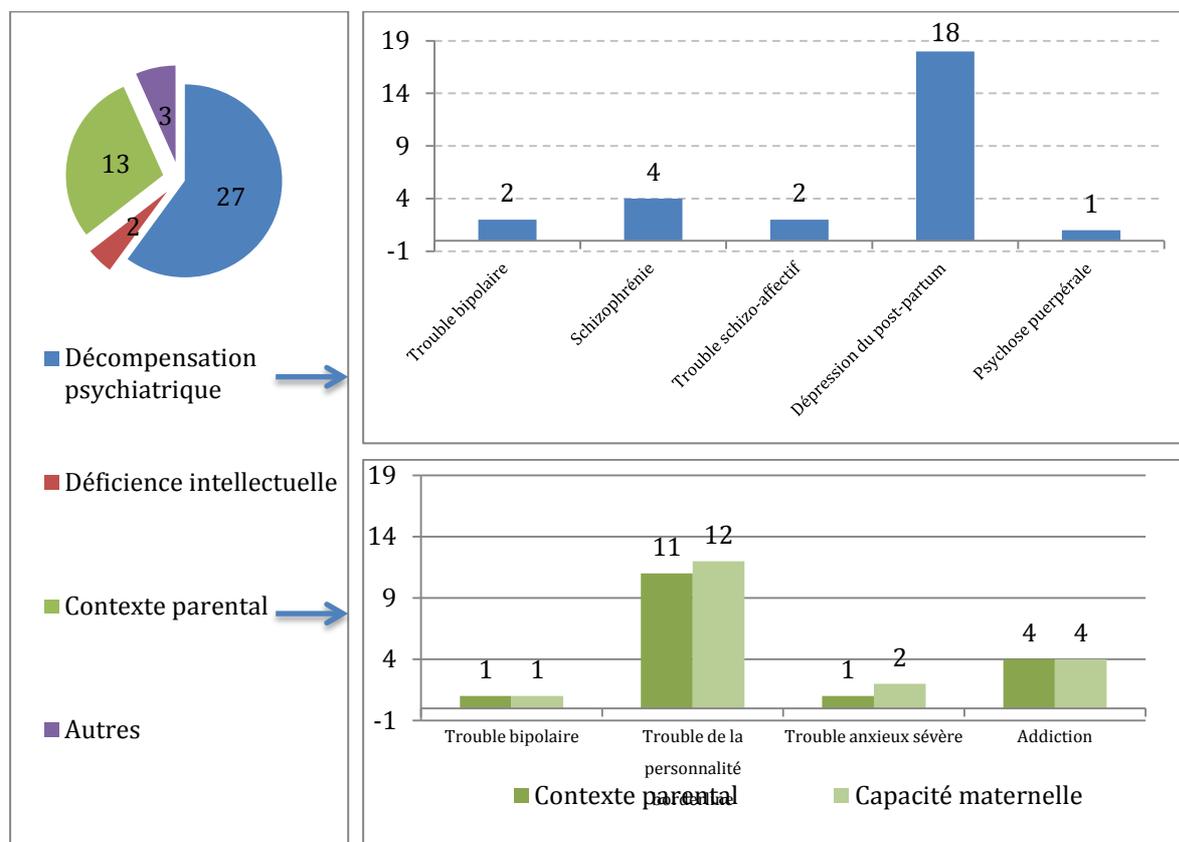
« *Autres* » : patientes qui cotent soit « capacité maternelle », soit « attachement précoce de l'enfant », mais sans que ce soit associé à une des 3 autres catégories.

Pour les catégories « Décompensation psychiatrique » et « Contexte parental », nous avons détaillé la répartition des différents diagnostics.

Tableau 23: Répartition des patientes dans les catégories du niveau 3

	Décompensation psychiatrique	Déficiences intellectuelle	Contexte parental	Autres
Niveau 3 (n=45)	27 (60,0%)	2 (4,4%)	13 (28,9%)	3 (6,7%)

Figure 8 : Niveau 3 : répartition (en nombre de patientes) des catégories du niveau 3 et des diagnostics pour les catégories "Décompensation psychiatrique" et "Contexte parental"



Pour la catégorie « Décompensation psychiatrique », la somme du détail des diagnostics correspond bien au nombre de patientes de la catégorie. 67% des diagnostics correspondent à une dépression du post-partum.

Pour la catégorie « Contexte parental », la somme du détail des diagnostics ne correspond pas au nombre de patientes de la catégorie car une patiente pouvait avoir plusieurs diagnostics différents (et de plus, nous n'avons pas rapporté tous les diagnostics dans la figure). Le détail est donc le suivant : les 13 patientes de cette catégorie cotaient la catégorie « Social ». 11 des 13 patientes (soit **85%**) **présentaient un trouble de la personnalité borderline** (4 d'entre elles associaient un trouble addictif, et 1 d'entre elle un trouble anxieux sévère, 3 avaient un antécédent psychiatrique). Les 2 autres patientes présentaient

respectivement un trouble bipolaire décompensé, et un déni de grossesse. Cette catégorie représente les familles à problèmes multiple les plus à risque.

Les 2 figures qui suivent permettent d'évaluer les conséquences sur la relation mère-bébé et sur le bébé, en montrant à quelles autres catégories sont associées les catégories « Capacité maternelle » et « Attachement précoce de l'enfant ».

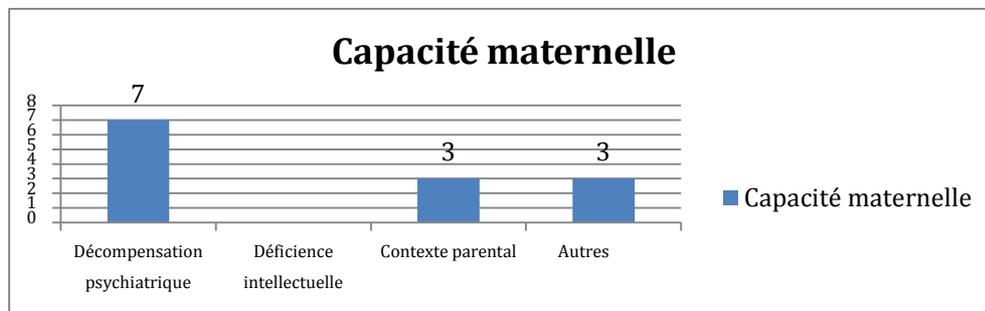


Figure 9 : Répartition de la catégorie « capacité maternelle » (reflet d'une altération des interactions mère-bébé) parmi les autres catégories du niveau 3.

25,9% des décompensations psychiatriques présentaient des altérations dans les interactions mère-enfant contre 23,1% pour les patientes cotant « Contexte parental ».

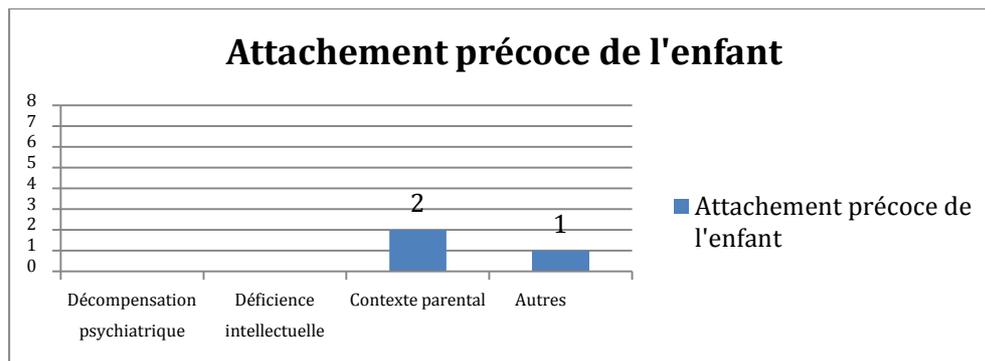


Figure 10: Répartition de la catégorie « attachement précoce de l'enfant » (reflet de conséquences sur le bébé) parmi les autres catégories du niveau 3.

Pour 0% des mères ayant fait une décompensation psychiatrique, des signes chez l'enfant étaient observés contre 15,4% pour les patientes cotant « Contexte parental ».

D) Analyse par diagnostics

Nous considérerons ici comme **familles à problèmes multiples** les patientes cotant la catégorie « social » ET un autre diagnostic psychiatrique du niveau 2 ou 3, que nous nommerons aussi « **social+ autre** ».

1) Tableau général

Tableau 24: Répartition des différentes caractéristiques en fonction des diagnostics: valeurs numériques et pourcentages

	Total	Social	Niveau 3	Contexte parental	Capacité maternelle	Attachement précoce de l'enfant
Social + autre	44	44	25 (57%)	17 (39%)	11 (25%)	3 (7%)
Social seul	36	36	1 (3)	0	0	0
Trouble de l'humeur (ou épisode dépressif majeur)	16	4 (25%)	3 (19%)	1 (6%)	0	0
Schizophrénie ou trouble schizo-affectif	6	5 (83%)	6 (100%)	3 (50%)	2 (33%)	0
Trouble de la personnalité borderline	25	17 (68%)	14 (56%)	12 (48%)	4 (16%)	2 (8%)
Addiction	10	5 (50%)	4 (40%)	4 (40%)	1 (10%)	1 (10%)
Trouble anxieux sévère ou grave	14	4 (29%)	5 (36%)	1 (7%)	2 (14%)	1 (7%)
Mineure ou déficience intellectuelle	7	4 (57%)	3 (43%)	3 (43%)	1 (14%)	0
Dépression du post-partum	18	4 (37%)	18 (100%)	1 (6%)	4 (22%)	0
Psychose puerpérale	1	1 (100%)	1 (100%)	0	0	0

Nous détaillerons dans un premier temps les différents troubles (et difficultés sociales) pris isolément (« social seul », trouble de la personnalité borderline, trouble de l'humeur, schizophrénie ou trouble schizo-affectif, trouble addictif, déficience intellectuelle, dépression du post-partum, et psychose puerpérale) ; puis dans un second temps les familles à problèmes multiples (social + autre).

2) Analyse des différents troubles (et difficultés sociales) pris isolément.

a) Les patientes présentant des difficultés sociales, sans trouble psychiatrique associé

Parmi toutes les patientes vues, le nombre total de patientes présentant des difficultés sociales avec un retentissement anxieux, mais sans trouble psychiatrique associé, était de **36**.

Parmi toutes les patientes, répartition des patientes « social seul » entre les niveaux 2 et 3.

Tableau 25 : Social seul: répartition entre les niveaux 2 et 3 : valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau

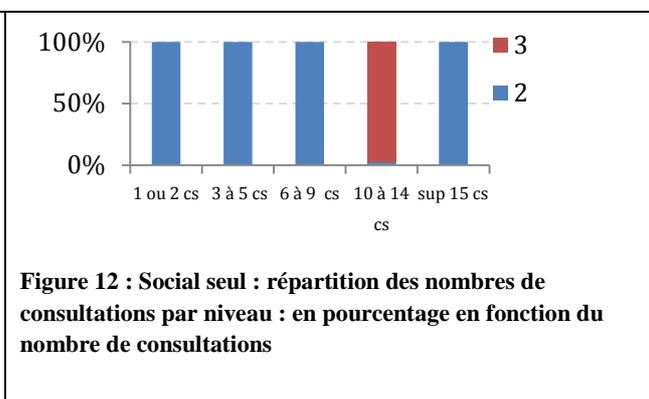
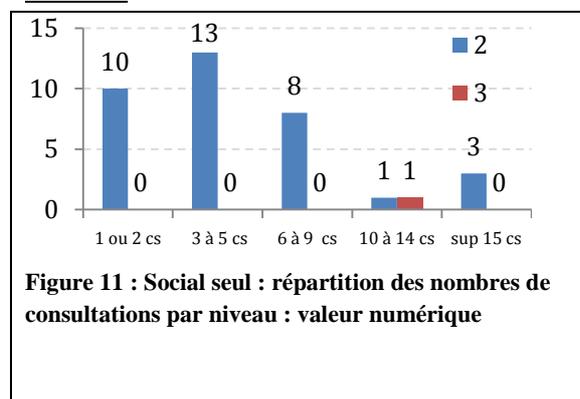
	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	P
Social seul (n=36)	35 (38,0%)	1 (2,2%)	<0,001

Il existe une différence statistiquement significative entre le niveau 2 et le niveau 3 : 2,2% vs 38,0%, $p < 0,001$ avec test du CHI2.

Parmi toutes les patientes « social seul », **1 seule patiente (2,8%) était dans le niveau 3**, contre 35 (97,2%) dans le niveau 2

Pour la seule patiente du niveau 3, il s'agissait d'une décompensation psychiatrique sous la forme d'une dépression du post-partum. Dans la catégorie « social », elle cotait les items « Mauvaises conditions d'hébergement », « Situation d'isolement », « Différence de culture », « Violences conjugales », et « Grossesse non suivie, non déclarée ou issue d'un viol ».

Parmi les patientes « social seul », répartition du nombre de consultations en fonction des niveaux



Globalement, 88,6% des patientes ont eu **moins de 10 consultations**, avec une répartition homogène. Les 3 autres patientes du niveau 2 ont eu plus de 15 consultations. La seule patiente du niveau 3 a eu 13 consultations. Il n'y a pas de différence significative entre les deux niveaux.

Parmi les patientes « social seul » Répartition des différents intervenants en fonction des niveaux

Tableau 26: Social seul : répartition des types d'intervenants par niveau

Intervenants	Niveau 2 (n=35)	Niveau 3 (n=1)	p
>= 2 intervenants	25 (71,4%)	1 (100%)	NS
Psychologues de l'équipe seulement	4 (11,4%)	0	NS
Psychiatre de l'équipe	21 (60,0%)	1 (100%)	NS
AS de l'équipe	23 (65,7%)	1 (100%)	NS
Psychiatre et AS de l'équipe	13 (37,1%)	1 (100%)	NS
Réunion(s) pluridisciplinaires	1 (2,9%)	0	NS
PMI	19 (54,3%)	1 (100%)	NS
AS de secteur	12 (34,3%)	0	NS
ASE	0	0	NS
Psychiatre au long cours	0	0	NS

Une patiente pouvait avoir vu différents types d'intervenant et donc se retrouver dans plusieurs lignes. L'AS de l'équipe est intervenue dans 65,7% des cas, et le psychiatre dans 60% des cas. Il n'y a pas de différence significative entre les niveaux 2 et 3.

Parmi les patientes « social seul » : répartition des prises en charge et devenir en fonction des niveaux.

Tableau 27: Social seul : répartition des prises en charge par niveau

Prise en charge ou devenir	Niveau 2 (n=35)	Niveau 3 (n=1)	p
Hospitalisation en psychiatrie	0	0	NS
Foyer maternel	2 (5,7%)	1 (100%)	NS
Unité mère-enfant	0	0	NS
TISF (ou aide éducative)	4 (11,4%)	0	NS
Signalement (ou IP ou note médicosociale)	0	0	NS
Placement de l'enfant	0	0	NS
Deuil périnatal	2 (5,7%)	0	NS
Abandon de l'enfant	0	0	NS
Patiente perdue de vue	2 (5,7%)	0	NS
Relai de prise en charge en réa, néonatal, ou dans une autre maternité	0	0	NS

Globalement, ces patientes ont bénéficié de **très peu de prises en charge**, qui se limitaient pour le niveau 2 à deux admissions en foyer maternel et à la mise en place d'une TISF pour 4 patientes. La patiente du niveau 3 a été admise en foyer maternel. Il n'y a pas de différence significative entre les deux niveaux.

b) Les patientes présentant un trouble de la personnalité borderline

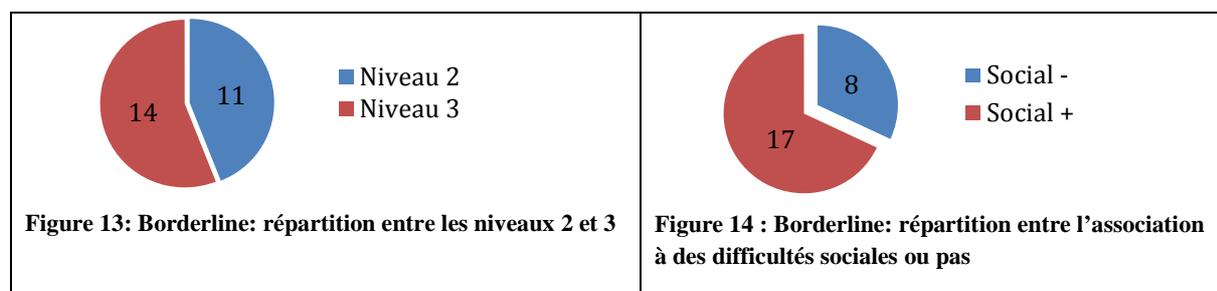
Parmi toutes les patientes vues, le nombre total de patientes présentant un trouble de la personnalité borderline était de **25**.

Répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à un critère social ou pas

Tableau 28: borderline : répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.

	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	p
Borderline (n=25)	11 (11,8%)	14 (31,1%)	0,006
Borderline+ Social (n=17)	5	12	0,032

Il existe une différence significative entre le niveau 2 et le niveau 3 (11,8% vs 31,1%, $p=0,006$ avec test du CHI2) et entre les 2 niveaux si associé à la catégorie « social » (29,4% vs 70,6%, $p=0,032$ avec test du Chi 2)



Parmi toutes les patientes présentant un trouble de la personnalité borderline, **plus de la moitié (56,0%)** étaient dans le niveau 3, et **plus de la moitié (68,0%)** cotaient la catégorie « social ».

Pour les patientes du niveau 3 : répartition des différentes catégories du niveau 3

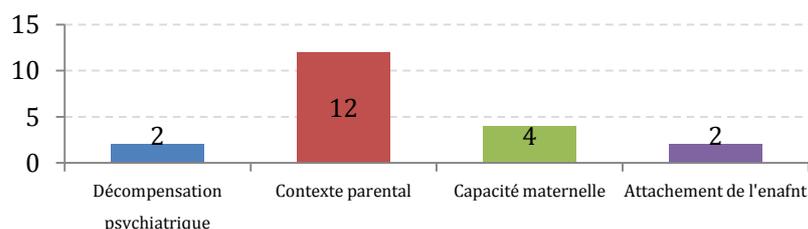


Figure 15 : Borderline, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3

Parmi les 14 patientes qui étaient dans le niveau 3, 12 y sont rentrées à cause du **contexte parental**, alors que seulement 2 y sont rentrées pour une décompensation psychiatrique. Parmi ces mêmes 14 patientes, 4 présentaient des difficultés dans leur capacité maternelle, et pour 2 patientes, des conséquences sur le bébé ont été observées. A noter qu'une même patiente pouvait rentrer dans plusieurs catégories.

Répartition du nombre de consultations en fonction des niveaux

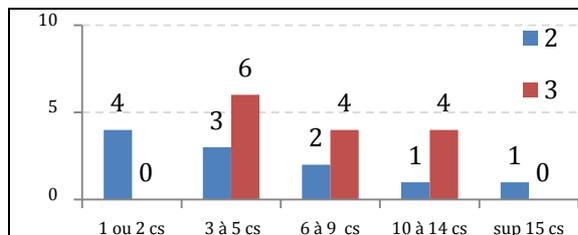


Figure 16 : Borderline : répartition des nombres de consultations par niveau : valeur numérique

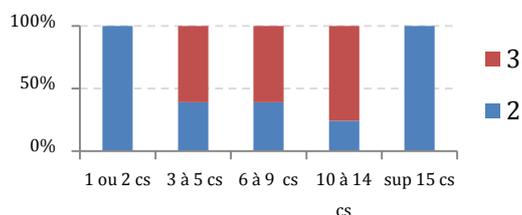


Figure 17 : Borderline : répartition des nombres de consultations par niveau : en pourcentage en fonction du nombre de consultations

La répartition des tranches de consultations chez les patientes borderline était homogène entre 3 et 15 consultations dans le niveau 3, alors que dans le niveau 2, les patientes avaient dans l'ensemble bénéficié de moins de consultations. Cependant, la différence n'est pas statistiquement significative entre les deux niveaux.

Parmi les patientes borderline, répartition des différents intervenants en fonction des niveaux

Tableau 29 : Borderline : répartition des types d'intervenants par niveau

Intervenants	Niveau 2 (n=11)	Niveau 3 (n=14)	p
>= 2 intervenants	5 (45,4%)	14 (100%)	NS
Psychologues de l'équipe seulement	4 (36,4%)	0	0,026
Psychiatre de l'équipe	6 (54,5%)	10 (71,4%)	NS
AS de l'équipe	2 (18,2%)	12 (85,7%)	0,002
Psychiatre et AS de l'équipe	1 (9,1%)	8 (57,1%)	0,003
Réunion(s) pluridisciplinaires	1 (9,1%)	4 (28,6%)	NS
PMI	3 (27,3%)	9 (64,3%)	NS
AS de secteur	2 (18,2%)	7 (50,0%)	NS
ASE	0	4 (28,6%)	NS
PMI et/ou AS secteur et/ou ASE	3 (27,3%)	12 (85,7%)	0,005
Psychiatre au long cours	6	2	NS

Les différences significatives chez les patientes présentant un trouble de la personnalité borderline entre les niveaux 2 et 3 sont : intervention uniquement des psychologues de l'équipe (0% dans le niveau 3 versus 36.4% dans le niveau 2, $p=0.026$ avec test exact de Fisher) ; intervention de l'AS de l'équipe (85.7% dans niveau 3 versus 18.2% dans niveau 2, $p=0.002$ avec test exact de Fisher) ; intervention par un psychiatre et par l'AS de l'équipe (57.1% dans niveau 3 versus 9.1% dans niveau 2, $p=0.003$ avec test exact de Fisher) ; et suivi PMI ou par l'AS de secteur ou par l'ASE (85.7% dans niveau 3 versus 27.3% dans niveau 2, $p=0.005$ avec test exact de Fisher).

Toutes les patientes borderline du **niveau 3** ont été suivies par l'AS ou un psychiatre de l'équipe. Parmi les 85,7% d'entre elles suivies par l'AS, toutes cotaient « social » sauf 1. Pour 28,6% des patientes borderline du niveau 3, une réunion pluridisciplinaire avec les gynécologues a été organisée.

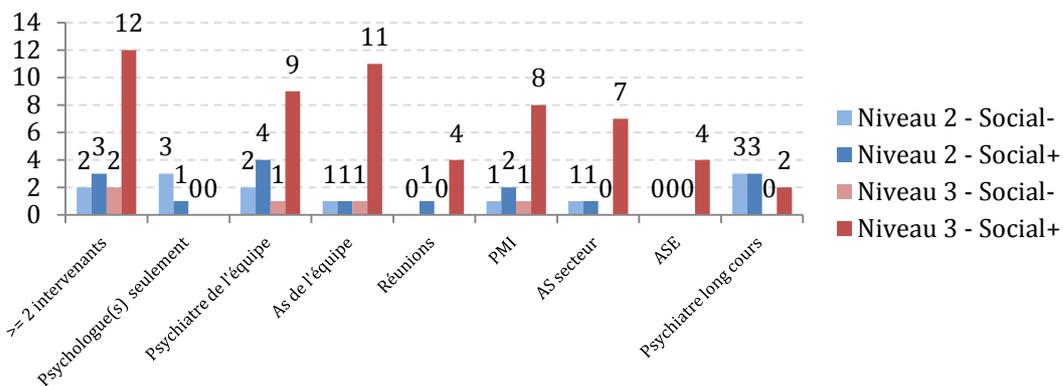


Figure 18 : Borderline : répartition des intervenants en fonction des niveaux et de l'association à la catégorie « social » : valeur numérique

Seules 2 patientes du niveau 3 ne cotaient pas « social ». Aucune de ces 2 patientes n'a été suivie par l'AS de secteur ni par l'ASE. De même, il n'y a pas eu de réunions organisées pour elles.

Parmi les patientes présentant un trouble de la personnalité borderline: répartition des prises en charge et devenirs en fonction des niveaux.

Tableau 30 : Borderline: répartition des prises en charge par niveau

Prise en charge ou devenir	Niveau 2 (n=11)	Niveau 3 (n=14)	p
Hospitalisation en psychiatrie	2 (18,2%)	0	NS
Foyer maternel	1 (9,1%)	1 (7,1%)	NS
Unité mère-enfant	0	0	NS
TISF (ou aide éducative)	0	0	NS
Signalement (ou IP ou note médicosociale)	0	2 (14,3%)	NS
Placement de l'enfant	0	1 (7,1%)	NS
Deuil périnatal	2 (18,2%)	1 (7,1%)	NS
Abandon de l'enfant	0	1 (7,1%)	NS
Patiente perdue de vue	1 (9,1%)	1 (7,1%)	NS
Relai de prise en charge en réa, néonatal, ou dans une autre maternité	1 (9,1%)	2 (14,3%)	NS

Il n'y a pas de différence significative concernant les prises en charge une par une ou regroupées entre les niveaux 2 et 3 chez les patientes présentant un trouble de la personnalité borderline.

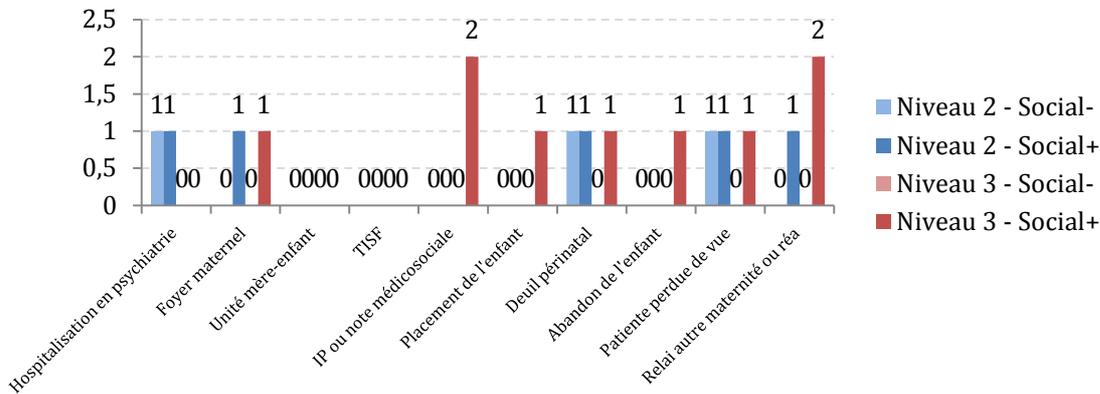


Figure 19: Borderline : répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique

Parmi les 25 patientes borderline, **2 ont amené l'équipe à rédiger un signalement** (ou IP ou note médicosociale), et **pour une 3^{ème}, l'enfant a été placé**. Ces 3 situations concernaient des patientes cotant la catégorie « social » (**familles à problèmes multiples**), et de niveau 3 car elles cotaient la catégorie « **contexte parental** ». Pour deux d'entre elles, les interactions mère-enfant étaient cliniquement pathologiques (item « capacité maternel » positif), et pour l'une d'entre elle, un retentissement clinique sur l'enfant a pu être observé (item « attachement de l'enfant » positif).

Une patiente a **abandonné l'enfant**. Elle cotait elle aussi les catégories « social » et « contexte parental » (niveau 3).

Deux patientes ont été admises en **foyer maternel** : 1 du niveau 2, et 1 du niveau 3. Les 2 cotaient la catégorie « social ».

c) Les patientes présentant un trouble de l'humeur

Rentrent dans cette dénomination les patientes ayant fait un épisode dépressif majeur (autre qu'une dépression du post-partum) ou présentant un trouble bipolaire (décompensé ou non).

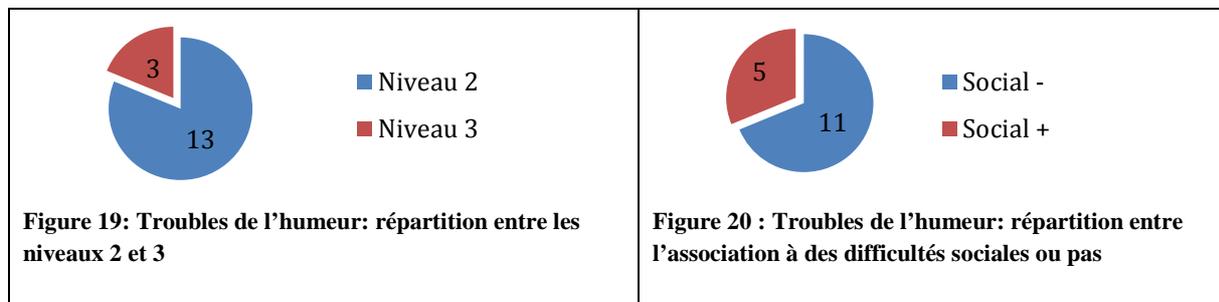
Parmi toutes les patientes vues, le nombre total de patientes présentant un trouble de l'humeur était de **16**. Parmi ces 16 patientes, **5 présentaient un trouble bipolaire**, et 11 un épisode dépressif majeur.

Répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à un critère social ou pas

Tableau 31 : Trouble de l'humeur : répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.

	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	p
Humeur (n= 16)	13 (14,0%)	3 (6,7%)	NS
Humeur+ Social (n=5)	4	1	NS

Il n'y a pas de différence significative entre les deux niveaux.



Parmi les patientes présentant un trouble de l'humeur borderline, **seulement 19% étaient dans le niveau 3, et seulement 31% cotaient la catégorie « social ».**

Pour les patientes du niveau 3 : répartition des différentes catégories du niveau 3

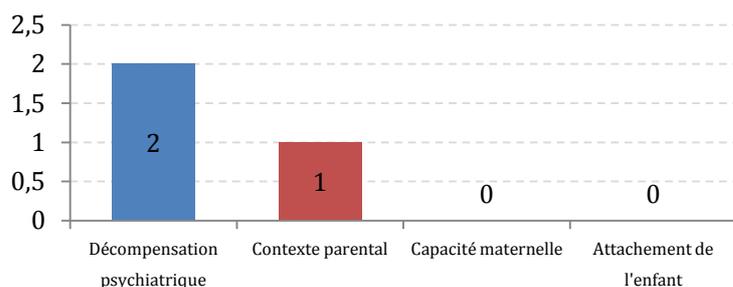
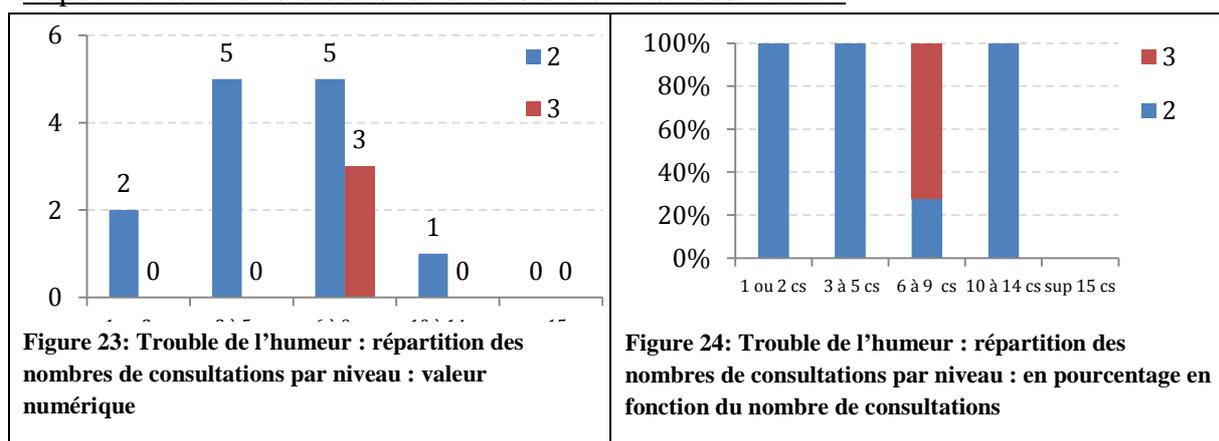


Figure 22 : Trouble de l'humeur, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3

Parmi les 3 patientes qui étaient dans le niveau 3, les 3 présentaient un trouble bipolaire. 2 ont décompensé leur trouble bipolaire, et 1 n'a pas décompensé mais cotait la catégorie « contexte parental » (à noter que celle-ci cotait aussi la catégorie « social », alors que les 2 autres non).

Parmi les 5 patientes présentant un trouble bipolaire, 2 (40,0%) ont décompensé leur trouble.

Répartition du nombre de consultations en fonction des niveaux



93,3% des patientes présentant un trouble de l'humeur avait eu moins de 10 consultations, avec une répartition homogène pour les patientes du niveau 2, alors que toutes les patientes du niveau 3 avaient eu entre 6 et 9 consultations. La différence n'est pas significative entre les 2 niveaux.

Parmi les patientes présentant un trouble de l'humeur, répartition des différents intervenants en fonction des niveaux

Tableau 32 : Troubles de l'humeur : répartition des types d'intervenants par niveau

Intervenants	Niveau 2 (n=13)	Niveau 3 (n=3)	p
>= 2 intervenants	9 (69,2%)	1 (33,3%)	NS
Psychologue(s) de l'équipe uniquement	0	0	NS
Psychiatre de l'équipe	13 (100%)	3 (100%)	NS
AS de l'équipe	2 (15,4%)	0	NS
Psychiatre et AS de l'équipe	2 (15,4%)	0	NS
Réunions pluridisciplinaires	1 (7,7%)	0	NS
PMI	7 (53,8%)	1 (33,3%)	NS
AS de secteur	1 (7,7%)	1 (33,3%)	NS
ASE	0	0	NS
PMI et/ou AS secteur et/ou ASE	7 (53,8%)	1 (33,3%)	NS
Psychiatre au long cours	6 (46,2%)	3 (100%)	NS

Il n'y a pas de différence significative concernant le type d'intervenants entre les deux niveaux.

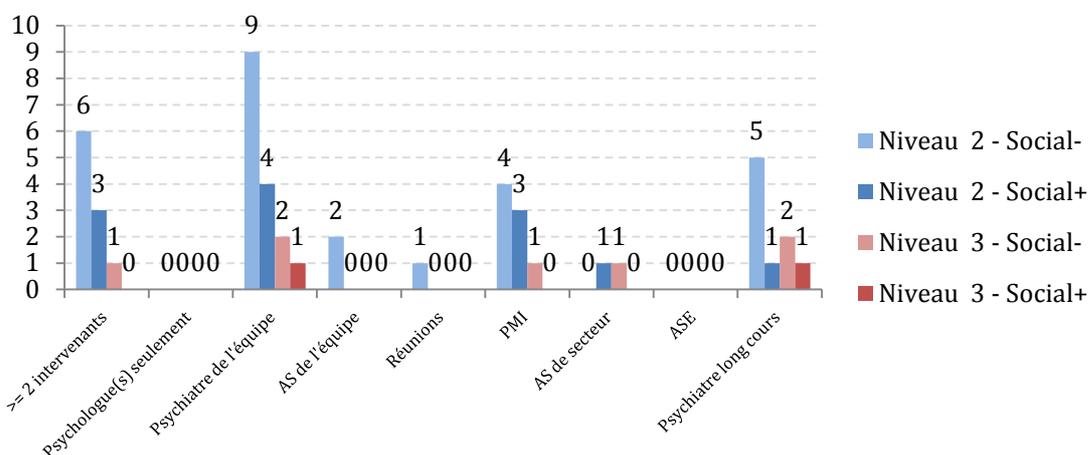


Figure 25: Trouble de l'humeur : répartition des intervenants en fonction des niveaux et de l'association à la catégorie « social » : valeur numérique

Parmi toutes les patientes présentant un trouble de l'humeur, **l'intervenant principal a été le psychiatre :**

- elles ont toutes été vues par un psychiatre de l'équipe, et 56,3% d'entre elles étaient suivies par un psychiatre au long cours.
- seulement 12,5% d'entre elles ont vu l'AS de l'équipe, 50% ont été suivies par la PMI, 12,0% par l'AS de secteur, et aucune par l'ASE.

Parmi les patientes présentant un trouble de l'humeur : répartition des prises en charge et devenirs en fonction des niveaux.

Tableau 33 : Trouble de l'humeur : répartition des prises en charge par niveau

Prise en charge ou devenir	Niveau 2 (n=13)	Niveau 3 (n=3)	p
Hospitalisation en psychiatrie	2	2	NS
Foyer maternel	0	0	NS
Unité mère-enfant	0	0	NS
TISF (ou aide éducative)	0	0	NS
Signalement (ou IP ou note médicosociale)	0	0	NS
Placement de l'enfant	0	0	NS
Deuil périnatal	0	0	NS
Abandon de l'enfant	0	0	NS
Patiente perdue de vue	0	0	NS
Relai de prise en charge en réa, néonatal, ou autre maternité	0	0	NS

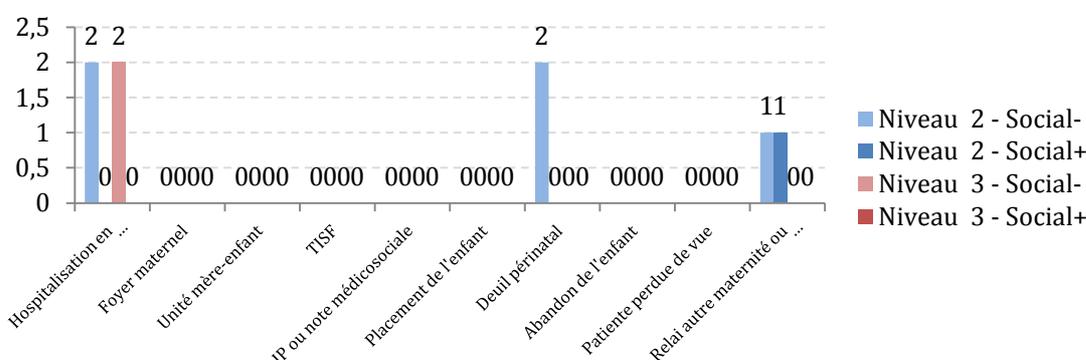


Figure 26: Trouble de l'humeur : répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique

Les 2 patientes ayant décompensé leur trouble bipolaire ont été hospitalisées en psychiatrie. Par ailleurs, aucune autre prise en charge spécifique (hormis la reprise du suivi psychiatrique habituel et un éventuel suivi par la MDS) n'a été mise en place. Il n'y a pas de différence significative concernant les prises en charge une par une ou regroupées entre les deux niveaux.

d) Les patientes présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif

Parmi toutes les patientes vues, le nombre total de patientes présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif était de 6. Parmi ces 4 patientes, 4 présentaient une schizophrénie, et 2 un trouble schizo-affectif.

Répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à un critère social ou pas

Tableau 34: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif: répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.

	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	p
Schizophrénie ou schizo-affectif (n= 16)	0	6 (100%)	0,001
Schizophrénie ou schizo-affectif + Social (n=5)	0	5	NS

Toutes les patientes présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif étaient dans le niveau 3.

Parmi les 6 patientes, 5 (**83,3%**) cotaient la catégorie « **Social** ».

Pour les patientes du niveau 3 : répartition des différentes catégories du niveau 3

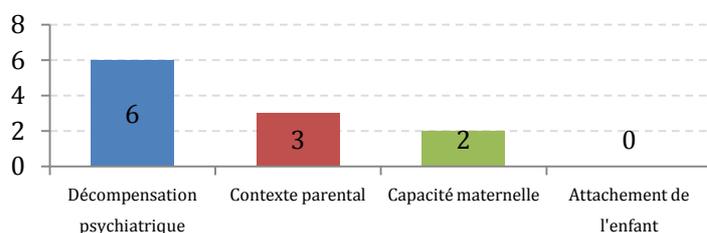
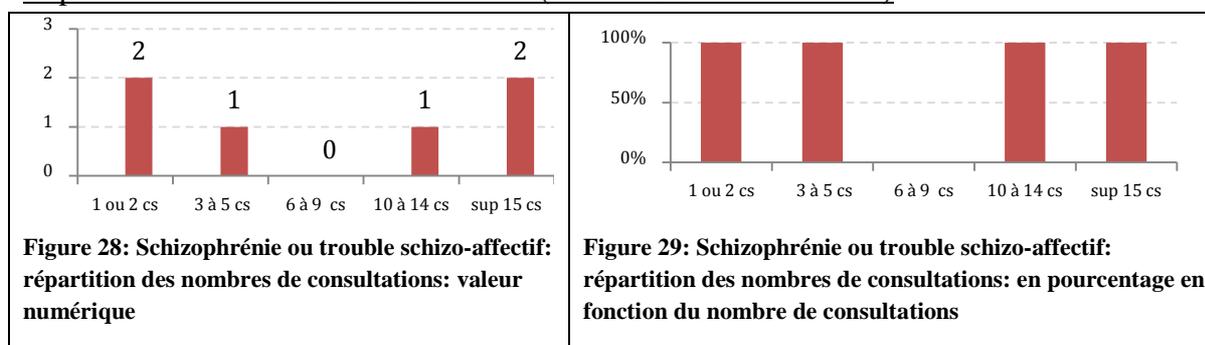


Figure 27: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3

Parmi les 6 patientes, les 6 (**100%**) avaient décompensé leur trouble. 3 cotaient en plus la catégorie « contexte parental », et 2 présentaient cliniquement une altération dans les interactions avec leur enfant.

Répartition du nombre de consultations (ici toutes dans le niveau 3)



2 patientes n'ont eu que 1 ou 2 consultations (et une 3^{ème} : 5 consultations) car elles ont très vite été hospitalisées en psychiatrie. Pour les 3 autres patientes, le nombre de consultations était >10.

Parmi les patientes présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif, répartition des différents intervenants en fonction des niveaux

Tableau 35 : Schizophrénie ou un trouble schizo-affectif : répartition des types d'intervenants

Intervenants	Niveau 3 (n=6/6)
>= 2 intervenants	6 (100%)
Psychologue(s) de l'équipe seulement	0
Psychiatre de l'équipe	6 (100%)
AS de l'équipe	6 (100%)
Psychiatre et AS de l'équipe	6 (100%)
Réunions pluridisciplinaires	4 (66,7%)
PMI	5 (83,3%)
AS de secteur	2 (33,3%)
ASE	1 (16,7%)
PMI et/ou AS secteur et/ou ASE	5 (83,3%)
Psychiatre au long cours	4 (66,7%)

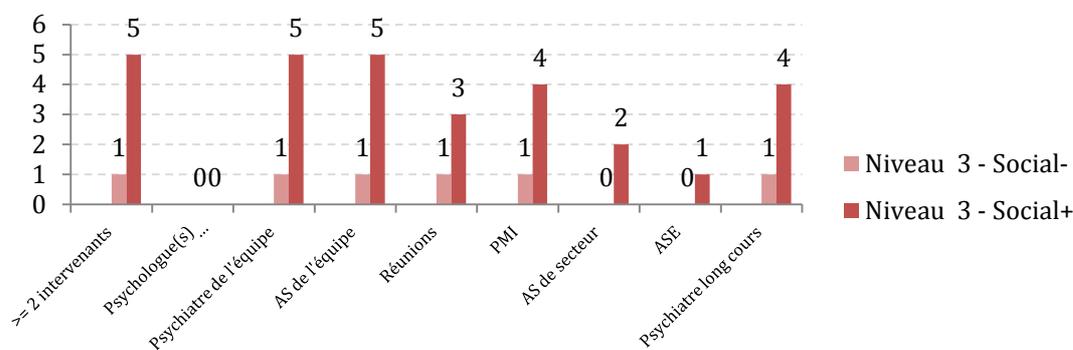


Figure 30: Schizophrénie ou un trouble schizo-affectif: répartition des intervenants en fonction de l'association à la catégorie « Social » : valeur numérique

Parmi toutes les patientes présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif, le nombre d'intervenants a été conséquent : **toutes ont été vues par un psychiatre et par l'AS de l'équipe**, 66,7% avaient un suivi psychiatrique au long cours, et 83,6% ont eu un suivi PMI.

Pour 4 d'entre elles (66,7%), une réunion pluridisciplinaire avec les gynécologues (staff PPP) a été faite avant l'accouchement afin d'anticiper l'accouchement et le post-partum.

Parmi les patientes présentant une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif : répartition des prises en charge et devenir en fonction des niveaux.

Tableau 36: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif: répartition des prises en charge par niveau

Prise en charge ou devenir	Niveau 3 (n=6/6)
Hospitalisation en psychiatrie	5 (83,3%)
Foyer maternel	0
Unité mère-enfant	0
TISF (ou aide éducative)	0
Signalement (ou IP ou note médicosociale)	1 (16,7%)
Placement de l'enfant	0
Deuil périnatal	1 (16,7%)
Abandon de l'enfant	1 (16,7%)
Patiente perdue de vue	0
Relai de prise en charge en réa, néonatal, ou dans une autre maternité	0

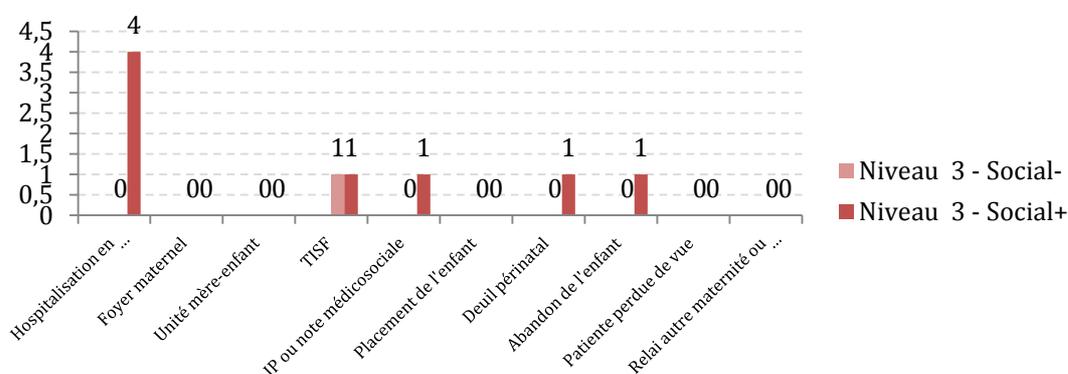


Figure 31: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif: répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique

Parmi les 6 patientes ayant présenté une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif, les devenirs ont respectivement été les suivants :

- Mise en place d'une TISF puis hospitalisation en psychiatrie
- Interruption volontaire de grossesse et hospitalisation en psychiatrie
- Procédure d'abandon de l'enfant et hospitalisation en psychiatrie
- Dès la première consultation (patiente enceinte) : information préoccupante et hospitalisation en psychiatrie, avec par la suite relai du suivi dans un hôpital périphérique proche du domicile de la patiente
- Pour les 2 dernières patientes : pas d'hospitalisation en psychiatrie, mais mise en place d'une TISF + reprise du suivi par leur psychiatre habituel

Aucune d'entre elle n'a été hospitalisée en unité mère-enfant.

e) Les patientes présentant un trouble addictif (alcoolisme ou toxicomanie)

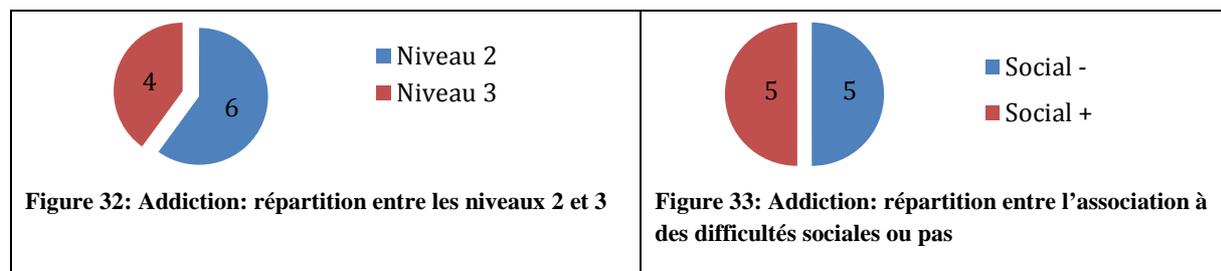
Par trouble addictif, nous parlerons ici uniquement de l'addiction à une substance psychoactive, c'est-à-dire de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

Parmi toutes les patientes vues, le nombre total de patientes présentant un alcoolisme ou une toxicomanie était de **10**. 4 présentaient un trouble de la personnalité borderline associé, et 1 un trouble anxieux et un trouble du comportement alimentaire associé.

Répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à un critère social ou pas

Tableau 37: Addiction: répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.

	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	p
Addiction (n= 10)	6 (6,5%)	4 (8,9%)	NS
Addiction+ Social (n=5)	2	3	NS



Parmi les 5 patientes qui cotaient la catégorie « social », 3 d'entre elles présentaient un trouble de la personnalité borderline associé.

Pour les patientes du niveau 3 : répartition des différentes catégories du niveau 3

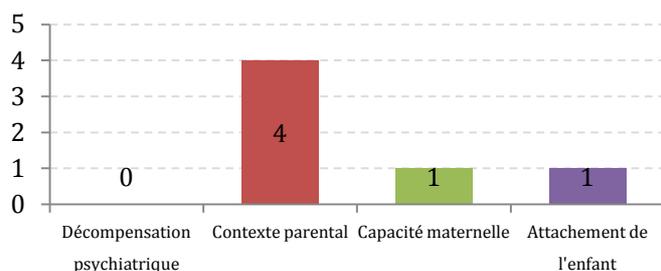
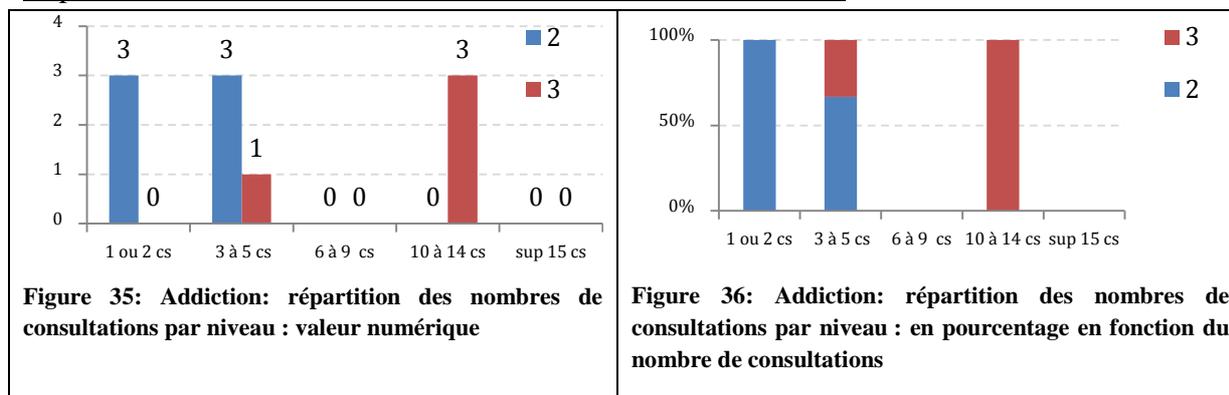


Figure 34: Addiction, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3

Parmi les 4 patientes qui étaient dans le niveau 3, les 4 y étaient car elles cotaient la catégorie « contexte parental ». 1 présentait en plus des interactions mère-enfant pathologiques, et pour une autre, il existait un retentissement clinique chez l'enfant.

Répartition du nombre de consultations en fonction des niveaux



Parmi les patientes présentant un alcoolisme ou une toxicomanie, celles du niveau 2 ont eu globalement moins de 3 consultations, alors que c'est l'inverse pour les celles du niveau 3. Cependant, cette différence n'est pas significative.

Parmi les patientes présentant une addiction, répartition des différents intervenants en fonction des niveaux

Tableau 38 : Addiction : répartition des types d'intervenants par niveau

Intervenants	Niveau 2 (n=6)	Niveau 3 (n=4)	p
>= 2 intervenants	2 (33,3%)	4 (100%)	NS
Psychologues de l'équipe seulement	1 (16,7%)	0	NS
Psychiatre de l'équipe	3 (50,0%)	1 (25,0%)	NS
Intervention de l'AS de l'équipe	1 (16,7%)	4 (100%)	0,048
Psychiatre et AS de l'équipe	0	4 (100%)	0,033
Réunions pluridisciplinaires	0	2 (50,0%)	NS
PMI	3 (50,0%)	2 (50,0%)	NS
AS de secteur	1 (16,7%)	2 (50,0%)	NS
ASE	0	2 (50,0%)	NS
PMI et/ou AS secteur et/ou ASE	3 (50,0%)	3 (75,0%)	NS
Psychiatre au long cours	2 (33,3%)	0	NS

En comparant les deux niveaux, les seules différences significatives concernant les intervenants pour les patients présentant une addiction sont: intervention de **l'AS de l'équipe** (100% dans niveau 3 versus 16,7% dans niveau 2, p=0.048 avec test exact de Fisher) ; et intervention par un psychiatre et par l'AS de l'équipe (75% dans niveau 3 versus 0.00% dans niveau 2, p=0.033 avec test de Fisher).

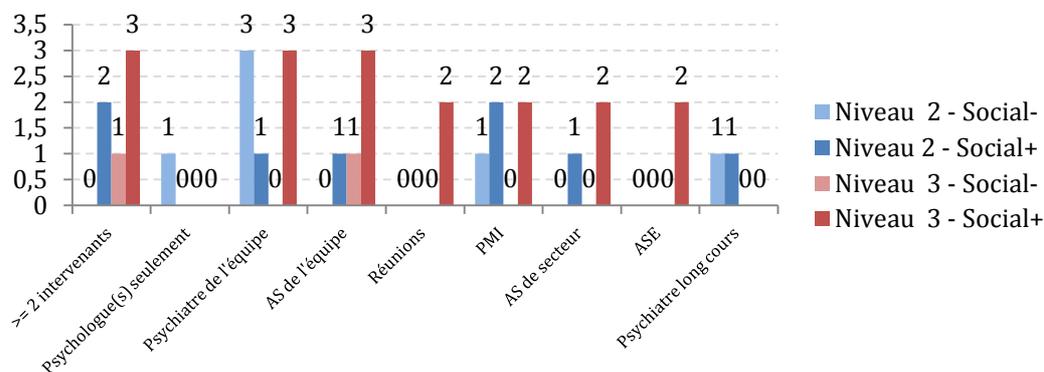


Figure 37: Addiction: répartition des intervenants en fonction des niveaux et de l'association à la catégorie « social » : valeur décimale

Globalement, pour les patientes présentant une addiction, il y avait plus d'intervenants autour de la patiente, si elle cotait aussi la catégorie « social » (familles à problèmes multiples), et ce, qu'elle soit dans le niveau 2 ou le niveau 3.

Parmi les patientes présentant une addiction: répartition des prises en charge et devenir en fonction des niveaux.

Tableau 39 : Addiction : répartition des prises en charge par niveau

Prise en charge ou devenir	Niveau 2 (n=6)	Niveau 3 (n=4)	p
Hospitalisation en psychiatrie	0	0	NS
Foyer maternel	0	0	NS
Unité mère-enfant	0	0	NS
TISF (ou aide éducative)	0	0	NS
Signalement (ou IP ou note medicosociale)	0	1 (25,0%)	NS
Placement de l'enfant	0	1 (25,0%)	NS
Deuil périnatal	0	0	NS
Abandon de l'enfant	0	0	NS
Patiente perdue de vue	1 (16,7%)	0	NS
Relai de prise en charge en réa, néonatal, ou dans une autre maternité	3 (50,0%)	0	NS

Il n'y a pas de différence significative concernant les prises en charge une par une ou regroupées entre les niveaux 2 et 3.

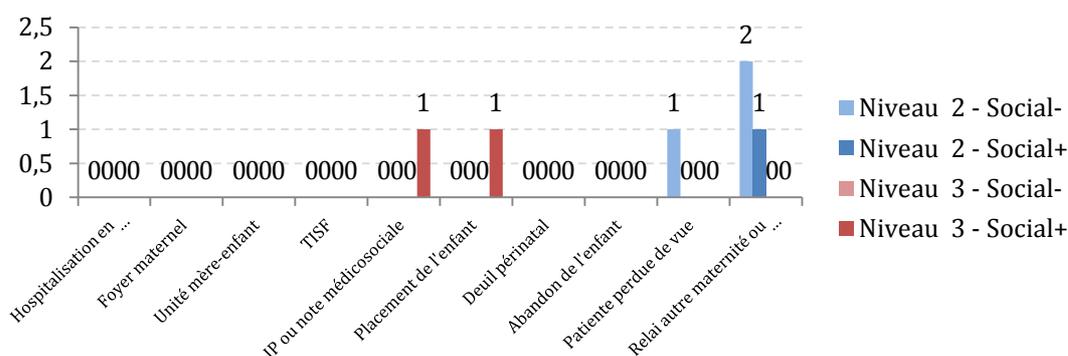


Figure 38: Addiction: répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique

Parmi toutes les patientes présentant une addiction, 1 patiente a fait l'objet d'une rédaction d'une note médicosociale par l'équipe, et pour 1 autre, l'enfant a été placé. Dans les 2 situations, il s'agissait de patientes du niveau 3, cotant « contexte parental », et présentant en association un trouble de la personnalité borderline, un antécédent psychiatrique, et au minimum un item de la catégorie « social ». Il s'agissait donc de familles à problèmes multiples.

Aucune des patientes présentant une addiction n'a été hospitalisée en psychiatrie, admise en unité mère-enfant ou en foyer maternel, et pour aucune d'entre elle une TISF n'a été mise en place.

f) Les patientes mineures ou présentant une déficience intellectuelle

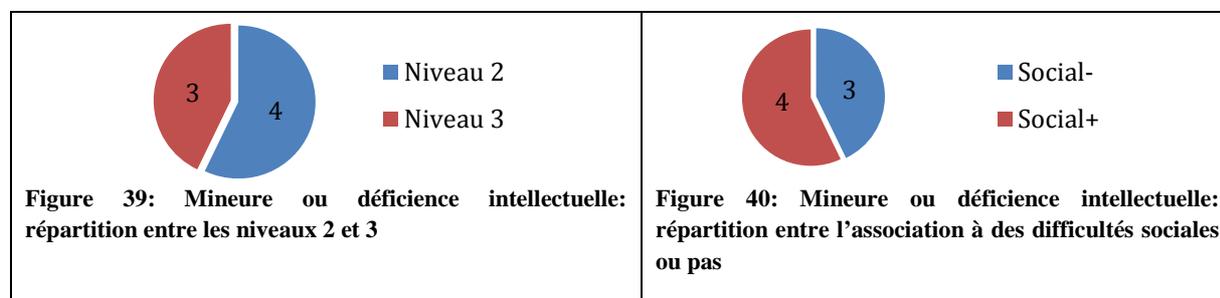
Parmi toutes les patientes vues, le nombre total de patientes mineures ou présentant une déficience intellectuelle (patientes qui cotent la catégorie « **maturité psychique insuffisante** » dans l'outil) était de 7 : 2 mineures de 16 ans et 5 présentant une déficience intellectuelle.

Répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à un critère social ou pas

Tableau 40: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.

	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	p
Mineure ou déficience intellectuelle (n= 7)	4 (4,3%)	3 (6,7%)	NS
Mineure ou déficience intellectuelle + Social (n=4)	2	2	NS

Il n'y a pas de différence significative entre les deux niveaux.



Parmi les patientes cotant mineures ou présentant une déficience intellectuelle, 42,9% étaient dans le niveau 3, et 57,1% cotaient aussi la catégorie « Social »

Parmi les 2 mineures de moins de 16 ans : 1 était dans le niveau 2 (et ne cotait pas « Social », et 1 était dans le niveau 3 (et cotait « Social »).

Pour les patientes du niveau 3 : répartition des différentes catégories du niveau 3

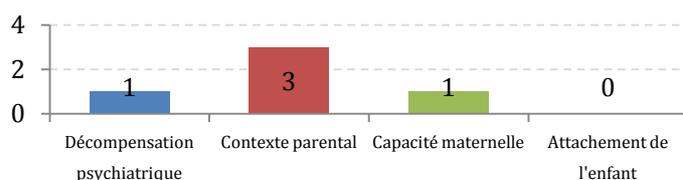
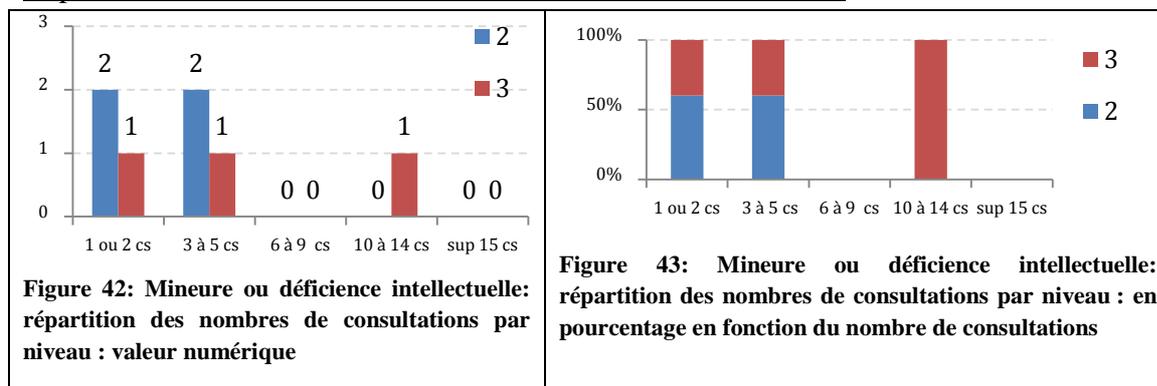


Figure 41: Mineure ou déficience intellectuelle, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3

Parmi les 3 patientes qui étaient dans le niveau 3, 1 concernait la mineure (16 ans): celle-ci présentait aussi un diagnostic de schizophrénie associé qui s'est décompensé pendant la

grossesse. De plus elle cotait la catégorie « Contexte parental ». Les 2 autres étaient dans le niveau 3 car elles cotaient la catégorie « Contexte parental ». Pour l'une des 2, des interactions mère-enfant pathologiques ont été constatées.

Répartition du nombre de consultations en fonction des niveaux



Parmi les patientes mineures ou présentant une déficience intellectuelle, 6 (75,0%) ont eu 5 ou moins de consultations, et 1 en a eu 12. Il n'y a pas de différence significative entre les niveaux 2 et 3.

Parmi les patientes mineure ou présentant une déficience intellectuelle : répartition des différents intervenants en fonction des niveaux

Tableau 41: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des types d'intervenants par niveau

Intervenants	Niveau 2 (n=4)	Niveau 3 (n=3)	p
>= 2 intervenants	2 (50%)	3 (100%)	NS
Psychologues de l'équipe seulement	1 (25%)	1 (33,3%)	NS
Psychiatre de l'équipe	3 (75%)	2 (66,7%)	NS
Intervention de l'AS de l'équipe	2 (50%)	2 (66,7%)	NS
Psychiatre et AS de l'équipe	2 (50%)	2 (66,7%)	NS
Réunions pluridisciplinaires	0	2 (66,7%)	NS
PMI	1 (25%)	2 (66,7%)	NS
AS de secteur	1 (25%)	1 (33,3%)	NS
ASE	1 (25%)	1 (33,3%)	NS
PMI et/ou AS secteur et/ou ASE	2 (50%)	2 (66,7%)	NS
Psychiatre au long cours	0	1 (33,3%)	NS

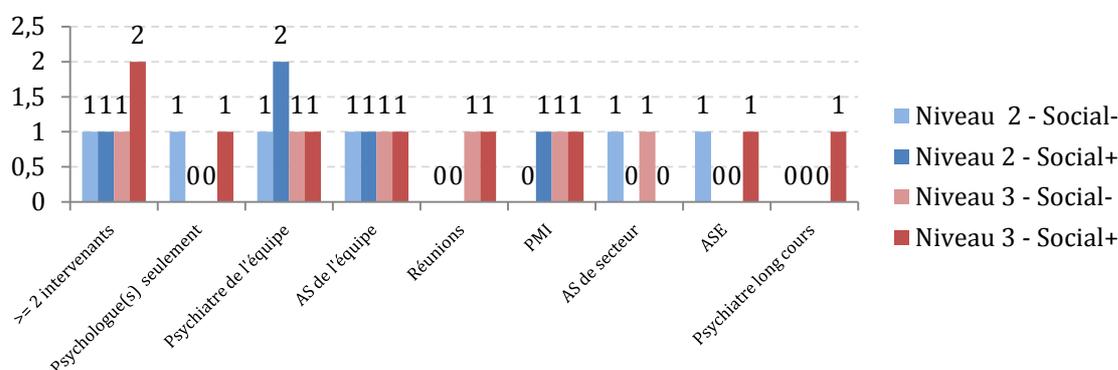


Figure 44: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des intervenants en fonction des niveaux et de l'association à la catégorie « social » : valeur numérique

Dans plus de la moitié des cas, le psychiatre et l'AS de l'équipe sont intervenus. Il n'y a pas de différence par rapport au nombre et au type d'intervenants que la patiente soit du niveau 2 ou du niveau 3, et qu'elle cote aussi la catégorie « social » ou pas.

Les 2 patientes suivies par l'ASE étaient les 2 patientes mineures de moins de 16 ans.

Parmi les patientes mineures ou présentant une déficience intellectuelle : répartition des prises en charge et devenirs en fonction des niveaux.

Tableau 42: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des prises en charge par niveau

Prise en charge ou devenir	Niveau 2 (n=4)	Niveau 3 (n=3)	p
Hospitalisation en psychiatrie	0	1	NS
Foyer maternel	0	1	NS
Unité mère-enfant	0	0	NS
TISF (ou aide éducative)	1	1	NS
Signalement (ou IP ou note médicosociale)	1	1	NS
Placement de l'enfant	0	0	NS
Deuil	3	1	NS
Abandon de l'enfant	0	0	NS
Patiente perdue de vue	0	0	NS
Relai de prise en charge en réa, néonatal, ou dans une autre maternité	0	1	

Il n'y a pas de différence significative entre les deux niveaux concernant les prises en charge prises isolément ou ensemble.

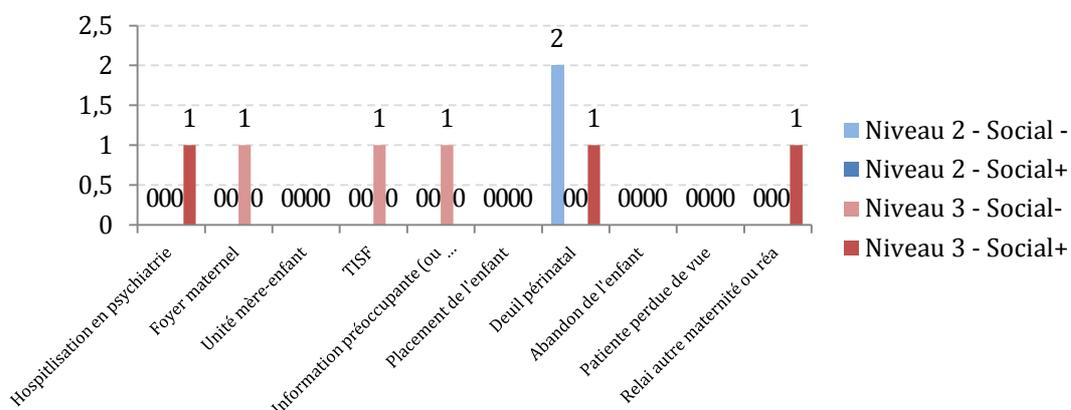


Figure 45: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique

Parmi toutes les patientes mineures ou présentant une déficience intellectuelle 2 patientes ont fait l'objet d'un signalement, dont une qui a été admise en foyer maternel, et pour 4, la grossesse n'a pas abouti (1 IVG, 2 IMG, 1 perte du bébé), dont une qui a été hospitalisée en psychiatrie.

Plus précisément :

Parmi les 2 patientes mineures (toutes les 2 avaient 16 ans):

- celle du niveau 2 a fait une interruption médicale de grossesse suite à un diagnostic anténatal de malformation ou d'anomalie chromosomique.
- celle du niveau 3 qui présentait aussi une décompensation de schizophrénie a fait une interruption volontaire de grossesse et a été hospitalisée en psychiatrie.

Parmi les 5 patientes (majeures) présentant une déficience intellectuelle, 4 correspondaient à des familles à problème multiples (cotaient au minimum « social » ou « contexte parental » en plus). Parmi ces 4 patientes :

- 1 (niveau 2) a fait une interruption médicale de grossesse suite à une annonce de diagnostic anténatal de malformation ou d'anomalie chromosomique
- 2 ont fait l'objet d'un signalement (ou information préoccupante ou note médicosociale) par l'équipe : pour l'une (niveau 2) devant un handicap moteur associé et peu d'étayage alentours (une TISF a été mise en place pour cette patiente) ; et pour l'autre (niveau 3), devant un contexte social préoccupant et des interactions mère-enfant perturbées (pour cette patiente, une TISF a été mise en place dans un premier temps, puis elle a été admise en foyer maternel).
- 1 a perdu son bébé (niveau 2)
- pour la dernière (niveau 3), le relai a été pris en réanimation suite à l'hospitalisation de son bébé dans ce service.

Globalement, toutes les patientes mineures ou présentant une déficience intellectuelle ont été des patientes nécessitant **plusieurs intervenants** et avec des **prises en charge ou devenirs complexes**. En comparant les deux niveaux, la seule différence significative concerne l'intervention de l'AS de l'équipe.

g) Les patientes présentant une dépression du post-partum (DPP)

Parmi toutes les patientes vues, le nombre total de patientes présentant une dépression du post-partum était de **18**.

Répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à un critère social ou pas

Toutes les patientes présentant une dépression du post-partum étaient systématiquement dans le niveau 3.

Sur les 18 patientes, 4 (**28,6%**) cotaient la catégorie « social ».

Pour les patientes du niveau 3 : répartition des différentes catégories du niveau 3

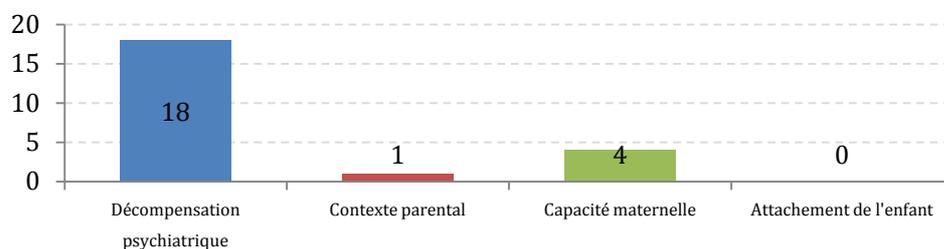
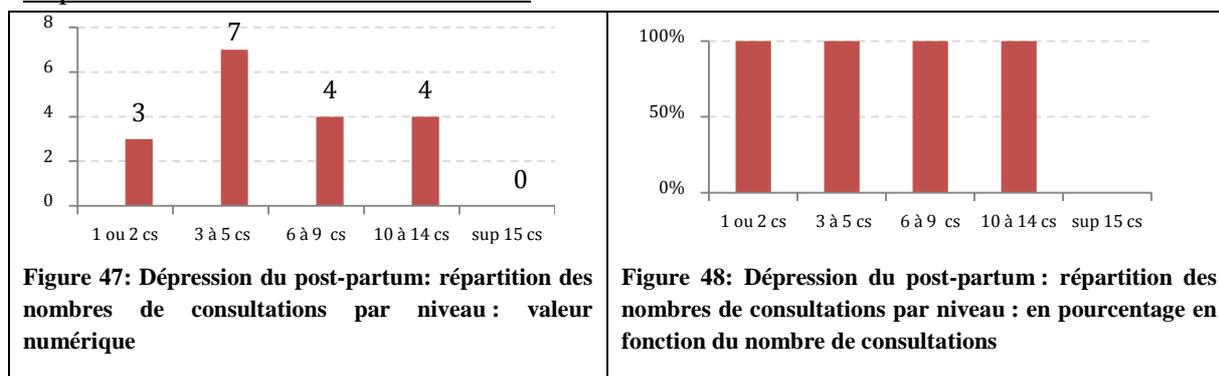


Figure 46 : Dépression du post-partum: répartition parmi les catégories du niveau 3

Toutes les patientes présentant une dépression du post-partum cotaient systématiquement la catégorie « Décompensation psychiatrique ». 1 cotait en plus la catégorie « Contexte parental », et 4 la catégorie « Capacité maternelle ».

Répartition du nombre de consultations



La répartition était globalement homogène entre les différentes tranches de consultations.

Parmi les patientes présentant une dépression du post-partum, répartition des différents intervenants en fonction des niveaux

Tableau 43: Dépression du post-partum : répartition des types d'intervenants par niveau

Intervenants	Dépression du post-partum (n=18)
>= 2 intervenants	9 (50%)
Psychologues de l'équipe seulement	0
Psychiatre de l'équipe	18 (100%)
AS de l'équipe	3 (16,7%)
Psychiatre et AS de l'équipe	3 (16,7%)
Réunions pluridisciplinaires	0
PMI	14 (77,8%)
AS de secteur	1 (5,6%)
ASE	0
PMI et/ou AS secteur et/ou ASE	14 (77,8%)
Psychiatre au long cours	3 (37,5%)

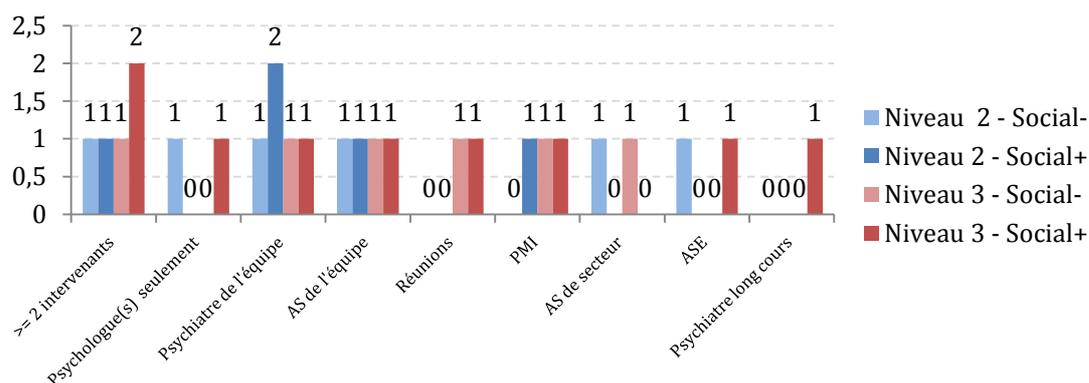


Figure 49: Dépression du post-partum: répartition des intervenants en fonction de l'association à la catégorie « social » : valeur décimale

Les patientes présentant une dépression du post-partum ont essentiellement été suivies par le (pédo)psychiatre de l'équipe (100% d'entre elles) et la PMI (77,8% d'entre elles). Seul 16,7% d'entre elles ont rencontré l'AS de l'équipe.

Il n'y a pas de différence significative en fonction de l'association à la catégorie « Social » ou pas.

Parmi les patientes présentant une dépression du post-partum: répartition des prises en charge et devenirs en fonction des niveaux.

Tableau 44: Dépression du post-partum: répartition des prises en charge par niveau

Prise en charge ou devenir	Dépression du post-partum (n=18)
Hospitalisation en psychiatrie	1
Foyer maternel	1
Unité mère-enfant	0
TISF (ou aide éducative)	2
Signalement (ou IP ou note médicosociale)	0
Placement de l'enfant	0
Deuil périnatal	0
Abandon de l'enfant	0
Patiente perdue de vue	2
Relai de prise en charge en réa, néonata, ou dans une autre maternité	0

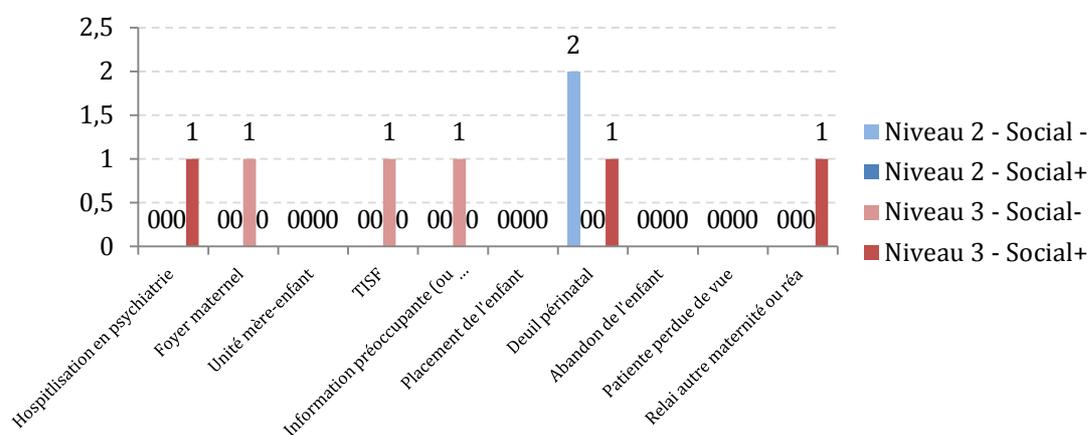


Figure 50: Dépression du post-partum: répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique

Parmi les 18 patientes présentant une dépression du post-partum, 1 a été hospitalisée en psychiatrie, 1 a été admise en foyer maternel, 2 ont bénéficié de la mise en place d'une TISF, 2 avaient un suivi psychiatrique ambulatoire et 2 ont été perdues de vue. Pour les 10 autres, le suivi s'est limité à des consultations par l'équipe (+ suivi PMI pour 7 d'entre elles).

L'association à la catégorie « Social » ou pas différait peu significativement concernant les prises en charge. Les 2 patientes perdues de vue étaient associées à la catégorie « Social ». Elles allaient cliniquement mieux lors de la perte de contact.

Aucun signalement ni placement de l'enfant n'a été mis en place pour les patientes présentant ce diagnostic.

h) Les patientes présentant une psychose puerpérale

Une seule patiente a fait une psychose puerpérale. Il s'agissait en fait d'une décompensation hypomaniaque d'un trouble bipolaire mais avec une présentation clinique faisant évoquer une psychose puerpérale. Elle a été vue par un pédopsychiatre et par l'AS de l'équipe et a été suivie en parallèle par la PMI. Alors que les interactions mère-enfant étaient

initialement très perturbées, aucune prise en charge spécifique n'a été mise en place du fait de la présence très étayante du mari et de la rapide amélioration clinique.

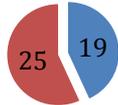
3) Les familles à problèmes multiples : social + autre

Parmi toutes les patientes vues, le nombre total de familles à problèmes multiples (association d'un diagnostic psychiatrique et d'une problématique sociale) était de **44**.

Répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre les différentes catégories pour le niveau 3

Tableau 45: Problèmes multiples : répartition entre les niveau 2 et 3

	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	p
Social+ autre (n= 44)	19 (20,7%)	25 (55,6%)	<0,001



La proportion de patientes associant un diagnostic psychiatrique et des difficultés sociales, est significativement plus importante dans le niveau 3 par rapport au niveau 2 (55.6% versus 20.7%, $p < 0.001$ avec test du Chi2).

Parmi les patientes associant un diagnostic psychiatrique et des difficultés sociales, répartition des diagnostics

Tableau 46: Problèmes multiples : répartition des diagnostics

	Niveau 2 (n=19)	Niveau 3 (n=25)	Total (n=44)	Commentaires
Trouble de la personnalité borderline	5	12	17	3+addiction 1+ DPP 1+ TCA 1+déni de grossesse
Schizophrénie ou trouble schizo-affectif	0	5	5	Dont 1 mineure <16 ans
Trouble bipolaire	0	1	1	
Episode dépressif majeur	4	4	8	1 + borderline+TCA
Mineure ou déficience intellectuelle	2	2	4	1 mineure de 16 ans schizophrène 3 déficiences intellectuelles
Addiction	2	3	5	3+borderline
Déni de grossesse	5	3	8	1+borderline 1+addiction
Trouble du comportement alimentaire	2	1	3	1+EDM 1+borderline+DPP
Dépression du post-partum	0	3	3	1+borderline+TCA
Psychose puerpérale	0	1	1	

Parmi tous ces diagnostics, ceux le plus retrouvés dans le niveau 3 concernaient essentiellement le trouble de la personnalité borderline et la schizophrénie (ou trouble schizo-affectif).

Parmi les patientes associant un diagnostic psychiatrique et des difficultés sociales du niveau 3, répartition des différentes catégories du niveau 3

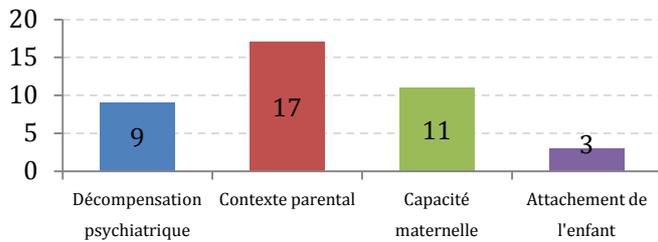


Figure 51: Problèmes multiples, niveau 3 : répartition des catégories

Parmi les 25 patientes du niveau 3 associant un diagnostic psychiatrique et des difficultés sociales, la répartition dans les catégories du niveau 3 est la suivante :

- 9 patientes ont fait une décompensation psychiatrique :
 - 3 dépressions du post-partum (dont 2 cotent en plus « capacité maternelle » et 1 « contexte parental »)
 - 1 psychose puerpérale (qui cote aussi « capacité maternelle »)
 - 5 schizophrénies ou trouble schizo-affectif (dont 3 cotaient « contexte parental, dont 1 « capacité maternelle » en plus, et 1 cotait « capacité maternelle »)
- 13 patientes cotaient la catégorie contexte parental sans présenter de décompensation psychiatrique. Parmi celles-ci :
 - 10 patientes présentaient un trouble de la personnalité borderline (3 associé à une addiction, et 1 à un épisode dépressif majeur)
 - 1 patiente présentait un trouble bipolaire non décompensé
 - 1 patiente avait fait un déni de grossesse
 - 1 patiente présentait une déficience intellectuelle
- 4 patientes cotaient la catégorie « capacité maternelle » sans coter « décompensation psychiatrique » ni « contexte parental » : 1 trouble anxieux, 1 trouble de la personnalité borderline, et 2 dénis de grossesse.

Parmi les patientes associant un diagnostic psychiatrique et des difficultés sociales, répartition du nombre de consultations en fonction des niveaux

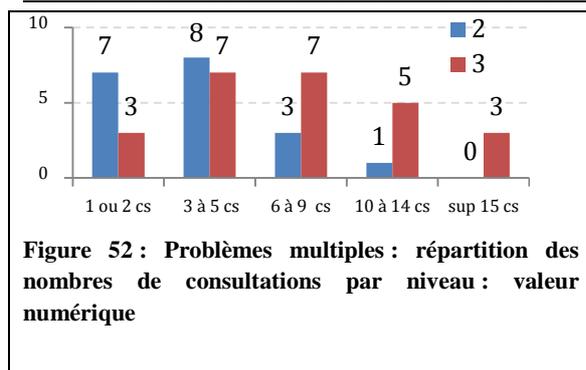


Figure 52: Problèmes multiples : répartition des nombres de consultations par niveau : valeur numérique

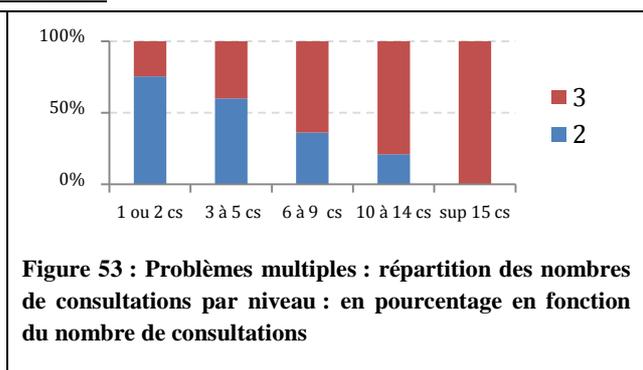


Figure 53: Problèmes multiples : répartition des nombres de consultations par niveau : en pourcentage en fonction du nombre de consultations

On observe que plus le niveau est élevé, plus le nombre de consultations est important (mais pas de différence statistiquement significative) ; et que le nombre de consultations n'est pas si élevé, proportionnellement aux problèmes des patientes en question : 56,8% des patientes ont eu 5 ou moins de 5 consultations, et 79,5% des patientes ont eu moins de 10 consultations.

Parmi les patientes associant un diagnostic psychiatrique et des difficultés sociales, répartition des différents intervenants en fonction des niveaux

Tableau 47: Problèmes multiples: répartition des types d'intervenants par niveau

Intervenants	Niveau 2 (n=19)	Niveau 3 (n=25)	p
>= 2 intervenants	13 (68,4%)	23 (92,0%)	NS
Psychologues de l'équipe seulement	1 (5,3%)	1 (4,0%)	NS
Psychiatre de l'équipe	15 (78,9%)	20 (80,0%)	NS
AS de l'équipe	7 (36,8%)	21 (84,0%)	0,001
Psychiatre et l'AS de l'équipe	4 (21,1%)	17 (68,0%)	0,002
Réunions pluridisciplinaires	1 (5,3%)	7 (28,0%)	NS
PMI	12 (63,2%)	18 (72,0%)	NS
AS de secteur	3 (15,8%)	13 (52,0%)	0,013
ASE	1 (5,3%)	5 (20,0%)	NS
PMI et/ou AS secteur et/ou ASE	14 (73,7%)	20 (80,0%)	NS
Psychiatre au long cours	5 (26,3%)	8 (32,0%)	NS

Les seules différences significatives entre les niveaux 2 et 3 concernant les intervenants sont : intervention de l'AS de l'équipe (84.0% dans niveau 3 versus 36.8% dans niveau 2, p=0.001 avec test du Chi2) ; intervention par un psychiatre et par l'AS de l'équipe (68.0% dans niveau 3 versus 21.1% dans niveau 2, p=0.002 avec test du Chi2) ; et suivi par l'AS secteur (52.0% dans niveau 3 versus 15.8% dans niveau 2, p=0.013 avec test du Chi2).

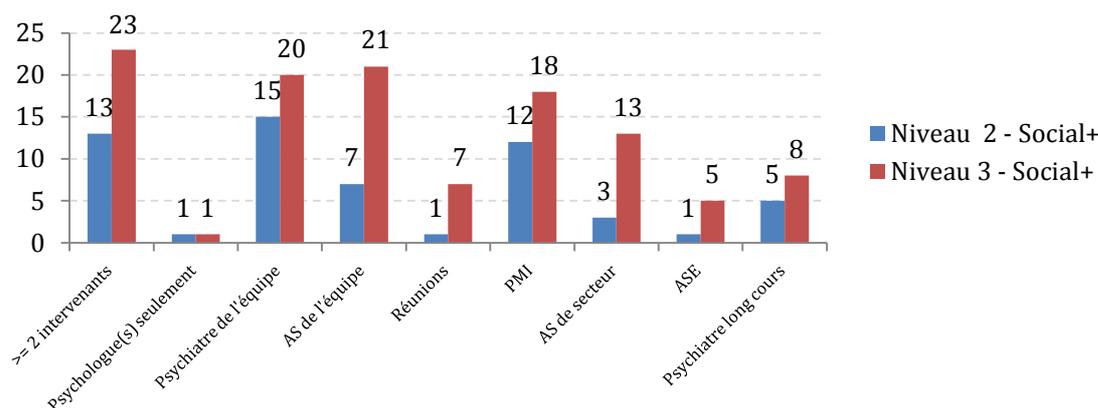


Figure 54: Problèmes multiples : répartition des intervenants en fonction des niveaux : valeur numérique

Parmi toutes les familles à problèmes multiples, **une très grande majorité ont été suivies par un (pédo)psychiatre de l'équipe (79,5%) et/ou par la PMI (68,2%). Pour celles qui ont été suivie par l'AS de l'équipe, l'AS de secteur, et l'ASE, il s'agissait essentiellement de patientes du niveau 3.** Ce résultat est statistiquement significatif en ce qui concerne l'AS de l'équipe (84,0% vs 36,8%) et l'AS de secteur (52,0% vs 15,8%). Pour 28% des patientes « social+autre » du niveau 3, des **réunions** pluridisciplinaires ont été faites (vs 5,3% dans le niveau 2), et 20% d'entre elles avaient un suivi **ASE** (vs 5,3% dans le niveau 2).

Répartition des prises en charge en fonction des niveaux.

Tableau 48: Problèmes multiples : répartition des prises en charge par niveau

Prise en charge ou devenir	Niveau 2 (n=19)	Niveau 3 (n=25)	p
Hospitalisation en psychiatrie	2 (10,5%)	4 (16,0%)	NS
Foyer maternel	1 (5,3%)	1 (4,0%)	NS
Unité mère-enfant	0	0	NS
TISF (ou aide éducative)	1 (5,3%)	2 (8,0%)	NS
Signalement (ou IP ou note médicosociale)	1 (5,3%)	3 (12,0%)	NS
Placement de l'enfant	0	1 (4,0%)	NS
Deuil périnatal	2 (10,5%)	2 (8,0%)	NS
Abandon de l'enfant	2 (10,5%)	2 (8,0%)	NS
Patiente perdue de vue	1 (5,3%)	1 (4,0%)	NS
Relai de prise en charge en réa, néonatal, ou dans une autre maternité	2 (10,5%)	5 (20,0%)	NS

Il n'y a pas de différence significative entre les niveaux 2 et 3 concernant les prises en charge chez les patientes à problèmes multiples, qu'elles soient prises isolément ou associée.

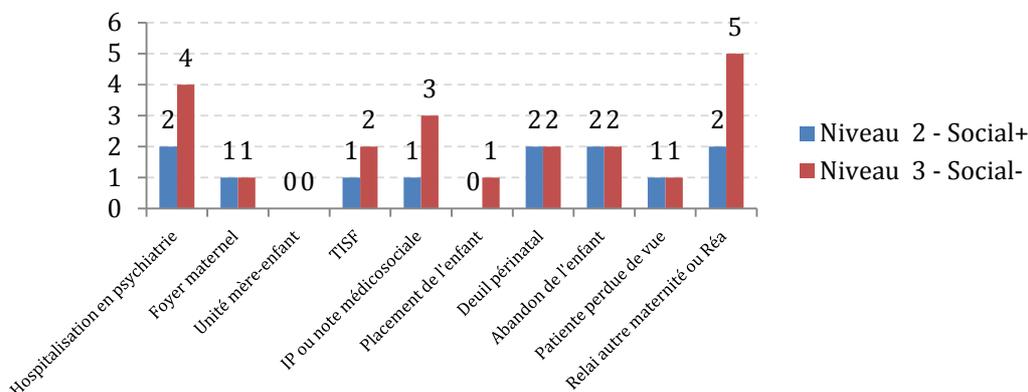


Figure 55: Problèmes multiples : répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique.

Parmi les 44 patientes à problèmes multiples, pour seulement **13 (29,5%)** d'entre elles, une prise en charge spécifique a eu lieu à la sortie de la maternité:

- 6 ont été hospitalisées en psychiatrie
 - 4 d'entre elles (niveau 3) pour une décompensation de schizophrénie : l'une était mineure, cotait « contexte parental », et a fait une IVG, la seconde cotait « capacité maternelle » et une procédure d'abandon a été faite concernant l'enfant, la 3^{ème} cotait « contexte parental » et « capacité maternelle », une TISF a été mise en place dans un premier temps, puis elle a été hospitalisée ; et pour la 4^{ème}, une information préoccupante a été réalisée pendant la grossesse et le relai a été pris dans un hôpital périphérique où elle a été hospitalisée.
 - Les 2 autres (niveau 2) présentaient respectivement un trouble anxieux sévère et un trouble de la personnalité borderline avec vécu de deuil périnatal.
- 2 ont été admises en foyer maternel (+ avaient fait l'objet de réunions pluridisciplinaires avant leur accouchement) : il s'agissait de 2 patientes présentant un trouble de la personnalité borderline. L'une d'elle était dans le niveau 3 (car cotait « contexte parental ») et était suivie par l'ASE.

- 2 ont bénéficié de la mise en place d'une TISF : 1 patiente présentant une dépression du post-partum (et cotant « capacité maternelle »), et 1 patiente présentant une déficience intellectuelle avec un handicap moteur et des difficultés conjugales. Pour cette 2^{ème} patiente une information préoccupante a été faite par l'équipe.
- Pour 2 autres patientes (niveau 3), une IP (ou note médicosociale) a été faite. Il s'agissait de 2 patientes présentant un trouble de la personnalité borderline. L'une présentait en outre un trouble anxieux et cotait « Contexte parental », « Capacité maternelle », et « Attachement de l'enfant ». L'autre présentait en outre une addiction et un antécédent psychiatrique, et cotait « contexte parental ».
- Pour une autre patiente, l'enfant a été placé en pouponnière. Il s'agissait d'une patiente présentant un trouble de la personnalité borderline, une addiction et un antécédent psychiatrique. Elle cotait « contexte parental » et « capacité maternelle ».

Parmi les 44 patientes à problèmes multiples, **14 (31,8%)** d'entre elles, leur bébé a eu un devenir particulier:

- Pour 2 patientes, la grossesse n'a pas abouti : l'une (déficience intellectuelle) a fait une interruption médicale de grossesse, et l'autre (trouble de la personnalité borderline) a fait une fausse couche spontanée.
- Pour 3 patientes (2 patientes du niveau 2 ayant fait un déni de grossesse, et 1 patiente du niveau 3 présentant un trouble de la personnalité borderline), une procédure d'abandon de l'enfant a été faite.
- 2 patientes présentant un trouble de la personnalité borderline ont été perdues de vue
- Pour 1 patiente (trouble de la personnalité borderline+ épisode dépressif majeur, niveau 3), le relai a été pris par une autre maternité ; et pour 6 patientes, le relai a été pris par le service de réanimation où leur enfant a été hospitalisé. Parmi ces 6 patientes, elles étaient toutes du niveau 3 car cotaient soit « contexte parental », soit « capacité maternelle ». Leurs diagnostics étaient respectivement les suivants : borderline+ antécédent psychiatrique ; déficience intellectuelle ; addiction+ déni de grossesse ; trouble anxieux+ antécédent psychiatrique ; borderline+ déni de grossesse ; déni de grossesse.

Parmi les 44 patientes à problèmes multiples, **17 (38,6%) patientes n'ont pas eu de devenir ni de prise en charge spécifique** (hormis suivi PMI et/ou par l'AS de secteur). 8 d'entre elles étaient pourtant dans le niveau 3 car elles cotaient « contexte parental » et/ou « capacité maternelle » (+/- « attachement de l'enfant »). Parmi ces 8 patientes, les diagnostics étaient respectivement les suivants : trouble bipolaire non décompensé ; trouble schizo-affectif non décompensé ; dépression du post-partum ; psychose puerpérale ; borderline+ addiction ; borderline + TCA+ épisode dépressif majeur ; borderline ; déni de grossesse. Ce chiffre est élevé, proportionnellement aux difficultés que les patientes présentaient.

Un interrogatoire (informel) des différents membres de l'équipe a permis de confirmer l'impression (subjective) que c'est bien ce type de patientes (quelque soit le diagnostic exact) qui a demandé le plus de mobilisation ; et que pour certaines de ces situations, le manque de prise en charge spécifique n'est pas proportionnel à un manque d'inquiétude, mais est plutôt lié à un manque d'arguments cliniques suffisants pour mettre en place quelque chose si la patiente n'y adhère pas sur la période d'observation impartie.

V) Discussion

L'objectif de notre étude est original, nous n'avons retrouvé aucune autre étude descriptive se basant sur la complexité de la prise en charge, et non sur les diagnostics, en psychiatrie périnatale. Notre outil ayant été créé spécifiquement dans cette optique, aucune comparaison n'a pu être réalisée avec d'éventuelles études antérieures, ce qui fait à la fois l'intérêt de notre travail mais aussi une de ses limites.

A) Population

1) Taille de l'échantillon, biais de sélection

Les patientes vues en consultation par l'équipe de psychiatrie périnatale durant la période de l'étude étaient au nombre de 466. La population incluse compte 341 patientes.

Toutes les patientes vues par l'équipe pour la première fois durant la période de l'étude ont été incluses. Les seules patientes exclues concernaient les patientes non vues pour la première fois, hors contexte de grossesse, ou hors cadre de prise en charge habituel. Ce chiffre est satisfaisant, le recrutement ayant été exhaustif.

La taille de l'échantillon est suffisamment élevée pour que la comparaison générale entre les 3 niveaux de complexité des patientes puisse donner une différence significative. Par contre, lors de l'analyse plus précise par diagnostics, le nombre de patientes devient trop faible pour que la différence entre les 3 niveaux puisse être statistiquement significative. Pour cette analyse, il aurait fallu un échantillon plus important.

Le fait d'inclure toutes les patientes vues par l'équipe pour la première fois a permis de limiter les biais de sélection. De plus, la cotation de l'outil n'a pas entravé les prises en charge mise en place par les professionnels de l'équipe, celle-ci se faisant à posteriori.

Enfin, il est possible que des patientes qui le nécessitaient n'aient pas rencontré l'équipe, soit du fait d'un mauvais repérage, soit pour cause de refus. Cela fait partie des aléas du travail de psychiatrie de liaison. Précisons également qu'il existe au sein de la maternité de Paule de Viguier un dispositif intitulé « consultation mère-enfant » qui suit les patientes atteintes du VIH, ainsi qu'une grande partie de patientes enceintes présentant une polytoxicomanie. Ces patientes ne sont donc pas suivies par l'équipe de pédopsychiatrie.

2) Caractéristiques générales, représentativité de l'échantillon

Pour savoir si les caractéristiques générales de la population de notre étude sont représentatives de la population que l'équipe de liaison voit habituellement, il faudrait la comparer avec celle vue dans les années précédentes.

Les données de 2002 et 2012 nous sont facilement accessibles puisque nous les avons traitées dans la partie 1 de la thèse (tableau 1 et 2). Cependant, deux écarts nous empêchent de faire exactement la comparaison, du fait que notre étude n'a duré que 5,5 mois et sur une période incluant 2013 et 2014 :

- tout d'abord, nous n'avons pas encore le nombre exact de patientes ayant accouché sur Paule de Viguier pendant cette période précisément (statistiques de 2014 non encore disponibles).
- De plus, la population vue par l'équipe dans notre étude (n=341) concerne les patientes vues pour la première fois, ce qui n'est pas le cas des données précédentes qui concernent toutes les patientes vues par l'équipe et ayant accouché sur l'année en cours. Le risque est donc de sous-estimer la proportion de patientes vues par rapport

aux années précédentes. Parallèlement, si nous prenons toute la file active vue sur les 5,5 mois de l'étude (466 patientes), le risque serait alors de surestimer la proportion de patientes vues car le turn-over n'est pas une équation mathématique.

Afin de tenter tout de même de se faire une idée, nous avons, dans le tableau suivant, tenté une comparaison des taux population EPP/ population PDV.

Pour les années 2002 et 2012, les populations PDV concernent les patientes ayant accouché sur l'année à Paule de Viguier ; et les populations EPP, concernent parmi ces patientes, le nombre de patientes vues par l'équipe.

Pour les patientes de notre étude, nous avons considéré comme population EPP la population de l'étude (patientes vues pour la première fois dans la période de l'étude) extrapolée à 1 année ; et comme population PDV le nombre de patientes ayant accouché sur PDV en 2013 (que nous avons pu obtenir grâce aux sages-femmes du DIM de la maternité, et dont le nombre ne devrait pas augmenter en 2014 d'après la direction du pôle). Ces équivalences ne sont donc pas exactes, mais permettent tout de même un ordre d'idée.

Tableau 49: comparaison des caractéristiques de la population de l'étude avec 2002 et 2012.

	2002*	2012*	Période de l'étude/ 2013*
Population			
Population totale PDV sur l'année	3107	4541	4622
Population EPP sur l'année	494	668	744
Taux Population EPP/totale PDV	15,9	14,7	16,1
Age moyen (années)			
Population totale PDV sur l'année	NR	30,4	30,2
Population EPP sur l'année	NR	NR	30,7
Taux Population EPP/totale PDV	/	/	/
Nombre de grossesses gémeillaires			
Population totale PDV sur l'année	104	193	177
Population EPP sur l'année	32	37	78,5
Taux population équipe/ totale PDV	30,8	19,2	44,4
Nombre de grossesses pathologiques			
Population totale PDV sur l'année	NR	1105	1448
Population EPP sur l'année	NR	NR	194,2
Taux population EPP/ totale PDV	/	/	13,4
IMG			
Population totale PDV sur l'année	82	117	127
Population EPP sur l'année	82	56	48
Taux population EPP/totale PDV	100	47,9	37,8
Deuil périnatal (FCS ou MFIU ou IMG ou décès précoce du bébé)			
Population totale PDV sur l'année	NR	166	166
Population EPP sur l'année	NR	NR	148,4
Taux population EPP/totale PDV	/	/	89,4
Enfants transférés en réa ou néonatal			
Population totale PDV sur l'année	494	632	681
Population EPP sur l'année	160	154	117,8
Taux population EPP/ totale PDV	32,4	24,4	17,3

* la population est exprimée en nombre, les taux en %/ NR= donnée non renseignée.

Selon ces données, la population en terme de proportion de patientes de la maternité vues par l'équipe de pédopsychiatrie semble représentative. De plus, nous connaissons la réelle file active de l'équipe en 2013 qui était de 805 patientes. Notre chiffre sur notre période expérimentale après extrapolation à 1 an (n=744) n'en est pas très éloigné (et un peu sous estimé car ne comprend que les patientes vues pour la première fois et pas les suivis débutés avant l'étude) et confirme que probablement l'équipe a vu plus que 16,1% des patientes ayant accouché sur Paule de Viguier.

Concernant les différentes caractéristiques prises une par une, nous pouvons difficilement conclure. Concernant les IMG, le taux d'IMG vues étant d'environ 50% en 2012 (rappelons qu'il existe un biais pour 2002 puisqu'elles avaient toutes été vues pour cause d'étude en cours), nous pouvons faire l'hypothèse que l'équipe a vu plus d'IMG que recueillies dans l'étude. Cela peut s'expliquer par le fait que nous avons classé « IMG » les patientes cotant « deuil périnatal » et « diagnostic anténatal d'une malformation ou d'une anomalie chromosomique ». Nous pouvons donc suspecter un biais de cotation chez certaines patientes probablement cotées l'un ou l'autre. Le taux d'enfants transférés en réanimation ou néonatalogie paraît lui aussi plus faible que les autres années. Il est possible qu'il s'agisse là aussi d'un biais de cotation.

En pratique, ces déviations faussent peu nos résultats généraux.

Enfin, il est important de rappeler que cette maternité est une maternité de niveau 3, prenant en charge les situations obstétricales les plus compliquées. Le nombre de grossesses pathologiques, d'IMG, de patientes vivant un deuil périnatal, et de bébés transférés en réanimation ou en néonatalogie est donc nécessairement plus élevé que s'il s'agissait d'une maternité de niveau 2 ou 1.

3) Prévalence de divers diagnostics de la population de l'étude

Les prévalences des divers diagnostics sont résumées dans le tableau 17 des résultats.

Ici aussi pour comparer à la population générale ayant accouché à Paule de Viguier (que nous appellerons population PDV), nous avons pris pour référence 2013 (n= 4622) extrapolé sur 5,5 mois (n=2118,4).

Le trouble de la personnalité borderline

Dans notre étude 25 patientes présentaient un trouble de la personnalité borderline, soit 7,3% de la population de l'étude. Nous n'avons pas de données antérieures sur la proportion de patientes présentant un trouble de la personnalité borderline vues par l'équipe.

En population générale, la prévalence du trouble de la personnalité borderline est d'environ 2% (96), alors que l'équipe en a vu 1,2% de la population PDV. Il peut s'agir d'un **biais de cotation** ou d'une mauvaise orientation vers les soins (peu d'alliance envers les soins, moins facilement repérées). Cependant, ce chiffre peut aussi être cohérent puisque parmi les patientes présentant un trouble de la personnalité borderline, un grand nombre ont un retentissement modéré (voir parfois quasi nul) sur le fonctionnement général, et ne nécessitent donc pas de rencontrer un psychiatre.

Les troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur et trouble bipolaire)

Dans notre étude 16 patientes présentaient un trouble de l'humeur, soit 4,7% de la population de l'étude (5 présentaient un trouble bipolaire, et 11 un épisode dépressif majeur). En 2012, 40 patientes ont été vues pour un trouble de l'humeur (14 pour un trouble bipolaire et 26 pour un épisode dépressif majeur). En extrapolant sur la même durée, ces données sont donc **stables**.

En population générale, la prévalence du trouble bipolaire est de 1 à 2%, alors que l'équipe en a vu 0,2% de la population PDV. Il se peut que des patientes présentant un trouble bipolaire et ayant accouché à Paule de Viguier n'aient pas été vues par l'équipe. D'autant plus que ce trouble peut ne laisser apparaître aucun signe clinique lorsqu'il est bien stabilisé. Mais il est aussi possible que la fertilité soit moins importante chez les femmes présentant un trouble bipolaire que chez les autres. En effet, une revue de la littérature réalisée en 2007 par Williams et al. sur la fertilité chez les femmes présentant un trouble bipolaire fait évoquer un lien entre trouble bipolaire et diminution de la fertilité, même si ce lien serait complexe. (108)

La schizophrénie et le trouble schizo-affectif

Dans notre étude 6 patientes présentaient une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif, soit 1,8% de la population de l'étude. En 2012 et en 2013, l'équipe a vu 5 patientes schizo-phrènes (ou présentant un trouble schizo-affectif). L'équipe a donc vu **plus de patientes schizo-phrènes durant la période de l'étude** comparé aux autres années. Nous avons peu d'explications à ce fait, hormis que cela confirme l'impression subjective de l'équipe que le nombre de patientes psychotiques a tendance à augmenter. Le niveau 3 de la maternité pourrait en être une des raisons, des patientes étant transférées de plus en plus souvent pour motif psychiatrique à Paule de Viguier. Mais ces résultats ne sont pas significatifs, une étude plus longue permettrait de mieux comprendre ce phénomène.

En population générale, la prévalence de la schizophrénie est de 0,7% (97) (98) (99), alors que l'équipe en a vu 0,3% de la population PDV. Ici aussi, il est possible que certaines patientes schizo-phrènes ayant accouché à Paule de Viguier et ayant une symptomatologie à bas bruit n'aient pas été vues par l'équipe, le plus probable est que les patientes schizo-phrènes font moins d'enfants que les femmes du même âge en population générale, comme le montrent les études de Laursen et al. en 2010 sur la diminution de la fertilité chez les patientes schizo-phrènes (107); et de Laura J. en 1996 sur la prévalence plus élevée d'interruptions de grossesse chez les patientes schizo-phrènes. (100)

L'addiction (alcoolisme et toxicomanie)

Dans notre étude 10 patientes présentaient un alcoolisme ou une toxicomanie active, soit 2,9% de la population de l'étude. Nous n'avons pas de données antérieures précises concernant ce diagnostic.

En population générale, peu d'études donnent une valeur exacte de la prévalence de l'addiction chez les femmes enceintes notamment à cause des biais de recueil. L'équipe en a vu 0,5% de la population PDV.

Nous pensons que beaucoup de patientes présentant une addiction ne sont pas vues par notre équipe. Une des raisons principales est qu'une grande majorité des patientes présentant une polytoxicomanie sont reçues à la « **consultation mère-enfant** », et ne sont donc pas vues par l'équipe. Par ailleurs, nous pensons que beaucoup de patientes ayant cette problématique **échappent aux soins**. A ce sujet, il nous semble qu'il serait intéressant de réfléchir comment

mieux coordonner les soins autour de ces patientes, cette réflexion est en cours au CHU et à Paule de Viguier également.

Le déni de grossesse

Dans notre étude 11 patientes présentaient un déni de grossesse, soit 3,2% de la population de l'étude. Une thèse réalisée par Nicolas Job dans cette même maternité à Toulouse avait mis en évidence 41 cas de dénis sur une durée de 30 mois, de juillet 2006 à janvier 2009.

En population générale, la prévalence du déni de grossesse est de 0,5 à 3/1000, alors que l'équipe en a vu 5/1000 de la population PDV, soit plus que la prévalence générale. Cela s'explique par le fait que la maternité de Paule de Viguier est une **maternité de niveau 3**. Il est possible que par conséquent elle accueille plus de dénis de grossesse (où se surajoutent souvent des complications médicales) que d'autres maternités de niveau 1 ou 2. En effet, les patientes sont souvent diagnostiquées lors d'une consultation aux urgences générales ou gynécologiques du CHU.

Les troubles du comportement alimentaire

Dans notre étude, 11 patientes présentaient un trouble du comportement alimentaire, soit 3,2% de la population de l'étude. En 2012, seulement 6 patientes avec ce diagnostic avaient été vues.

Une thèse récente (2014) réalisée par Amalia Bautrait sur le trouble du comportement alimentaire à la maternité de Paule de Viguier a mis en évidence le fait que ce trouble est encore mal repéré et pris en charge. Notre étude confirme ces résultats, même s'il semble y avoir une légère amélioration en ce qui concerne leur repérage, une des conséquences constatées suite à cette thèse réalisée début 2013 est la sensibilisation des équipes d'obstétrique à cette pathologie.

La déficience intellectuelle

Dans notre étude 5 patientes présentaient une déficience intellectuelle, soit 1,5% de la population de l'étude. Nous n'avons pas de données antérieures précises concernant ce diagnostic. De plus, les patientes présentant ce diagnostic font probablement moins d'enfants que dans la population générale.

La dépression du post-partum

Dans notre étude 18 patientes présentaient une dépression du post-partum, soit 5,3% de la population de l'étude, alors qu'en 2012, l'équipe n'en avait coté que 7. **L'équipe a donc vu plus de dépressions du post-partum durant la période de l'étude par rapport à l'année 2012**. Deux hypothèses peuvent être émises face à ce constat. La première est celle d'une **meilleure cotation** pendant l'étude grâce à l'outil (alors qu'en 2012 elles ont pu être cotées « épisode dépressif majeur » dans les cotations CIM-10). La deuxième hypothèse est le fait qu'en novembre 2013, une **campagne de sensibilisation** sur le repérage et l'orientation des patientes présentant une dépression du post-partum a été faite par l'équipe de psychiatrie périnatale à l'ensemble des médecins, puéricultrices et aux sages-femmes de PMI du département, ce qui a probablement augmenté le nombre de situations orientées vers l'équipe (qui accepte dans ce cas précis les patientes n'ayant pas accouché à PDV et qui viennent de maternité où il n'y a pas d'équipe de pédopsychiatrie).

En population générale, la prévalence de la dépression du post-partum est estimée entre 5 et 20% des accouchements en fonction des études (193) (194). Par rapport à la population PDV, l'équipe en a vu 0,8%. Malgré le fait que l'équipe en voit davantage, ce chiffre nous paraît rester faible, nous faisant évoquer le fait que **probablement encore beaucoup de patientes présentant une dépression du post-partum ne bénéficient pas de soin**. La campagne de sensibilisation faite par l'équipe a permis d'améliorer ce point, mais un travail de repérage et d'orientation reste encore à faire. Il est aussi possible que ces patientes soient suivies ailleurs. Nous n'avons pas retrouvé d'études mentionnant la fréquence exacte des patientes consultant pour des dépressions du post-partum dans les centres médicaux-psychologiques, chez les psychiatres ou psychologues libéraux, suivies en PMI uniquement, et chez leur médecin traitant.

La psychose puerpérale

Dans notre étude, 1 seule patiente présentait une psychose puerpérale, soit 2,9/1000 de la population de l'étude. Ces résultats sont stables par rapport à 2012 où l'équipe en avait vu 2 sur l'année.

Ces résultats sont aussi cohérents par rapport aux données épidémiologiques sur la population générale qui estiment une prévalence de 1 à 2/1000 (195). En effet, étant donné l'expression bruyante du tableau clinique, il est peu probable qu'une patiente fasse une psychose puerpérale sans bénéficier de soins. Il est cependant possible que des décompensations tardives à plusieurs semaines de l'accouchement soient suivies en psychiatrie d'adulte uniquement. Quand c'est le cas au CHU, ces patientes sont ré adressées à l'équipe pour un suivi parents-bébé, ce n'est sans doute pas encore toujours le cas pour les cliniques privées ou le CHS Marchant.

B) Résultats principaux

1) Critère de jugement principal : pourcentage de patientes par niveau

Parmi les 341 patientes incluses, 60% étaient dans le niveau 1 (n=204), 27% dans le niveau 2 (n=92), et 13% dans le niveau 3 (n=45) (Tableau 16), en d'autres termes, 13% des patientes vues par l'équipe concernaient des situations avec un risque de négligence.

N'ayant pas d'autres résultats ni de données antérieures de ce type, nous ne pouvons pas interpréter ces résultats, et ne pouvons que les prendre comme un constat à un temps t. Nous pouvons également souligner que 40% des familles rencontrées étaient considérées comme étant dans des situations complexes de vulnérabilité (niveau 2 ou 3).

2) Critères de jugement secondaires

a) Répartition des prises en charge en fonction des niveaux (cohérence de l'outil)

Lors de la construction de l'outil, nous sommes partis de l'hypothèse que plus le niveau était élevé, et plus les patientes nécessiteraient des prises en charge complexes et pluridisciplinaires.

Les résultats de notre étude montrent que la construction de cet outil fut **cohérente** puisqu'ils confirment que plus le niveau était élevé, plus le nombre de consultations ≥ 3 était

élevé, le nombre d'intervenants ≥ 2 était élevé, le type d'intervenant était varié et spécialisé, et le type de prises en charge étaient complexes, et ce de manière statistiquement significative que ce soit en comparant le niveau 1 avec le 3, le niveau 3 avec le 2, ou le niveau 2 avec le 1. (Tableaux 18 à 21)

Dans le niveau 1, nous avons émis l'hypothèse que l'intervention unique par les psychologues de l'équipe suffisait. Les résultats montrent que dans 84,8% des cas, il n'y a eu qu'un seul intervenant, et que dans 72% des cas, seuls les psychologues sont intervenus. En pratique, il nous semble que même si parfois des psychiatres sont intervenus, c'est davantage pour des raisons de répartition de travail ou de présence effective au moment de la demande, que parce que l'intervention d'un psychiatre était nécessaire.

Dans le niveau 2, nous avons émis l'hypothèse qu'il s'agissait de situations nécessitant au minimum l'intervention d'un psychiatre ou de l'AS de l'équipe, ce qui a été le cas pour 85% des patientes du niveau 2 (67% ont vu un psychiatre, et 43% ont vu l'AS). Nous avons aussi présumé que beaucoup de ces patientes auraient besoin d'un suivi PMI associé, ce qui a été le cas pour 46% d'entre elles.

Dans le niveau 3, notre hypothèse était qu'il s'agissait de patientes à risque et nécessitant plusieurs intervenants et prises en charge. La nécessité de plusieurs intervenants spécialisés a pu se confirmer (tableau 17 : 98% ont vu 2 ou plus de 2 intervenants de l'équipe, 71% ont eu un suivi PMI associé, 33% par l'AS de secteur, et 11% ASE). Il en est de même concernant les prises en charge par rapport aux autres niveaux. Cependant, pour beaucoup de patientes du niveau 3 il n'y a pas eu d'autre prise en charge spécifique mise en place à la sortie. Nous discuterons ce point la plus loin (dans la partie sur les familles à problèmes multiples). Tous les enfants placés (1 seul) concernaient bien des patientes du niveau 3. 4 des signalements (ou IP ou note médicosociale) faits sur 5 concernaient des patientes du niveau 3, mais pour la patiente du niveau 2, la situation était particulière car elle a été signalée à cause d'un handicap physique associé à un isolement plus qu'à cause de difficultés psychiques.

b) Répartition des diagnostics et prises en charge en fonction des diagnostics et des niveaux (adéquation des moyens aux besoins)

Analyse des catégories et diagnostics par niveaux

Parmi les patientes du niveau 2, 32,6% présentaient une pathologie psychiatrique sans difficultés sociales, 38,0% présentaient des difficultés sociales sans pathologie psychiatrique, et 20,7% associaient des difficultés sociales et une pathologie psychiatriques (tableau 22 et Figure 7). Les autres avaient soit une déficience intellectuelle, soit des antécédents psychiatriques isolés. Globalement, on voit que la répartition des différents diagnostics était homogène lorsqu'il n'y avait pas de difficultés sociales associées. Par contre, lors de difficultés sociales associées (familles à problèmes multiples), il y avait plus de troubles de la personnalité et de dénis de grossesse. Il n'y avait aucune patiente schizophrène ni présentant un trouble schizo-affectif car toutes les patientes suivies par l'équipe avec ce trouble l'ont décompensé et sont donc passées dans le niveau 3.

Parmi les patientes du niveau 3, 60% présentaient une décompensation psychiatrique, et 28,9% cotaient « contexte parental » (familles à problèmes multiples) (tableau 23 et Figure 8). Les patientes présentant une décompensation psychiatrique présentaient en fait **surtout des dépressions du post-partum (18 sur 27)**. Comme nous l'avons déjà mentionné, ce chiffre élevé s'explique par la campagne de sensibilisation faite par l'équipe en novembre 2013.

Pour les patientes du niveau 3 cotant « Contexte parental », il s'agit en fait des familles à problèmes multiples les plus à risque. Notre étude montre que 84,6% (11 sur 13) d'entre elles présentent un trouble de la personnalité borderline, ce qui confirme nos hypothèses.

Analyse par diagnostic pris isolément

Parmi les diagnostics pris isolément, les diagnostics analysés ont été les suivants : difficulté sociale isolée, trouble de la personnalité borderline, trouble de l'humeur, schizophrénie ou trouble schizo-affectif, addiction (toxicomanie ou alcoolisme), patiente cotant « Maturité psychique », dépression du post-partum, et psychose puerpérale.

Ceux ayant posé le moins de difficultés sont : difficulté sociale isolée, et trouble de l'humeur. Dans ces 2 situations, les patientes étaient essentiellement dans le niveau 2 (tableau 22: 38,0% vs 2,2% avec une différence significative pour les patientes présentant une difficulté sociale isolée ; tableau 28: 14% vs 6,7% sans différence significative pour les patientes présentant un trouble de l'humeur). Pour les patientes présentant des difficultés sociales isolées, 88,6% des patientes ont eu moins de 10 consultations (Figures 11 et 12), il y a eu peu d'intervenants et les prises en charge se sont limitées à 3 admissions en foyer maternel et 4 mises en place de TISF (Tableau 27). Pour les patientes présentant un trouble de l'humeur, seulement 31% présentaient des difficultés sociales associées (tableau 31), 93,3% des patientes ont eu moins de 10 consultations (Figures 23 et 24), les intervenants étaient essentiellement des psychiatres (tableau 32) et comme prises en charge, il n'y a eu que 2 hospitalisations en psychiatrie (tableau 33).

Ceux ayant posé le plus de difficultés sont : schizophrénie et trouble schizo-affectif, troubles de la personnalité borderline, et les patientes cotant « maturité psychique insuffisante » (patientes mineures ou présentant une déficience intellectuelle).

Pour les patientes **schizophrènes ou avec un trouble schizo-affectif**, la principale difficulté était la décompensation du trouble qui par conséquent entravait les capacités maternelles. Elles ont nécessité beaucoup d'intervenants spécialisés (tableau 35 : 100% ont vu psychiatre et AS de l'équipe, 66,7% avaient un suivi psychiatrique extérieur au long cours, 83,6% ont eu un suivi PMI, et pour 66,7% des réunions de concertation pluridisciplinaires ont eu lieu), et des prises en charges spécifiques (tableau 36 : 66,7% ont été hospitalisées en psychiatrie, dont 1 a fait une IMG, 1 a abandonné son enfant, et 1 était encore enceinte mais une information préoccupante a été faite ; et 33,3% ont bénéficié d'une TISF au domicile). Cependant, malgré ces prises en charges variées et conséquentes, la prise en charge a pu se mettre en place sans hésitation par les intervenants de l'équipe, du fait de l'intensité des signes cliniques que présentaient les patientes.

Pour les patientes présentant **un trouble de la personnalité borderline**, 68% présentaient aussi des difficultés sociales (Figure 14). Toutes les patientes qui sont passées dans le **niveau 3 y sont passées car elles cotaient « contexte parental », et ce sont bien elles qui ont posé le plus de difficultés**. Concernant les intervenants (tableau 29 et Figure 18), la différence entre les niveaux 2 et 3 est surtout significative pour l'intervention de l'AS de l'équipe (18,2% des cas vs 85,7%). Concernant les prises en charge (tableau 30 et Figure 19), la différence n'est pas significative car le nombre de patientes est trop faible, mais nous voyons que lorsque des prises en charge spécifiques (autre que la PMI et la prise en charge par l'équipe de psychiatrie périnatale) ont été mises en place, cela concernait des familles à

problèmes multiples : soit des patientes associant des difficultés sociales dans le niveau 2 (foyer maternel), soit des patientes cotant « contexte parental » dans le niveau 3 (2 informations préoccupantes, 1 placement de l'enfant, et 1 procédure d'abandon de l'enfant).

Pour les patientes cotant « **Maturité psychique insuffisante** » (mineures sans entourage étayant ou déficience intellectuelle), globalement le nombre d'intervenants était important (tableau 41 et Figure 44) : dans plus de 50% des cas, le psychiatre et l'AS de l'équipe sont intervenus ; et les prises en charge ou devenirs étaient complexes surtout si les patientes étaient dans le niveau 3 (tableau 42 et Figure 45 : 1 IMG, 2 informations préoccupantes, 1 transfert en réanimation). Ces situations sont des situations en général peu sereines pour les professionnels, car très souvent, la motivation et l'investissement pour l'enfant sont bien présents, ainsi que les soins primaires adaptés s'ils rentrent dans une routine et sont bien encadrés; mais les événements nouveaux peuvent très vite déstabiliser la situation. Une vigilance particulière s'impose donc, et est très dépendante du contexte environnant.

Pour les patientes présentant une **addiction**, nous pouvons difficilement faire de conclusion à partir de nos résultats devant un excès de biais. Tout d'abord, dans notre étude, ce diagnostic est très souvent associé à un autre diagnostic, comme par exemple le trouble de la personnalité borderline. De plus, nos résultats ne sont pas significatifs du fait d'un effectif trop faible que nous avons déjà discuté dans la partie « population ».

Pour les patientes présentant une **dépression du post-partum** (n=18), elles ont toutes été vues par le psychiatre de l'équipe et seulement 16,7% ont vu l'AS, ce qui est cohérent puisque la problématique sociale n'est pas au premier plan. Pour beaucoup (77,8%) le suivi était conjoint avec la PMI (Tableau 43 et Figure 49). En effet, dans ces situations, pouvoir aller au domicile, ce que ne peut pas faire notre équipe par manque de moyens, est un outil important. De plus, une partie des patientes fut orientée par la PMI. Les 4 prises en charges mises en place ont été 1 hospitalisation en psychiatrie, 1 admission en foyer maternel, et 2 mises en place de TISF (Tableau 44 et Figure 50), ce qui veut dire que pour 14 des patientes, le suivi mère-bébé avec le pédopsychiatre de l'équipe et la PMI a suffi. Il nous semble que l'important du travail reste dans la nécessité de dépister et de prendre en charge rapidement le trouble, qui peut alors rapidement s'améliorer.

Une seule patiente a présenté une **psychose puerpérale** et reste une situation particulière puisqu'il s'agissait en fait d'une décompensation maniaque d'un trouble bipolaire avec un entourage très étayant, et une amélioration clinique rapide. Elle a pu être ré-hospitalisée en suites-de-couches à la maternité sur la demande de l'équipe de psychiatrie périnatale avec son bébé et son mari, car la décompensation fut précoce après l'accouchement (7 jours) et qu'elle est restée capable de s'occuper de son enfant avec aide. C'est une modalité de prise en charge « idéale » pour les familles mais dont la mise en pratique ne peut être qu'exceptionnelle en l'absence d'unité d'hospitalisation mère-bébé dédiée.

Notre outil a été construit afin que toutes les dépressions du post-partum et psychoses puerpérales soient dans le niveau 3 car nous étions partis du principe qu'elles étaient systématiquement à risque. Les résultats de l'étude montrent qu'il n'y avait pas toujours, parmi les patientes ayant ces deux diagnostics, un risque de négligence pour l'enfant. Cependant, malgré cela, leur position dans ce niveau nous paraît rester pertinente puisque ces situations nécessitent tout de même une vigilance et un étayage important. En effet, cette pathologie est grave et peut être mortelle par suicide pour la mère voire pour le bébé (suicide

altruiste), une patiente au cours de l'étude a fait un geste suicidaire grave, non mortel heureusement, mais qui a nécessité plusieurs jours de réanimation. Elle avait au préalable confié son bébé à sa famille.

Analyse des familles à problèmes multiples

Nous avons définis ces familles lorsqu'il existait l'intrication d'une difficulté sociale et d'une pathologie psychiatrique, quelque soit le diagnostic. Nous avons émis l'hypothèse que ces familles étaient de plus en plus nombreuses et qu'elles nécessitaient des prises en charges multiples et pluridisciplinaires, qui n'étaient pas toujours bien coordonnées. Les résultats de cette étude **confirment le fait que ces situations ont été les plus complexes à prendre en charge.**

Tous les diagnostics peuvent rentrer dans cette catégorie, mais les plus fréquents sont le **trouble de la personnalité borderline** (38,6% des patientes associant un diagnostic psychiatrique et des difficultés sociales), l'épisode dépressif majeur (18,2%) et le **déni de grossesse** (18,2%). Si on prend en compte la proportion de niveau 3 (par rapport au niveau 2), ce sont le trouble de la personnalité borderline et **la schizophrénie ou trouble schizo-affectif**. (Tableau 43)

Les situations les plus complexes concernaient effectivement les situations qui sont passées dans le niveau 3. Ces situations étaient plus fréquentes avec une différence significative entre les niveaux 2 et 3 (Tableau 45 : 20,7% dans le niveau 2 vs 55,6% dans le niveau 3). Parmi les situations du niveau 3, 9 concernaient des décompensation psychiatriques (5 schizophrénies ou trouble schizo-affectifs, 3 dépressions du post-partum et 1 psychose puerpérale), et 16 cotaient « contexte parental » et/ou « capacité maternelle (dont 12 patientes présentant un trouble de la personnalité borderline et 3 dénis de grossesse) (Figure 51). Le nombre de consultation n'était pas très élevé : 56,8% ont eu 5 ou moins de 5 consultations, et 79,5% des patientes ont eu moins de 10 consultations (Figure 53). Le nombre d'intervenants était globalement élevé, et l'AS de l'équipe est surtout intervenue lorsqu'il s'agissait de niveau 3, ce qui confirme que c'était bien les situations les plus complexes (Tableau 47 et Figure 54). Les prises en charge et devenir ont eux aussi été complexes mais très disparates : 13 ont eu une prise en charge spécifique et plus de l'intervention de l'équipe et de la PMI (dont 2 informations préoccupantes et 1 placement de l'enfant), et 14 un devenir particulier (1 IMG, 1 FCS, 3 abandons de l'enfant, 2 perdues de vue, 1 transfert dans une autre maternité, et 6 transferts du bébé en réanimation ou néonatalogie). Pour les 17 autres patientes du niveau 3, le suivi s'est limité par un suivi par l'équipe et/ou la maison de solidarité. (Tableau 48 et Figure 55)

Plusieurs constats peuvent donc être discutés autours de ces patientes, face à ces résultats :

- Alors que l'équipe a vu toutes les patientes ayant fait une décompensation psychiatrique (maintenant bien repérées par les divers partenaires soignants de la maternité), il est très probable que beaucoup de familles à problèmes multiples n'aient pas été vues par notre équipe, parce qu'elles l'ont refusé, ou qu'elles ne seront repérées que plus tard alors que l'enfant aura déjà des troubles.
- Parmi celles que l'équipe a reçues, le nombre des consultations n'était pas très élevé comme le nécessiteraient les problématiques en cause. Il en est de même pour les prises en charge après l'accouchement, qui pour 17 familles sont restées simples. Cela est probablement expliqué par la clinique de ces patientes qui ont souvent **peu**

d'alliance envers les soins et dont les interactions de base (soins primaires, interactions comportementales) sont souvent adaptées sur un laps de temps limité. C'est dans le temps que les difficultés s'inscrivent et il s'agit donc de les étayer au long cours. Beaucoup de ces patientes se retrouvent en tête à tête avec leur bébé, avec un suivi PMI simple. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces patientes vont continuer à échapper aux soins pendant plusieurs années, du fait de leur instabilité de vie, ou parfois sciemment, fuyant de déménagement en déménagement. Ce fait est inquiétant car le risque est que les difficultés potentielles secondaires de l'enfant soient repérées trop tardivement.

- Ce point-là n'est pas retrouvé dans le cas de franches décompensations psychiatriques puisque des éléments cliniques francs et aigus amènent à intervenir vite et avec plus de conviction. Nous faisons l'hypothèse, qui corrobore l'impression clinique de l'équipe que paradoxalement, ce ne sont pas les pathologies psychiatriques décompensées, accédant plus rapidement aux soins, qui sont le plus à risque pour l'enfant.
- De plus, nous n'avons pas comptabilisé dans notre étude le **temps passé au téléphone** avec les partenaires ou les temps de réunions. Nous pensons que plus de temps a été passé dans le cadre des familles à problèmes multiples, et ce d'autant plus que les patientes ont été peu observantes et ont échappé aux soins ! Il aurait été intéressant de pouvoir le quantifier, pour rendre mieux compte du travail mis en œuvre dans ces situations. Néanmoins là encore, quantité ne rime pas forcément avec efficacité en terme de protection du risque de négligence pour l'enfant. La PMI ne peut intervenir qu'avec l'accord des familles, et les signalements judiciaires mettent plusieurs mois à être suivis.
- Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné dans la partie sur les addictions, la **consultation mère-enfant** voit beaucoup de patientes polytoxicomanes sur la maternité de Paule de Viguier. On peut faire l'hypothèse que parmi celles-ci se trouvent des familles à problèmes multiples que l'équipe n'a donc pas vu.

Le travail de l'équipe

Ce chapitre a pour but de mieux comprendre le fonctionnement de l'équipe, les différentes prises en charge qui ont été mises en place, les points positifs et les points qui pourraient être améliorés. (Tableau 20 et Figure 4)

Les intervenants de l'équipe

Les **psychologues de l'équipe** étaient au nombre de 3 pendant cette période, pour un temps de présence total de 1,7 Equivalent Temps Plein. Durant toute la période de l'étude, elles (+/- avec AS ou psychiatres de l'équipe) ont vu au total 227 patientes, soit 66,6% des patientes. Lorsqu'il n'y a qu'elles qui sont intervenues, cela concernait 161 patientes, soit 47,2% des patientes, dont la majorité (91%) étaient dans le niveau 1; alors que lorsqu'il s'agissait de situations du niveau 2 ou 3, intervenaient soit le psychiatre de l'équipe, soit l'AS, soit les 2. Elles ont donc vu un **nombre conséquent de patientes**, et n'ont **sollicité le psychiatre ou l'AS de l'équipe que lorsque la situation le nécessitait vraiment**.

Concernant les **psychiatres de l'équipe (ou l'interne)**, ils ont vu au total 151 patientes, soit 44,3% des patientes. Parmi ces 151 patientes, 80 (53,0%) étaient soit mineures, soit présentaient une pathologie psychiatrique ou un antécédent psychiatrique ou une déficience intellectuelle ; et parmi toutes les patientes présentant une pathologie psychiatrique, ou un

antécédent psychiatrique, ou une déficience intellectuelle, ou étant mineure (n=102), 78,4% (n=80) ont vu un psychiatre de l'équipe. Les psychiatres sont donc **intervenues lorsque cela le nécessitait, mais aussi dans d'autres situations plus simples**. En effet, ces situations plus simples étant plus fréquentes, les psychologues ne peuvent pas toutes les voir. De plus, les pédopsychiatres disent ressentir une « nécessité » à intervenir parfois auprès de bébés moins à risque et de familles moins en difficultés, du fait de la lourdeur psychique des situations qu'ils suivent au quotidien.

Concernant **l'AS de l'équipe**, elle a rencontré 74 patientes parmi la population de l'étude (21,7%). Rappelons que les patientes qu'elle a vues mais qui n'ont rencontré ni de psychologue ni de psychiatre ont été exclues de l'étude. Selon les données que nous avons pu recueillir, l'AS a vu, au total en 2013, 100 patientes, soit 560 entretiens. Concernant les patientes incluses dans l'étude, elle est intervenue dans 56% des situations de niveaux 3 et n'est pas intervenue lorsque le problème était exclusivement psychiatrique. De plus, elle a vu toutes les patientes en situation de précarité mais pas seulement (parmi toutes les patientes qu'elle a vues, 30% ne cotaient pas la catégorie « social »). Les résultats de cette étude montrent donc que son implication dans l'équipe ne se limite pas à un simple travail social, mais **englobe un travail important sur l'environnement des patientes** qui est particulièrement primordial durant cette période de la vie. Ces résultats sont cohérents avec ses missions définies. En effet, il existe d'autres AS sur la maternité de Paule de Viguié. La présence d'une AS au sein même de l'équipe de pédopsychiatrie lui donne donc une place particulière, dont les critères d'intervention sont bien définis : **situations à risque de trouble des interactions mère-enfant, déni de grossesse, pathologie psychiatrique maternelle et/ou familiale avérée, pathologie anxio-dépressive durant la grossesse ou en post-partum** (systématiquement vues), et avec une fonction davantage centrée sur un rôle de **prévention, de protection de l'enfance, et de coordination avec les partenaires et l'entourage**. Lorsqu'il s'agit de situations sociales sans inquiétudes vis-à-vis de l'enfant, ce sont plutôt les autres AS de la maternité qui voient les patientes. Celles-ci voient ainsi environ 1000 patientes/année. Toutes les femmes enceintes mineures, n'ayant pas de couverture sociale, victimes de violences conjugales, en situation de précarité ou de chômage, leurs sont systématiquement orientées. Pour revenir à l'AS de l'équipe, son intervention en première ligne permet aussi parfois progressivement d'aider les patientes à cheminer pour qu'elles puissent par la suite accepter de voir le psychologue ou le psychiatre (exemple des patientes mineures ...). Enfin, actuellement, elle ne travaille pas à temps plein dans l'équipe de psychiatrie périnatale, mais exerce en parallèle un travail d'AS dans la maternité de Paule de Viguié. **Le fait que l'équipe soit localisée au sein même de l'hôpital facilite donc son travail en limitant les temps de trajet entre les 2 structures**. Ce travail de thèse permet de confirmer l'intérêt de cette localisation optimale, qui ne pourrait se faire sans l'accord des services partenaires de gynécologie.

Les partenaires extérieurs, mobilisés autour des patientes

Concernant les **réunions de concertation pluridisciplinaires**, l'équipe a instauré de manière systématique deux types de réunions avec les partenaires extérieurs. La première concerne une **réunion avec les sages-femmes de PMI** qui a lieu toutes les 2 semaines, et où les sages-femmes et les professionnels de l'équipe analysent les situations suivies en commun et s'adressent mutuellement des patientes. Cette réunion, maintenant instaurée depuis plusieurs années a pu faire ses preuves et aider à une meilleure collaboration avec la PMI.

Dans l'étude, nous n'avons relevé qu'une seule patiente ayant été abordée dans cette réunion. Après discussion avec les professionnels de l'équipe, il s'agit très probablement d'un biais de cotation, sous-estimant très largement ce nombre car les professionnels ont omis de coter cette réunion, qui n'apparaît pas dans les dossiers des patientes avec un document spécifique. La deuxième réunion concerne un staff ayant lieu avec les gynécologues, pédiatres et cadres sages-femmes de la maternité une fois tous les mois, appelé **staff PPP (Préparation du Post Partum)**, où l'équipe présente les situations complexes médicosociales + psychiatriques afin de coordonner au mieux les soins lors de l'accouchement et dans le post-partum. Dans notre étude, 12 patientes ont été présentées lors de ce staff. Il s'agissait essentiellement de situations à risque de décompensation psychiatrique (ou décompensées) et de familles à problèmes multiples, dont 9 étaient dans le niveau 3, et 3 dans le niveau 2. La présentation de ces patientes dans ce staff a permis une meilleure coordination entre les professionnels dans le post-partum. De manière plus générale, avec du recul, ce staff qui existe depuis 2011, par la volonté commune de l'équipe obstétricale et de pédopsychiatrie, a fait ses preuves en terme de **collaboration pluridisciplinaire et de prévention**. Il fut facile à coter car les patientes présentées font l'objet d'une fiche récapitulative classée dans chaque dossier.

Concernant la **maison de solidarité**, parmi toutes les patientes de l'étude, 28,7% ont eu un suivi PMI, 10,0% un suivi par l'AS de secteur, et 2,1% un suivi par l'ASE avec une différence toujours significative entre le niveau 3 et le niveau 1, et une différence en plus significative entre les niveau 3 et 2 et 2 et 1 pour la PMI, 3 et 1 pour l'AS de secteur, et 3 et 2 pour l'ASE. Ces résultats confirment l'importance de la collaboration avec ces partenaires qui suivent fréquemment ces familles, et ce d'autant plus qu'elles sont à risque. Ils ont un rôle de prévention majeur et bénéficient d'outils permettant un travail complémentaire sur l'environnement des bébés (visites à domicile, TISF, aides éducatives ...). Cette collaboration n'est cependant pas toujours optimale et des améliorations peuvent encore se mettre en place. Des rencontres avec les responsables de ASE ont déjà été tentées mais il y a eu peu de réponses. Il serait intéressant de les resolliciter, ou de trouver d'autres aménagements.

Concernant les **médecins traitants** des patientes, les résultats montrent que le lien a pu se faire sans difficulté entre les **psychiatres** au long cours des patientes et ceux de l'équipe. Par contre, il n'en est pas de même pour le lien avec les **médecins généralistes** peu souvent fait. Cette piste reste un point à améliorer.

Les prises en charge et dispositifs mis en place (Tableau 21 et Figure 5)

Concernant les **hospitalisations en psychiatrie**, il y en a eu 11 au total : 7 concernaient des décompensations psychiatriques (niveau 3), et pour les 4 autres, les motifs étaient variés : 1 trouble anxieux, 2 épisodes dépressifs, et 1 patiente à problèmes multiples ayant vécu un deuil périnatal. Parmi les 27 patientes ayant présenté une décompensation psychiatrique, seulement 7 ont été hospitalisées, et celles qui n'ont pas été hospitalisées souffraient de **dépansions du post-partum. Nous pouvons faire l'hypothèse que leur suivi précoce a permis d'éviter cette hospitalisation.**

11 patientes ont bénéficié d'une **TISF** (3,2%), dont près de la moitié étaient dans le niveau 3. Ce chiffre est cohérent par rapport aux résultats antérieurs. Les indications étaient variées et nous pouvons nous questionner pour certaines problématiques du niveau 3, si les temps de passage des TISF étaient suffisants (trouble schizo-affectif décompensé, déficiences intellectuelles, dépansions du post-partum). Pour ces situations, il serait intéressant d'avoir à

disposition d'autres types de visites à domicile ou d'étayages plus intensifs (confère plus loin : perspectives).

6 patientes ont été admises en **foyer maternel**, dont la moitié dans le niveau 3. Toutes cotaient la catégorie « social » et/ou « contexte parental », ce qui signifie qu'il s'agissait soit de patientes présentant des difficultés sociales isolées, soit des patientes à problèmes multiples. Parmi elles, les patientes présentant des diagnostics psychiatriques étaient au nombre de 3 : 2 troubles de la personnalité borderline, et une dépression du post-partum. Ces résultats sont cohérents par rapport aux indications du foyer maternel, hormis pour la dépression du post-partum, mais cela peut s'expliquer par l'absence d'unité mère-enfant en Haute-Garonne. Aucune **admission en unité mère-enfant** n'a été faite, probablement pour cette dernière raison.

De même, aucune orientation vers un **CATTP** petite enfance n'a été faite. Une explication en est la durée brève de l'étude : les relais se font en général dans un second temps (durée du suivi en post-partum de 1 an en général). Il pourrait également être secondaire à de mauvaises habitudes de service en terme de relais, ou à un problème de partenariat entre les 2 structures.

5 **signalements (ou IP ou note médicosociale)** ont été faits durant la période de l'étude. 1 concernait une décompensation de schizophrénie, et les 4 autres des patientes à problèmes multiples (dont 2 présentant une déficience intellectuelle, et 2 présentant un trouble de la personnalité borderline). Selon les données que nous avons pu recueillir par la suite, en 2013, ont été fait au total 7 signalements justice, 7 IP, et 3 notes médicosociales. Le nombre de signalements (ou IP ou note médicosociale) faits pendant notre étude est donc faible par rapport à ces données. Après discussion avec l'équipe, durant les 6 mois précédents l'étude, ont effectivement été réalisés plus de signalements face à plus de situations à problèmes multiples. Pour être plus représentatifs, il aurait donc fallu faire une étude sur une plus longue période. Le même constat peut être fait face au nombre de **placements d'enfants** : 1 seul durant notre étude contre 6 au total en 2013.

Pour finir, nous constatons que **seulement 9 patientes sur 341 ont été perdues de vues**, ce qui est un chiffre très satisfaisant.

C) Forces et faiblesses du travail

1) Questions posées

Les trois questions posées étaient les suivantes :

- Quelle est la proportion des patientes dans les 3 niveaux, et surtout dans le niveau 3 ?
- La construction de l'outil est-elle cohérente, en d'autres termes, les prises en charge sont-elles de plus en plus complexes et pluridisciplinaires en fonction du niveau ?
- Quels ont été les besoins, et quels ont été les moyens mis en place face à ces besoins ?

Notre étude a bien permis de répondre à ces 3 questions, comme décrit dans la partie résultats.

2) Choix de l'étude

a) Choix d'une étude originale, fonction du degré de prise en charge

L'originalité de ce travail réside dans la tentative de penser la clinique en fonction de la prise en charge qu'elle nécessite, en prenant en compte une association de facteurs amenant à

un état de vulnérabilité global. Ce point reste le point fort de cette étude, d'autant plus qu'il n'existe pas d'étude similaire en psychiatrie périnatale.

b) Choix d'une étude descriptive

L'objectif de base de l'étude était de mettre en avant l'évolution du profil des patientes afin d'adapter au mieux le réseau de soin à tisser autour d'elles.

Dans ce contexte, l'idéal aurait été de faire en parallèle une étude rétrospective qui aurait permis de comparer l'évolution avec les années précédentes. Nous n'avons pas pu mener ce type d'étude car nous n'avons pas suffisamment de données qualitatives antérieures, et il existait trop de biais dans les données que nous avons (biais de sélection, de cotation ...).

La conséquence est que nous ne pouvons pas faire d'interprétation sur l'évolution et devons nous contenter d'un état des lieux à un temps t.

Par contre, le choix d'une étude prospective nous a permis d'inclure toutes les patientes vues et d'éviter les biais de sélection et de mémorisation.

c) Choix d'une étude de cohorte et non cas-témoins

Afin de bien étudier les familles à problème multiples, il aurait été intéressant de les comparer aux autres patientes vues par l'équipe (ou à des patientes de la population générale dans un contexte de grossesse) afin de comparer les caractéristiques et les prises en charge mises en place.

Nous avons fait le choix de ne pas construire notre étude de cette manière car nous avons émis l'hypothèse qu'il y aurait eu trop de biais (trop peu de patientes à problèmes multiples par rapport aux autres patientes vues, biais de sélection lors de l'identification des familles à problèmes multiples qui peuvent concerner plusieurs diagnostics, biais de mesure par un excès d'investigation chez les cas ...), et voulions être le plus précis possible dans notre description. Certaines comparaisons ne sont donc pas possibles.

Cependant, l'analyse comparative des différents niveaux dans notre échantillon nous permet, dans une certaine mesure, de pallier ce problème.

d) Choix d'une étude monocentrique

Cette étude est monocentrique et n'a recruté les patientes que sur une seule unité de psychiatrie périnatale, qui de plus est implantée dans une maternité de niveau 3.

Il serait intéressant de comparer ces résultats avec d'autres maternités de niveau 3, voire de niveau 1 et 2. Pour cela, il faudrait utiliser le même outil et sur la même durée.

3) L'outil

a) La construction de l'outil

La construction de l'outil s'est basée le plus possible sur des items qui ont été validés dans des études scientifiques.

Les premiers résultats de notre étude montrent que sa construction semble cohérente en montrant que plus le niveau est élevé, plus les prises en charge ont été pluridisciplinaires et complexes. Cependant, pour valider plus exactement cet outil, une autre étude serait nécessaire.

Pour finir, l'outil n'a pas posé de gros problème en terme d'utilisation.

b) Les biais de mesure

Concernant la cotation de l'outil, la possibilité de biais de mesure (mauvaise cotation, erreur dans les diagnostics ...) ne peut pas être complètement écartée.

Afin d'éviter le plus possible ces biais, nous avons, pour les patientes où nous avons des doutes, décortiqué les dossiers afin de nous assurer que les cotations étaient bien remplies en fonction des critères de la CIM-10 et en adéquation avec les données mentionnées dans le dossier clinique.

L'erreur de cotation principale concerne les réunions de concertations avec les sages-femmes PMI, non cotées, ainsi que l'activité de liaison indirecte (téléphone, échanges avec les équipes), non prise en compte.

4) Durée de l'étude

L'étude a duré 5,5 mois, ce qui nous a permis d'avoir un nombre de patientes suffisant pour que la comparaison générale entre les 3 niveaux soit significative.

Cependant, deux écueils nous font évoquer le fait qu'une durée plus longue serait nécessaire :

- la comparaison entre les 3 niveaux n'est plus significative si l'on fait une analyse en sous-groupes (par diagnostics par exemple)
- en interrogeant l'équipe et en tentant de comparer notre population à celle des 6 mois précédents, il semblerait qu'il y ait eu plus de patientes à problèmes multiples, de signalements, de placements de l'enfant, mais moins de dépression du post-partum. dans les 6 mois précédent l'étude que durant l'étude.

5) Rigueur méthodologique

Les différentes analyses statistiques ont pu être réalisées par une interne en santé publique selon les recommandations méthodologiques.

Par contre, il n'y a pas eu d'encadrement par un Assistant de Recherche Clinique, ni de partenariat INSERM.

D) Perspectives

Dans cette dernière partie, nous traiterons dans un premier temps des perspectives en terme de recherche, puis des perspectives en terme de soin et de réseau de prise en charge, en tentant de faire le point sur les dispositifs originaux pouvant exister en France, en Europe et dans les pays anglo-saxons.

1) Perspectives en terme de recherche

Cette étude ouvre trois types de perspectives en terme de recherche.

a) Etude permettant la validation de l'outil

Même si notre étude laisse entendre une certaine cohérence de cet outil, une nouvelle étude centrée sur l'outil créé permettrait de valider ou d'invalider sa validité de manière plus exacte. Une des portées possible en terme de santé publique serait de comparer les besoins des différentes maternités, afin d'ajuster les moyens humains mis en œuvre dans ces équipes de psychiatrie périnatale.

b) Autre étude plus conséquente dans un échantillon plus grand, multicentrique

Une étude plus précise et plus complète que la nôtre permettrait de mieux pouvoir faire le point sur les profils de vulnérabilité des patientes, dans un échantillon plus grand, et plus étendu.

Dans l'idéal, il faudrait une durée d'1 an, avec un recrutement multicentrique, ce qui permettrait une meilleure représentativité de l'échantillon, et surtout de pouvoir faire une comparaison entre les différentes maternités (problématiques vues, profils de vulnérabilité, modalités de prises en charge et coordination avec les partenaires du réseau).

c) A plus long terme, autre étude permettant une comparaison de l'évolution

Il serait intéressant de pouvoir réaliser une autre étude (sur la (les) même(s) unité(s) et la même période de temps) dans quelques années, afin de pouvoir comparer l'évolution du profil des patientes.

L'intérêt de l'outil serait alors de pouvoir de temps en temps faire un point sur les besoins des patientes, afin d'y ajuster au mieux le soin autour.

2) Perspectives en terme de soin

a) Revue de littérature : quelques dispositifs existants en France, en Europe, et dans les pays anglo-saxons

Nous avons déjà énuméré différents types de dispositifs existants dans la première partie de ce travail de thèse (unités mère-enfant, centres maternels, VAD, HDJ, CATTP, CMP). Cependant, ce chapitre vise à rechercher des dispositifs originaux qui pourraient être source d'inspiration. La liste n'est pas exhaustive. Le travail s'est effectué à l'aide de données de la littérature scientifique (pubmed, medline, sciencedirect ...), mais aussi de moteurs de recherche, de livres, d'appels téléphoniques à des interlocuteurs ...

Exemples de dispositifs d'hospitalisations/visites à domicile

Nous avons déjà parlé dans la partie 1 de l'existence de dispositifs d'hospitalisation (psychiatrique) ou de visites à domicile. Ces dispositifs nous paraissent particulièrement intéressants dans le cadre des **familles à problèmes multiples**. Plusieurs types de dispositifs de ce type ont été pensés.

Les grands modèles d'intervention au domicile sont les suivants :

L'observation selon Ester Bick. Celle-ci soulignait le soutien que l'observateur apportait aux mères présentant une dépression du post-partum par la régularité de ses venues et par son intérêt général dépourvu de tout jugement. (243)

L'observation rapportée par E. Kestenberg en 1981 : Il s'agissait de séances bimensuelles, ou mensuelles, d'1 ou 2 heures, où l'observateur prenait des notes avec une attitude neutre. Kestenberg rapportait une valeur thérapeutique à cette approche. (244)

L'expérience de D. Houzel à Brest : Elle se base aussi sur le côté thérapeutique de la méthode d'E. Bick. Un thérapeute va au domicile en étant attentif à tout ce qui lui est communiqué verbalement et infra verbalement. En fin de séance, il prend des notes, ensuite rapportées au groupe (de supervision) qui va tenter d'émettre des hypothèses psychodynamiques, afin que les thérapeutes puissent élaborer leur contre-transfert. Le processus thérapeutique s'appuie sur plusieurs fonctions : « réceptacle de la souffrance parentale », « requalification parentale », « tri des confusions des générations », « support identificatoire ». D. Houzel insiste aussi sur

l'importance du cadre, avec une régularité des séances, une durée précise, et une attitude bienveillante du thérapeute sans jugement moral. (245)

Le modèle de Selma Freiberg (Etat-Unis) : Il s'agit d'interventions brèves pour les familles très défavorisées au Michigan en période de crise, prenant en compte la répétition des propres conflits infantiles de la mère dans la relation à son bébé. (246)

Le modèle de Greenspan (Etats-Unis) : La population concernait des mères adolescentes isolées, issues de milieux très carencés. Greenspan se basait sur les techniques de soins focalisées sur le développement sensorimoteur, cognitif et socio-émotionnel du bébé ; et insistait sur l'importance d'aider concrètement ces familles dans leurs besoins « vitaux » élémentaires et de créer une relation de confiance. (247)

L'unité de jeunes enfants créée par David en 1983 : C'est une approche, notamment autour de bébés de mères carencées ou psychotiques, à la fois au domicile et au centre.

L'approche de S. Stoleru et M. Moralès-Huet (Paris) : Il s'agit de psychothérapie au domicile débutant dès la grossesse, ce qui permet d'établir plus facilement une relation thérapeutique avec les femmes des « familles à problèmes multiples ». (248)

L'approche de M. Lamour et M. Barraco (Paris) : C'est une approche thérapeutique sur les lieux de vie de l'enfant (domicile des parents mais aussi crèche, pouponnière...). Ce programme propose différents types d'interventions: ponctuelles (prise de contact, évaluation de la parentalité, réponse à l'urgence) ; brèves (gestion des crises, ou préparer un placement); de longue durée (observation thérapeutique du nourrisson en famille, thérapie mère-enfant, accompagnement mère-enfant vers l'unité ou vers l'extérieur) ; en pouponnière ou en famille d'accueil. (38)

Actuellement, de nombreux dispositifs à domicile se créent en France. En voici des exemples :

Exemple de l'HAD Vendée : Il s'agit d'un établissement de santé associatif, en activité depuis 2003, faisant intervenir au domicile les partenaires de proximité : médecin traitant, infirmiers, pharmacien, aides-soignants, auxiliaire de vie sociale. Il existe plusieurs antennes, chacune possédant un médecin et un infirmier coordonnateur. L'HAD étudie les demandes, planifie les interventions, et coordonne les soins au domicile.

Exemple de la recherche-action CAPEDP : CAPEDP (Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience) est une action-recherche menée en région Île-de-France depuis 2006. Elle consiste en un accompagnement au domicile par des psychologues (toutes les 3 semaines puis tous les mois, durée 60 à 90 minutes) à visée préventif s'adressant à 220 jeunes (<26ans) femmes primipares et présentant des vulnérabilités psychosociales. Les modalités d'intervention sont ajustées, en se basant sur les principes suivants : « écoute attentive », « empowerment et valorisation », « alliance et attachement », « guidance développementale », « anticipation des points forts à venir », « observation attentive », « support émotionnel et travail de liaison », « accompagnement par le concret », parfois « orientation des patientes ». (249)

Les unités d'accompagnement périnatal

Ces unités ont une visée d'abord préventive, mais avec un réel impact thérapeutique. Les indications concernent les familles présentant des **vulnérabilités psychosociales périnatales** et souhaitant une prise en charge pluridisciplinaire et continue entre le suivi de grossesse (pré

et post-partum) et le lieu d'accouchement ; **mais ne présentant pas de pathologie mentale** et n'étant pas déjà pris en charge par des structures spécialisées. Différentes modalités de fonctionnement sont possibles :

Exemple de l'unité petite enfance du 12^{ème} arrondissement de Paris: Deux types d'accueil y sont possibles: collectif parents-bébé et individuel. L'accueil collectif parents-bébé propose un temps d'accueil de 2h, anonyme, sans rendez-vous, ouvert à tous les parents accompagnés de leur bébé de 0 à 3 ans. Il s'agit d'un moment de rencontre et de détente, dont le but est de favoriser la communication des parents avec leur enfant. L'équipe peut aussi élaborer avec les parents autour de l'environnement de l'enfant : aménagement de l'espace à la maison, accompagnement des séparations. L'accueil individuel est une évaluation des interactions parent-bébé en consultation par le médecin de l'unité.

Exemple de l'unité transversale d'accompagnement périnatal (UTAP) au CHU de Grenoble (Annie Poizat): Il s'agit d'un dispositif créé en 2005 au sein du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Grenoble (maternité niveau 3). La caractéristique de cette unité est la transversalité: entre l'ante et le postnatal ; entre le service de gynécologie-obstétrique et d'autres services hospitaliers ; entre l'intra et l'extrahospitalier ; entre les différentes opportunités psychothérapeutiques. Les **sages-femmes** sont les principales interlocutrices. Elles interviennent aussi bien en individuel qu'auprès des couples et ont une fonction de **coordination** importante. Leur intervention n'empêche pas celle des équipes somatiques habituelles. Au second plan, interviennent une pédopsychiatre psychanalyste (mi-temps) et une psychiatre psychanalyste (une vacation hebdomadaire), avec un rôle à la fois direct, et indirect (staffs, moments de relèves, réunions occasionnelles, groupes de réflexion à la demande des équipes). Elles n'interviennent au lit des patientes que si cela s'avère vraiment nécessaire. Les consultations au sein de l'UTAP peuvent se poursuivre après la naissance, et, si nécessaire, un relai est organisé vers une structure adaptée. L'UTAP peut aussi recevoir les pères s'ils le souhaitent, et a une fonction de référence dans le réseau des maternités du secteur de naissances. (250)

Le réseau de soins périnataux en Grande-Bretagne

Le « *Perinatal Mental Health Services* » représente le réseau de périnatalité en Grande-Bretagne et se répartit parmi les services suivants :

- Services spécialisés, dont les intervenants sont membres du CCQI (Royal College of Psychiatrists' Center for Quality Improvement): unités mère-enfant (*specialised inpatient mother and baby unit*); et équipes de liaison de psychiatrie périnatale (*Specialised perinatal community mental health teams*).
- Autres intervenants hospitaliers du réseau: services de psychiatrie adulte; services d'addictologie; services de guidance parentale (*Learning disability services*); services de pédopsychiatrie; services autour de la parentalité (*parenting and infant mental health services*, délivrant des psychothérapies mère-enfant), équipes de psychologie périnatale hospitalières (*clinical psychology services linked to maternity services*); services de maternité.
- Autres intervenants ambulatoires du réseau: services « IAPT » (Improving Access to Psychological Therapies= services délivrant des psychothérapies type CBT dont les indications premières sont la dépression et l'anxiété); services sociaux (*Health and social care organisation*, dont interventions psychosociales); « *children centers* »; médecins généralistes; volontaires, associations.

Le « *National Institute for Health and Clinical Excellence* » (NHS England), a établi en 2013, un guide sur l'organisation des services de soins autour de la santé mentale en périnatalité intitulé « *Guidance for commissioners of Perinatal Mental Health Services*. Il y reprend dix messages clés mettant en avant l'importance de la formation des professionnels, et d'un travail partenarial coordonné avec une stratégie de gradation des soins en fonction de la sévérité de la situation. Selon eux, ces recommandations ne seraient pas complètement appliquées, et il existerait encore, tout comme en France, des inégalités de répartition de l'offre de soin. (251)

Le réseau de soins périnataux au Canada

Le réseau de soin au Canada se structure autour des services suivants :

- *Les Centres locaux de Service Communautaire (CLSC)* : organisme public offrant des services de première ligne en matière de santé et d'assistance dans le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées, les cours prénataux, les soins aux nouveau-nés, la vaccination des jeunes enfants, les services de formation en hygiène et en santé dans les écoles...
 - *Les Centres Jeunesse (CJ)* : institution gouvernementale québécoise qui aide des jeunes en difficulté ou lorsque leurs parents les ont abandonnés
 - *Les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS)* : points de référence où la population peut s'adresser en cas de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux. La population peut y recevoir les services appropriés ou être dirigée vers une autre ressource faisant partie du réseau local de services.
 - Les médecins traitants
- Par ailleurs, le Québec met l'accent sur deux stratégies de santé publique :
- une structuration du soin en dispositifs de première, deuxième et troisième ligne
 - un continuum « Promotion-Prévention-Soins-Réadaptation-Protection »

Certains CSSS ont réussi à instaurer une continuité pré et postnatale, parfois bien structurée avec un plan de services intégrés:

- réception de l'avis de grossesse par le CSSS ;
- contact par une infirmière du CSSS, évaluation de la situation, informations sur l'offre de services en CSSS et référence vers les services pertinents ;
- planification de rencontres prénatales et parfois accès à une clinique de grossesse pour information et conseils ;
- soutien à l'élaboration d'un plan de naissance, transmis à la maison de naissance ;
- peu avant l'accouchement, visites des lieux d'accouchement ;
- visite postnatale, suivi et soutien à l'allaitement ;
- élaboration d'une fiche de continuité par le CLSC et les parents;
- cliniques postnatales pour bébés sans rendez-vous, dans certains CSSS.

De plus, certains projets novateurs ont intégré un volet d'évaluation psychosociale et d'offre de services interdisciplinaires adaptés aux besoins relevés.

Pour finir, certains dispositifs au Québec offrent, plus spécifiquement aux familles vulnérables, des offres de services intégrés :

La Maison bleue: Elle offre, en collaboration avec le CSSS de la Montagne, une gamme de services en périnatalité aux femmes enceintes et à leur famille vivant en situation de

vulnérabilité dans un quartier de Montréal. Elle privilégie une approche préventive et globale axée sur l'intervention précoce, la continuité prénatale et postnatale et la participation des mères et des familles. Une équipe interdisciplinaire assure sous un même toit des services communautaires, culturels, sociaux et médicaux.

Les centres de pédiatrie sociale : Ils offrent des services de santé et des services sociaux de première ligne aux familles à risque ou vivant en contexte de vulnérabilité. Ils mobilisent, dans le cadre d'une pratique interdisciplinaire, la participation et l'engagement de l'enfant, de sa famille et de son milieu de vie. (Fondation du Dr Julien)

Exemple de modèles appliqués aux USA

De nombreux modèles ont été élaborés aux Etats-Unis. En voici quelques exemples :

Le Medical home : ce modèle vise une offre intégrée du suivi régulier des enfants, des services préventifs et de promotion de la santé, des services médicaux, des services liés aux problèmes de développement ou de comportement. Selon l'American Academy of Pediatrics (AAP), les services doivent être « *accessibles, globaux, coordonnés, continus, centrés sur la famille, empathiques et culturellement adaptés* ». (252)

Le modèle Healthy Steps for Young Children : créé en 1995, ce modèle, centré sur l'enfant (0-3 ans) et sa famille, englobe des soins de santé de première ligne, des services autour du développement et du comportement de l'enfant, et de l'information aux parents. Divers modules sont proposés. L'un d'eux concerne le suivi médical de l'enfant (environ 9 visites médicales et 2 visites à domicile de 0 à 2 ans) et permet de repérer les facteurs de risque durant les visites, dans une approche préventive. Une étude nationale a montré que ce modèle permettait d'accorder plus d'attention au développement de l'enfant; et favorisait une meilleure compréhension des besoins des familles et une meilleure continuité des soins, avec pour les enfants, une probabilité de 1,5 à 2 fois supérieure de recevoir les services appropriés à leur âge. (253)

Le modèle Centering : il consiste en une intervention de groupe comprenant trois composantes essentielles : l'évaluation de l'état de santé, l'éducation et le soutien des individus. Il se décline dans des activités comme le soutien des femmes enceintes (*Centering Pregnancy*) et des parents (*Centering Parenting*), en présence d'un médecin.

Les interventions de « promotion en santé mentale ». Programmes communautaires.

Pour certains auteurs, comme Goldson par exemple, la prévention relève du champ clinique et vise à diminuer l'incidence en diminuant les facteurs de risque, alors que la promotion relève du champ « éducationnel » et vise à accroître le bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de résistance. (254)

Ainsi, dans de nombreux pays, des interventions de promotion en santé mentale, appelés aussi programmes pour la clientèle universelle ou programmes communautaires, se sont créés, s'adressant à une population élargie. L'avantage est double : éviter la stigmatisation, et permettre un investissement proportionnel aux besoins. Nous avons résumé différents exemples de ce type d'interventions dans un tableau (**Annexe 4**).

b) Les perspectives sur Toulouse

Ce travail de thèse montre que beaucoup de progrès ont été faits en terme de prise en charge des patientes vulnérables en psychiatrie périnatale. Les soins prodigués sont en général ajustés au niveau de vulnérabilité des bébés et de leur famille. Cependant, des difficultés

existent toujours autour des familles à problèmes multiples pour lesquelles il n'est pas toujours évident de donner les soins adéquats, et de se coordonner entre professionnels.

L'une des pistes d'amélioration concerne la création de dispositifs innovants, en s'inspirant éventuellement d'exemples cités dans la revue de littérature faite ci-dessus (Unités mère-enfant, hôpitaux de jour, unités d'accompagnement périnatal ...). Cependant, comme tout nouveau dispositif qui se met en place, il est important de prendre en compte tous les aspects et d'anticiper les potentielles répercussions négatives. Il faut que l'investissement soit proportionnel aux bénéfices apportés. Nous n'avons pas à ce jour de réponse toute faite à cette question. Il nous semble qu'il n'est pas possible pour des situations aussi complexes d'en donner une en si peu de temps, et qu'il est important que les soins soient de toutes manières pensés en équipe en fonction de chaque bébé, de chaque famille, et de chaque contexte. Tout de même, ce travail de recherche nous laisse penser que la piste des **dispositifs pluridisciplinaire intervenant au domicile** des patientes est particulièrement adaptée aux familles à problèmes multiples. Un dispositif de ce genre, soutenant le travail de la PMI, nécessiterait selon nous d'être pensé à Toulouse.

De plus, en ce qui concerne les situations d'enfant en danger à Toulouse, les dispositifs de **placement familial thérapeutique** sont très difficilement accessibles. Leur accessibilité pourrait être utile dans certaines situations complexes, avec des bébés très jeunes.

Par ailleurs, et avant tout, quelque soit les dispositifs existants et mis en place, l'enjeu qui nous paraît parmi les plus importants est que les **différents partenaires réussissent à se coordonner** autour de ces familles afin que le maillage institutionnel soit solide, et qu'il tienne malgré les difficultés que ce type de psychopathologie parentale peut engendrer. Il est primordial de pouvoir travailler en réseau et la principale réflexion doit selon nous se faire en ce sens. Si un dispositif innovant se crée mais qu'il n'arrive pas à se coordonner avec le réseau, alors son efficacité sera moindre. Un meilleur repérage de ces patientes, ainsi qu'un plus grand **travail de lien** restent les pistes d'améliorations principales. Concernant l'équipe de psychiatrie périnatale de Paule de Viguier plus spécifiquement, les pistes que nous pouvons tirer de nos résultats sont : améliorer le travail de lien avec les **médecins généralistes**, et le partenariat avec les **CATTP petite enfance**.

Enfin, il nous semble aussi que les **temps de supervision** et de distanciation sont primordiaux, faute de quoi, le cadre thérapeutique ne tient pas dans cette pratique de liaison en maternité, qui se caractérise par la mouvance du terrain sur lequel nous construisons nos interventions et la multiplicité des personnes à accompagner (mère, père, bébé, fratrie parfois, équipes partenaires souvent ...). Ces dispositifs existent dans l'équipe de psychiatrie périnatale de Paule de Viguier et doivent être maintenus.

CONCLUSION

La période englobant la grossesse et le post-partum est un moment particulièrement fragilisant, mobilisant le psychisme et réactivant les conflits infantiles. C'est aussi une période plus à risque de décompensation psychiatrique.

Parmi les problématiques que l'équipe de psychiatrie périnatale de la maternité du CHU de Toulouse rencontre, se retrouve tout un panel de diagnostics. Ils sont codés par les médecins à l'aide de la classification internationale des maladies (CIM-10), et c'est, à travers ce codage, qu'est réévalué annuellement le budget octroyé aux soins. Une revue de littérature détaillée et résumée dans des tableaux concernant les conséquences sur la grossesse, les interactions mère-enfant et l'enfant, nous a permis de mettre en avant les troubles suivants comme étant à risque : schizophrénie ou trouble schizo-affectif, trouble de l'humeur, trouble de la personnalité borderline, addiction à des substances psychoactives, dépression du post-partum, et psychose puerpérale.

Cependant, outre les diagnostics codés, il existe des degrés de vulnérabilité avec des besoins différents en fonction du degré. Ces besoins peuvent aller d'une unique consultation avec un psychologue de l'équipe, à l'intervention de plusieurs professionnels et dispositifs avec un important travail de lien dans le sens de la protection de l'enfance, et ne sont pas proportionnels au nombre de consultation ou au type de diagnostic codé. Parmi les patientes à risque, existent les familles à problèmes multiples qui regroupent plusieurs types de diagnostics, mais qui ont en commun l'association de difficultés sociales, psychologiques (et émotionnelles), somatiques, et parfois psychiatriques ; elles ont pour particularité une mauvaise alliance envers les soins, et engendrent des réactions contre-transférentielles particulièrement violentes chez les soignants conduisant à un accès difficile aux soins adaptés. Un bon repérage et une bonne coordination des soins autour de ces patientes est donc un enjeu majeur.

L'objectif principal de ce travail de thèse consistait à mettre en évidence des profils de vulnérabilité des patientes et à repérer les situations à risque. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'adéquation des moyens engagés aux besoins des familles, et de réfléchir sur les prises en charge adéquates à visée curative et préventive.

Nous avons réalisé une étude descriptive, prospective (cohorte), unicentrique, s'appuyant sur un outil que nous avons créé. Cet outil prend en compte 3 niveaux de complexité : le niveau 1 « Fragilité simple contrôlée » concernant les patientes présentant une souffrance psychique réactionnelle au contexte actuel, et dont des interventions peu fréquentes par un unique professionnel (psychologue) devraient suffire ; le niveau 2 « Fragilité complexe » concernant les patientes présentant une vulnérabilité psychosociale (risque pour la patiente) et nécessitant l'intervention ponctuelle de professionnels multiples ; et le niveau 3 « Situation à risque pour l'enfant » concernant les situations où un risque de négligence pour l'enfant est envisageable, nécessitant une aide intensive avec des interventions répétées par des professionnels multiples.

Les résultats de notre étude confirment les hypothèses formulées. 341 patientes ont été incluses et représentaient toutes les patientes vues pour la première fois par l'équipe de

psychiatrie périnatale durant les 5,5 mois de l'étude. 60% des patientes étaient dans le niveau 1, 27% dans le niveau 2, et 13% dans le niveau 3.

La cohérence de l'outil a pu se confirmer puisque plus le niveau était élevé, et plus les prises en charge étaient pluridisciplinaires et complexes. Ceci s'est vérifié tant au regard des patientes ayant eu plus de 3 consultations et plus de 2 intervenants, qu'à celui du type d'intervenants ou du type de prise en charge ou des dispositifs spécialisés mis en place.

Concernant le travail de l'équipe, les résultats permettent de mettre en avant le travail des psychologues qui voient un nombre conséquent de patients et s'associent au psychiatre ou à l'AS uniquement lorsque cela est vraiment nécessaire; celui des psychiatres de l'équipe qui interviennent lorsque les situations le nécessitent, mais aussi dans des cas plus simples; l'intervention de l'AS, dont le rôle de prévention, de protection de l'enfance, et de coordination avec les différents partenaires est primordial. Par ailleurs, beaucoup de patientes ont un suivi parallèle avec la maison de solidarité, et ce essentiellement si les patientes sont du niveau 3.

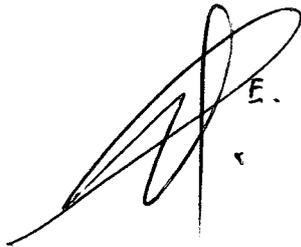
En ce qui concerne les diagnostics et les moyens engagés, les résultats montrent que lorsque les diagnostics sont pris isolément, ce sont essentiellement le trouble de la personnalité borderline, la schizophrénie ou trouble schizo-affectif et la déficience intellectuelle qui posent le plus de difficultés en terme de prise en charge. Cependant, pour la schizophrénie ou trouble schizo-affectif, la clinique était suffisamment bruyante pour que les prises en charge adaptées aient pu se mettre en place, ce qui n'a pas toujours été le cas pour les 2 autres diagnostics. Par ailleurs, l'étude confirme l'importance d'une prise en charge précoce dans le cadre de la dépression du post-partum, qui a permis une évolution globalement positive. Enfin, nos résultats confirment les difficultés de prise en charge autour des familles à problèmes multiples, dont le nombre de consultations et les prises en charges ont été très disparates, allant de lourds dispositifs (parmi les 5 signalements et le placement réalisés, 5 concernaient des patientes à problèmes multiples.), à des prises en charge se limitant à un suivi par l'équipe et la PMI alors qu'elles nécessiteraient probablement plus. Ceci confirme la complexité de prise en charge de ces patientes, la difficulté à mettre en place les dispositifs adéquats, et l'échappement au soin, et ce malgré le travail engagé par l'équipe de psychiatrie périnatale et les différents partenaires de soin.

En terme de perspective de recherche, cet outil nous paraît être un moyen intéressant permettant d'objectiver les profils de vulnérabilité des patientes en psychiatrie périnatale. Il serait cependant utile de faire d'autres études : l'une permettant d'évaluer plus précisément la validité de l'outil, l'autre prenant en compte un échantillon plus élevé et dans un contexte multicentrique, et une à distance permettant de se faire une idée de l'évolution du profil des patientes au cours des années.

En terme de perspectives de soin, nous avons recensé divers dispositifs qui ont été pensés autour des familles vulnérables ou à problèmes multiples dont le questionnaire semble être universel. Penser un dispositif innovant qui s'en inspirerait pourrait être une des alternatives mais nécessite tout de même des précautions et surtout une réflexion collective et adaptée au contexte. Les dispositifs au domicile nous paraissent des outils particulièrement adaptés pour ce type de familles. Un meilleur travail de lien avec les CATTP et les médecins généraliste est également une piste. Cependant et avant toute chose, il nous semble que le plus important est de réfléchir au meilleur maillage institutionnel. Les liens interprofessionnels et

les dispositifs de supervision sont primordiaux. Ils existent déjà mais peuvent encore être améliorés. Ils doivent être questionnés en permanence et s'ajuster à chaque contexte. Face à ce type de psychopathologie, il faut tenir, et tenir ensemble. Il faut que le maillage soit suffisamment serré pour résister aux multiples attaques qui sont les restes d'un passé carencé. Il faut penser là où les choses sont impensables, s'unir là où tout est fait pour désunir, rester stable là où le chaos est omniprésent. Des soins adaptés, pluridisciplinaires, coordonnées, continus et durables, sont la condition principale pour aider ces mères fragilisées, et surtout aider au long cours, leurs enfants dans leur développement psychoaffectif et leur construction identitaire.

Vu permis d'imprime:
Le Doyen de la Faculté
de Médecine. Ranguil


E. SERRANO

Vu, le président du jury
le 10/09/2014

Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007 Mai.
2. Royal College of Psychiatrists. Perinatal Maternal Mental Health Services. London; 2000 Apr.
3. Nice clinical Guideline 45. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. London; 2007.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 127. Management of perinatal mood disorders. A national clinical Guideline. Edinburg; 2012.
5. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003: situation en 2003 et évolution depuis 1998. 2003 [cited 2014 Feb 2]; Available from: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1299>
6. Hini E. Disparités sociales et surveillance de grossesses. 2007;(552).
7. Observatoire régional de la santé de midi pyrénées. Rapport Maternités:Le suivi et l'orientation des femmes enceintes: Enquête auprès de 1650 femmes ayant accouché en Midi-Pyrénées en 2005. 2006.
8. Molénat F. Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007. *Contraste*. 2007;(1):127-35.
9. Consoli S, Lacour M. Place et spécificité de la psychiatrie au sein de la médecine. Le livre blanc de la psychiatrie. John Libbey Eurotext. 2003.
10. Douglas G. Psychotic mothers. *Lancet*. 1956 Jan 21;270(6908):124-5.
11. Main TF. Mothers with children in a psychiatric hospital. *Lancet*. 1958 Oct 18;2(7051):845-7.
12. Baker AA, Morison M, Game JA, Thorpe JG. Admitting schizophrenic mothers with their babies. *Lancet*. 1961 Jul 29;2(7196):237-9.
13. Racamier PC, Sens C, Carretier L. [Mother and child in postpartum psychoses]. *Evol Psychiatr*. 1961 Dec;26:525-70.
14. Martin T, Dayan J, Dutordoit A. Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie, état des lieux en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2003 Sep;161(7):504-9.
15. Nezelof S, Cazas O, Sutter-Dallay AL, Glangeaud N. Hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2005 [cited 2014 Feb 9]. p. 529-34. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448705001356>
16. Borie Personnaz A. Activité de psychiatrie périnatale à la maternité du CHU de Toulouse étude rétrospective sur l'année 2002. 2004.

17. Bréart G, Puech F, Rozé J-C. Mission périnatalité [Internet]. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées; 1998 [cited 2014 Feb 2]. Available from: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2003/perinatalite.pdf>
18. Garret-Gloanec N, Pernel A, Parent A. impact de la négligence chez l'enfant de moins de 3 ans.pdf. EMC. 2013;10(3):1-11.
19. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Neves T. What is driving increasing child welfare caseloads in Ontario? Analysis of the 1993 and 1998 Ontario incidence studies. *Child Welfare*. 2005 Jun;84(3):341-62.
20. Gaudin J. Child neglect: a guide for intervention. Wash DC Dep Health Hum Serv. 1993;
21. Les cahiers de l'ODAS. La décentralisation et la protection de l'enfance: quelles réponses pour quels dangers? 2003;
22. ONED. Cinquième rapport annuel de l'observatoire national de l'enfance en danger remis au Parlement et au Gouvernement. 2010 Avril.
23. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain--a review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000 Jan;41(1):97-116.
24. Bonnier C. Le point de vue du neuropédiatre. Bruxelles; 2005.
25. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Nazeer A, et al. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):924-32.
26. Danese A, Pariante CM, Caspi A, Taylor A, Poulton R. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007 Jan 23;104(4):1319-24.
27. De Bellis MD, Baum AS, Birmaher B, Keshavan MS, Eccard CH, Boring AM, et al. A.E. Bennett Research Award. Developmental traumatology. Part I: Biological stress systems. *Biol Psychiatry*. 1999 May 15;45(10):1259-70.
28. De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM, et al. A.E. Bennett Research Award. Developmental traumatology. Part II: Brain development. *Biol Psychiatry*. 1999 May 15;45(10):1271-84.
29. Legendre A. Influence des caractéristiques de l'environnement sur les réactions bio-émotionnelles de jeunes enfants en crèche. 2001;45:33-53.
30. Smeekens S, Marianne Riksen-Walraven J, van Bakel HJA. Cortisol reactions in five-year-olds to parent-child interaction: the moderating role of ego-resiliency. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Jul;48(7):649-56.
31. Tarullo AR, Gunnar MR. Child maltreatment and the developing HPA axis. *Horm Behav*. 2006 Nov;50(4):632-9.
32. Watamura SE, Sebanc AM, Gunnar MR. Rising cortisol at childcare: relations with nap, rest, and temperament. *Dev Psychobiol*. 2002 Jan;40(1):33-42.

33. Watawura SE, Donzella B, Alwin J, Gunnar MR. Morning-to-afternoon increases in cortisol concentrations for infants and toddlers at child care: age differences and behavioral correlates. *Child Dev.* 2003 Aug;74(4):1006–20.
34. Shore A. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. 2001;22:7–66.
35. Sapolsky RM. Why stress is bad for your brain. *Science.* 1996 Aug 9;273(5276):749–50.
36. Magariños AM, McEwen BS, Flügge G, Fuchs E. Chronic psychosocial stress causes apical dendritic atrophy of hippocampal CA3 pyramidal neurons in subordinate tree shrews. *J Neurosci Off J Soc Neurosci.* 1996 May 15;16(10):3534–40.
37. Lynch M, Cicchetti D. Patterns of relatedness in maltreated and non maltreated children: connection with multiple representational models. 1991;3:207–26.
38. Lamour M, Barraco M. Early disturbance in parent-infant interactions and the construction of psychic life. *The young child and his psychotic mother. Psychiatr Infant.* 1995;38(2):529–54.
39. Kreisler L. La dépression du nourrisson [Internet]. 1989. pp. 341-351 p. Available from: http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=89485
40. Ethier LS, Bourassa L, Kappler U. Evolution des familles négligentes: chronicité et typologie. Etude de suivi 1992 à 2005. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières; 2006.
41. Perreault I, Beaudoin G. La négligence envers les enfants: bilan des connaissances. Montréal: centre de liaison sur l'information et la prévention psychosociale (CLIPP); 2008.
42. Mayer M. La pauvreté comme facteur de risque de négligence. *Revue de psychoéducation.* 2007;36(2):353–62.
43. DePanfilis D. Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention. US Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Child Abuse and Neglect Office on Child Abuse and Neglect. 2006;
44. Harrington S, Zuravin S, DePanfilis D, Ting L, Dubowitz H. The Neglect Scale : Confirmatory Factor Analyses in a Low-Income Sample. *child Maltreatment.* 2002;7:359.
45. Gershater-Molko RM, Lutzker JR, Sherman JA. Assessing child neglect. *Agression and violent behaviour.* 2003;8:563–85.
46. Straus MA, Kaufman Kantor G. Definition and Measurement of Neglectful Behavior : Some Principles and Guidelines. *Child abuse and neglect.* 2005;29:19–29.
47. Lounds JJ, Borkowski JG, Whitman TL. The Potential for Child Neglect : The Case of Adolescent Mothers and Their Children. *child Maltreatment.* 2006;11:281–94.
48. Stowman SS, Donohue B. Assessing child neglect : A review of standardized measures. *Agression and violent behaviour.* 2005;10:491–512.

49. Zuravin SJ. Thousand Oaks. Neglected children: research, practice and policy. H. Dubowitz; 1999.
50. Brousseau M, Beaudry M, Simard M, Charbonneau C. Le projet famille en contexte de négligence. Développement et expérimentation d'une intervention familiale. Québec: Centre Jeunesse de Québec – Institut universitaire.; 2009.
51. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alders MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and violent behaviour*. 2009;14(1):13–29.
52. Verdoux H. Facteurs de vulnérabilité - 7.1 Introduction. Elsevier Masson. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux: JD. Guelfi, F. Rouillon; 2007. p. 81–2.
53. Observatoire Régional de la Santé (ORS). Enquête auprès des maternités, enquête auprès des services de PMI. 2008 Mar p. 1–63. Report No.: Volets 1 et 2.
54. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. <https://www-em--Prem-Comdocadisups-Tlse.fr/data/revues/0368231500341-C123> [Internet]. 2008 Sep 3 [cited 2014 Apr 13]; Available from: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/115229/resultatrecherche/1>
55. Lejeune C. La précarité a aussi des conséquences périnatales: les pédiatres peuvent et doivent agir. *Arch Pédiatrie*. 1998;5(3):251–4.
56. Mercer BM, Goldenberg RL, Das A, Moawad AH, Iams JD, Meis PJ, et al. The preterm prediction study: a clinical risk assessment system. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Jun;174(6):1885–1893; discussion 1893–1895.
57. Convers M. Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *Rev Sage-Femme*. 2010;9(1):3–9.
58. Jung-Rosenfarb M. Ces états qu'on dit limite. Toulouse; 2012.
59. Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG, Livesley WJ, Kendler KS. The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry*. 2002 Jun 15;51(12):964–8.
60. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*. 2002 Jun 15;51(12):951–63.
61. Cloninger C. Genetics. American Psychiatric Publishing. 2005;155–69.
62. Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med*. 2008 Sep;38(9):1219–29.
63. New AS, Goodman M, Triebwasser J, Siever LJ. Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008 Sep;31(3):441–461, vii.

64. Gottesman II. Schizophrenia epigenesis: past, present, and future. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;384:26–33.
65. Tsuang M. Schizophrenia: genes and environment. *Biol Psychiatry.* 2000 Feb 1;47(3):210–20.
66. Murray RM, Sham P, Van Os J, Zanelli J, Cannon M, McDonald C. A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res.* 2004 Dec 1;71(2-3):405–16.
67. Demjaha A, MacCabe J, Murray R. How genes and environmental factors determine the different neurodevelopmental trajectories of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia bulletin.* 38(2):209–14.
68. Fraga MF, Ballestar E, Paz MF, Ropero S, Setien F, Ballestar ML, et al. Epigenetic differences arise during the lifetime of monozygotic twins. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2005 Jul 26;102(30):10604–9.
69. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Personal Disord.* 2008 Feb;22(1):22–41.
70. Van Os J, Kenis G, Rutten BPF. The environment and schizophrenia. *Nature.* 2010 Nov 11;468(7321):203–12.
71. Dominguez M, Wichers M, Lieb R, Wittchen H, Os J. Evidence That Onset of Clinical Psychosis Is an Outcome of Progressively More Persistent Subclinical Psychotic Experiences: An 8-Year Cohort Study. *Schizophrenia bulletin.* 2011;37(1):84–93.
72. Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for personality disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2001 Feb;3(1):64–9.
73. Da Fonseca D, Rosset D, Bat F, Campredon S, Rouviere N, Givaudan M, et al. [Schizophrenia and cognition: a neurodevelopmental approach]. *L'Encéphale.* 2011 Dec;37 Suppl 2:S133–136.
74. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc.* 2000;48(4):1129–1146; discussion 1175–1187.
75. Fonagy P, Target M, Gergely G, Allen J, Bateman A. The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry.* 2003;32(3):312–459.
76. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 2004 Apr;12(2):94–104.
77. Lyons-Ruth K, Melnick S, Patrick M, Hobson RP. A controlled study of Hostile-Helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attach Hum Dev.* 2007 Mar;9(1):1–16.
78. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry.* 1996 Jun;153(6):752–8.

79. Choi-Kain LW, Fitzmaurice GM, Zanarini MC, Laverdière O, Gunderson JG. The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2009 Nov;197(11):816–21.
80. Wahlberg KE, Wynne LC, Oja H, Keskitalo P, Pykäläinen L, Lahti I, et al. Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1997 Mar;154(3):355–62.
81. Main M, Solomon J. Discovery of a new, insecure-disorganised disoriented attachment pattern. In T. Brazelton & M. Yogman (Eds). *Affective Development in Infancy.* 1986;39–51.
82. Holmes J. Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003 Oct;37(5):524–31.
83. Lyons-Ruth K. L'interface entre attachement et intersubjectivité : perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé. *Psychothérapies.* 2005b;25:223–34.
84. Holmes J. Disorganized attachment and borderline personality disorder: a clinical perspective. *Attach Hum Dev.* 2004 Jun;6(2):181–90.
85. Roisko R, Wahlberg K-E, Hakko H, Wynne L, Tienari P. Communication Deviance in parents of families with adoptees at a high or low risk of schizophrenia-spectrum disorders and its associations with attributes of the adoptee and the adoptive parents. *Psychiatry Res.* 2011 Jan 30;185(1-2):66–71.
86. Schiffman J, LaBrie J, Carter J, Cannon T, Schulsinger F, Parnas J, et al. Perception of parent-child relationships in high-risk families, and adult schizophrenia outcome of offspring. *J Psychiatr Res.* 2002 Feb;36(1):41–7.
87. Koenigsberg HW, Siever LJ, Lee H, Pizzarello S, New AS, Goodman M, et al. Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2009 Jun 30;172(3):192–9.
88. Juengling FD, Schmahl C, Hesslinger B, Ebert D, Bremner JD, Gostomzyk J, et al. Positron emission tomography in female patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* 2003 Apr;37(2):109–15.
89. Beblo T, Driessen M, Mertens M, Wingefeld K, Piefke M, Rullkoetter N, et al. Functional MRI correlates of the recall of unresolved life events in borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2006 Jun;36(6):845–56.
90. Minzenberg MJ, Fan J, New AS, Tang CY, Siever LJ. Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: an event-related fMRI study. *Psychiatry Res.* 2007 Aug 15;155(3):231–43.
91. Grossman R, Yehuda R, Siever L. The dexamethasone suppression test and glucocorticoid receptors in borderline personality disorder. *Ann N Y Acad Sci.* 1997 Jun 21;821:459–64.

92. Zimmerman DJ, Choi-Kain LW. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(3):167–83.
93. Coccaro E, Siever L. *Neurobiology*. American Psychiatric Publishing. 2005;155–69.
94. Lotstra F. [Biological models of schizophrenia: an update]. *L'Encéphale*. 2006 Aug;32(4 Pt 1):446–51.
95. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature*. 2010 Nov 11;468(7321):187–93.
96. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011 Jan 1;377(9759):74–84.
97. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005 May;2(5):e141.
98. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*. 2008;30:67–76.
99. Tandon R, Keshavan M, Nasarallah H. Schizophrenia “Just the Facts” What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*. 2008;102:1–18.
100. Laura, J. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia spectrum disorder. *Psychiatric services*. 1996;5:502–6.
101. Chang KD, Blasey C, Ketter TA, Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disord*. 2001 Apr;3(2):73–8.
102. Jones SH, Bentall RP. A review of potential cognitive and environmental risk markers in children of bipolar parents. *Clin Psychol Rev*. 2008 Oct;28(7):1083–95.
103. Amaro, H, Fried, LE, Cabral, H, Zuckerman, B. Violence during pregnancy and substance abuse. *AJPH*. 1990;80(575-579).
104. Ferraro, F. *La grossezza et les drogues*. PUF. Paris; 1998.
105. Barnow S, Rüge J, Spitzer C, Freyberger H-J. [Temperament and character in persons with borderline personality disorder]. *Nervenarzt*. 2005 Jul;76(7):839–40, 842–4, 846–8.
106. De Genna NM, Feske U, Larkby C, Angiolieri T, Gold MA. Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2012 Aug;22(4):e371–377.
107. Laursen TM, Munk-Olsen T. Reproductive patterns in psychotic patients. *Schizophr Res*. 2010 Aug;121(1-3):234–40.
108. Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Hum Reprod Update*. 2007 Dec;13(6):607–16.
109. Dehaene, P. *La grossezza et l'alcool*. PUF. Paris; 1995. 128 p.

110. Vaughn AJ, Carzoli RP, Sanchez-Ramos L. Community-wide estimation of illicit drug use in delivering women: prevalence, demographics and associated risk-factors. *Obstet Gynecol.* 1993;82:92-6.
111. Lejeune C, Ciraru-Vigneron N, Ropert JC. Devenir des nouveaux-nés de mères toxicomanes: étude multicentrique. Paris: Doin; 1995. p. 36-43.
112. Missonnier S. La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité. Erès. Ramonville Saint-Agne; 2003.
113. Le Nestour A. Une intimité à créer. Psychothérapie d'une parentalité limitée dans la période périnatale. *La psychiatrie de l'enfant.* 2004;XLVII(2):457-89.
114. Manzano J, Palacio-Espasa F, Zilkha N. Les scénarios narcissiques de la parentalité. *Le fil rouge.* PUF. Paris; 1999.
115. Le Nestour A. Mes visiteurs à moi (Les identifications dans les interactions précoces). *Psychanalyse et périnatalité.* 2003;63-74.
116. Bouvet M, Viderman S. La relation d'objet. PUF. La théorie psychanalytique. Paris; 1969. p. 381-408.
117. Lamour M. Des nourissons avec leurs mères psychotiques. *Revue de pédiatrie.* 1985;7:325-34.
118. David M. Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique: une tentative de réponse. *Psychiatrie de l'enfant.* 1981;XXIV(1):151-96.
119. Noiville P. L'alcoolique, le sexe et l'alcool. La documentation française. Paris; 1981.
120. Sacker A, Done DJ, Crow TJ. Obstetric complications in children born to parents with schizophrenia: a meta-analysis of case-control studies. *Psychological Medicine.* 1996;26:279-87.
121. Kendell RE, Juszczak E, Cole SK. Obstetric complications and schizophrenia: a case control study based on standardised obstetrics records. *Br J Psychiatry.* 1996;168(5):556-61.
122. Miller LJ. Psychiatric disorders during pregnancy. *Psychological aspects of woman's Health care: The interface bet.* 1993.
123. Rogers PD, Speraw S, Westmeier D, Jolly J. Treatment of addictive disorders in pediatric and adolescent populations. Wiley. *Manual of therapeutics for addiction.* New-York: Miller NS, Gold MS, Smith DE; 1997. p. 187-208.
124. Ellwood DA, Sutherland P, Kent C, O'Connor M. Maternal narcotic addiction: pregnancy outcome in patients managed by a specialized drug-dependency antenatal clinic. *Aust N Z J Obstet Gynaecology.* 1987;27:92-8.
125. Little BB, Snell MM, Klein VR, Gilstrap LC, Knoll KA, Brec-Kenridge JD. Maternal and fetal effects of heroin addiction during pregnancy. *Reproductive Medicine.* 1990;35:159-62.

126. Gerada C. The drug-addicted mother: pregnancy and lactation. Parental psychiatric disorder. Distressed parents and their families. Cambridge: Göpfert M, Webster J, Seeman MV; 1996. p. 87–95.
127. De la Fuente JM, Bobes J, Vizquete C, Mendlewicz J. Biological nature of depressive symptoms in borderline personality disorder: endocrine comparison to recurrent brief and major depression. *J Psychiatr Res.* 2002 Jun;36(3):137–45.
128. Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, de Jonghe F. Major depression, double depression and personality disorders. *J Personal Disord.* 2000;14(3):274–81.
129. Riso LP, Klein DN, Anderson RL, Ouimette PC. A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *J Personal Disord.* 2000;14(3):208–17.
130. Rothschild L, Zimmerman M. Borderline personality disorder and age of onset in major depression. *J Personal Disord.* 2002 Apr;16(2):189–99.
131. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry.* 2004 Aug;65(8):1049–56.
132. Genet M, Golse B, Apter G. Psychopathologie, attachement et devenir des enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline/état-limite : une revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant.*
133. Spielvogel, A, Wile, J. Treatment and outcomes of psychotic patients during pregnancy and childbirth. *Birth.* 1992;19(3):131–7.
134. Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: Phenomenology and clinical management. *Hospital and Community Psychiatry.* 1990;41:1233–7.
135. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 1.Clinical characteristics of the current postpartum episodes. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1986;74:205–16.
136. Kaminski M, Larroque B. Consommation alcoolique des femmes enceintes et développement intellectuel des enfants. *Cahiers de nutrition et diététique.* 1995;30(2):102–6.
137. Miller LJ, Mian R. Treatment of addictive disorders during pregnancy. Wiley. *Manual of therapeutics for addiction.* New-York: Miller NS, Gold MS, Smith DE; 1997. p. 187–208.
138. Berg-Nielson T, Vilkan A, Dahl A. Parenting related to child and parental psychopathology: a descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 2002;7(4):529–52.
139. Kim HK, Pears KC, Capaldi DM, Owen LD. Emotion dysregulation in the intergenerational transmission of romantic relationship conflict. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.* 2009 Aug;23(4):585–95.

140. Krause ED, Mendelson T, Lynch TR. Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: the mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse Negl.* 2003 Feb;27(2):199–213.
141. Corrigan PW, Green A. Schizophrenic patient's sensitivity to social cues: The role of abstraction. *American journal of psychiatry.* 1993;150:589–94.
142. Crandell LE, Patrick MPH, Hobson RP. "Still-face" interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2003 Sep;183:239–47.
143. Lefebvre R, Howe N, Guile J. Perceptions of mother-child relationships in families of children with borderline personality disorder. *Perspectives Psychiatriques.* 2004;43(5):345–53.
144. Apter-Danon G, Candilis-Huisman D. A challenge for perinatal psychiatry: Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clinical neuropsychiatry.* 2005;2(5):302–14.
145. Apter G. Psychopathologie de la première enfance : les troubles des interactions. *Traité de psychiatrie de l'enfant.* Paris: Danion-Grilliat A, Bursztejn C; 2011.
146. Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR, Boyce P. Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007 Jul;41(7):598–605.
147. Hobson RP, Patrick M, Crandell L, García-Pérez R, Lee A. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2005;17(2):329–47.
148. Hobson RP, Patrick MPH, Hobson JA, Crandell L, Bronfman E, Lyons-Ruth K. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2009 Oct;195(4):325–30.
149. Kiel EJ, Gratz KL, Moore SA, Lutzman RD, Tull MT. The impact of borderline personality pathology on mothers' responses to infant distress. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.* 2011 Dec;25(6):907–18.
150. Lamour M. Les nourissons de parents psychotiques. PUF. *Psychopathologie du bébé.* Paris; 1989.
151. Persson-Blennow I, Binett B, McNeil TF. Offspring of women with nonorganic psychosis: antecedents of anxious attachment to the mother at one year of age. *Acta Psychiatr Scand.* 1988 Jul;78(1):66–71.
152. McNeil TF, Kaij L. Swedish high-risk study: sample characteristics at age 6. *Schizophr Bull.* 1987;13(3):373–81.
153. Reichart CG, van der Ende J, Hillegers MHJ, Wals M, Bongers IL, Nolen WA, et al. Perceived parental rearing of bipolar offspring. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Jan;115(1):21–8.

154. Fineman NR, Beckwith L, Howard J, Espinosa M. Maternal eg development and mother-infant interaction in drug-abusing woman. *J Subst Abuse Treat.* 1997;14:307-17.
155. Bays J. Substance abuse and child abuse. Impact of addiction on the child. *Pediatr Clin North Am.* 1990 Aug;37(4):881-904.
156. Siddiqi TA, Tsang RC. Babies of substance abusing mothers. An over-view. *Pediatr Ann.* 1991;20:527-30.
157. Aichorn A. *Jeunesse a l'abandon.* 1925.
158. Ferenczi S. Confusion de la langue entre les adultes et l'enfant ; le langage de la tendresse et de la passion. 1932. 125-135 p.
159. Fraiberg S, Adelsin E, Shapiro V. Fantômes dans la chambre d'enfant. *Psychiatrie de l'enfant.* 1975;26(1):57-98.
160. Séguin M. La transmission intergénérationnelle du mauvais. *Psychothérapies.* 2007;27(3):149-60.
161. Smith C, Calkins SD, Keane SP. The relation oh maternal behavior and attachment security to toddlers emotions and emotion regulation. ", *Research in Human development.* 2006;3(1):21-31.
162. Näslund B, Persson-Blennow I, McNeil T, Kaij L, Malmquist-Larsson A. Offspring of women with nonorganic psychosis: infant attachment to the mother at one year of age. *Acta Psychiatr Scand.* 1984 Mar;69(3):231-41.
163. Bourdier P. L'hypermaturation des enfants de malades mentaux. Problèmes cliniques et théoriques. *Revue Française de Psychanalyse.* 1972;1:19-42.
164. Doucette S, Horrocks J, Grof P, Keown-Stoneman C, Duffy A. Attachment and temperament profiles among the offspring of a parent with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2013 Sep 5;150(2):522-6.
165. Macfie J, Swan SA. Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2009;21(3):993-1011.
166. Herr NR, Hammen C, Brennan PA. Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning. *J Personal Disord.* 2008 Oct;22(5):451-65.
167. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lönnqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophr Res.* 2003 Apr 1;60(2-3):239-58.
168. Fish, B, Marcus, J, Hans, SL, Auerbach, JG, Perdue, S. Infant at risk for schizophrenia: sequelae of a genetic neurointegrative defect. A review and replication analysis of pandysmaturation in a Jerusalem Infant Development Study. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:221-35.
169. Marcus J, Auerbach JG, Wilkinson L, Burack CM. Infants at risk for schizophrenia. The Jerusalem Infant Development Study. *Arch Gen Psychiatry.* 1981;38:703-13.

170. Sameroff A, Siefert R, Zax M, Barocas R. Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophr Bull.* 1987;13:383–94.
171. Cannon M, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Taylor A, Murray RM, et al. Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2002 May;59(5):449–56.
172. Nestler VM, Steinhausen, HC. Les enfants de mère alcoolique: développement et psychopathologie des enfants atteints du syndrome d'alcoolisme foetal. PUF. *L'enfant dans sa famille. Le développement en péril.* Paris: Anthony EJ, Chiland C; 1992. p. 283–95.
173. Carmichael-Obson H, Sampson DP, Barr H, Streissguth AP. Prenatal exposure to alcohol and school problems in late childhood: a longitudinal study. *Dev Psychopathol.* 1992;4:341–59.
174. Van Baar AL, Fleury P, Ultee CA. Behaviour in first year after drug dependent pregnancy. *Arch Dis Child.* 1989 Feb;64(2):241–5.
175. Wilson GS. Clinical studies of infants and children exposed prenatally to heroin. *Ann N Y Acad Sci.* 1989;562:183–94.
176. Feldman RB, Zerkowicz P, Weiss M, Vogel J, Heyman M, Paris J. A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Compr Psychiatry.* 1995 Apr;36(2):157–63.
177. Barnow S, Spitzer C, Grabe H. Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal American of Academic Adolescent Psychiatry.* 2006;45(8):965–72.
178. Hans SL, Auerbach JG, Styr B, Marcus J. Offspring of parents with schizophrenia: mental disorders during childhood and adolescence. *Schizophr Bull.* 2004;30(2):303–15.
179. Keshavan M, Montrose DM, Rajarethinam R, Diwadkar V, Prasad K, Sweeney JA. Psychopathology among offspring of parents with schizophrenia: relationship to premorbid impairments. *Schizophr Res.* 2008 Aug;103(1-3):114–20.
180. Maziade M, Gingras N, Rouleau N, Poulin S, Jomphe V, Paradis M-E, et al. Clinical diagnoses in young offspring from eastern Québec multigenerational families densely affected by schizophrenia or bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Feb;117(2):118–26.
181. DelBello MP, Geller B. Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord.* 2001 Dec;3(6):325–34.
182. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 1997 Aug;42(6):623–31.
183. Birmaher B, Axelson D, Monk K, Kalas C, Goldstein B, Hickey MB, et al. Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder:

- the Pittsburgh Bipolar Offspring study. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar;66(3):287–96.
184. Duffy A, Horrocks J, Doucette S, Keown-Stoneman C, McCloskey S, Grof P. Childhood anxiety: an early predictor of mood disorders in offspring of bipolar parents. *J Affect Disord*. 2013 Sep 5;150(2):363–9.
 185. Duffy A, Alda M, Crawford L, Milin R, Grof P. The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord*. 2007 Dec;9(8):828–38.
 186. Nurnberger JI Jr, McInnis M, Reich W, Kastelic E, Wilcox HC, Glowinski A, et al. A high-risk study of bipolar disorder. Childhood clinical phenotypes as precursors of major mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Oct;68(10):1012–20.
 187. Reich W, Earls F, Frankel O. Psychopathology in children of alcoholics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32:995–1002.
 188. Wilens TE, Biederman J, Kiely K, Bredin E, Spencer TJ. Pilot study of behavioral and emotional disturbances in the high-risk children of parents with opioid dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Jun;34(6):779–85.
 189. Bouchez J, Coppel A, Touzeau D. Approche descriptive des difficultés des enfants de toxicomanes: une nécessité de soins préventifs spécifiques? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1997;45:298–302.
 190. Kliegman RM. Perpetual poverty: child health and the underclass. *Pediatrics*. 1992 Apr;89(4 Pt 2):710–3.
 191. Cloninger CR, Bohman M, Sigvarsson S. Inheritance of alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:861–8.
 192. Lemoine P, Lemoine PH. Avenir des enfants de mères alcooliques: étude de 105 cas retrouvés à l'âge adulte. *Ann Pediatr*. 1992;39:265–71.
 193. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression. A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:37–54.
 194. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001 Aug 4;323(7307):257–60.
 195. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1987 May;150:662–73.
 196. Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1994 Nov;29(6):250–64.
 197. Davidson J, Robertson E. A follow-up study of post partum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatr Scand*. 1985 May;71(5):451–7.
 198. Cohn JF, Tronick E. Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989 Mar;28(2):242–8.

199. Cohn JF, Campbell SB, Matias R, Hopkins J. Face-to-face interaction of postpartum depressed and non-depressed mother-infant pairs at 2 months. *Dev Psychol.* 1990;26:15-23.
200. Scherer KR. Vocal affect expression: a review and a model for future research. *Psychol Bull.* 1986 Mar;99(2):143-65.
201. Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch JM. A comparison of social-skills training, pharmacotherapy and psychotherapy for depression. *Behav Res Ther.* 1983;21(2):101-7.
202. Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1991 Jan;158:46-52.
203. Field T, Healy B, Goldstein S, Guthertz M. Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions in non-depressed versus depressed dyads. *Dev Psychol.* 1990;26:7-14.
204. Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Dev Med Child Neurol.* 1996 Feb;38(2):109-19.
205. Murray L, Trevarthen C. The infant's role in mother-infant communications. *J Child Lang.* 1986 Feb;13(1):15-29.
206. Field T. Early interactions between infants and their post-partum depressed mothers. *Infant Behav.* 1984;7:527-37.
207. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992 Mar;33(3):543-61.
208. Righetti-Veltema M, Manghi M, Conne-Perreard E, Manzano J. Effet observé chez l'enfant de la dépression maternelle du post-partum à 3 mois et à 18 mois- Résultats d'une recherche épidémiologique sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles. *Médecine et Hygiène.* Genève: Manzano, J; 1996. p. 143-57.
209. Ghodsian M, Zajicek E, Wolkind S. A longitudinal study of maternal depression and child behaviour problems. *J Child Psychol Psychiatry.* 1984 Jan;25(1):91-109.
210. Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schmücker G, Allen H, Kumar R. The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1995 Nov;36(8):1315-36.
211. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1995;25(3):165-81.
212. Mazer M. Characteristics of multi-problem households. A study in psychosocial epidemiology. *Am J Orthopsychiatry.* 1972;42(5):792-802.
213. Diatkine G. Families without qualities- language and thinking troubles in families with multiple problems. *Psychiatr infant.* 1979;22(1):237-73.

214. Greenspan S. Developmental morbidity in infants in multi-risk- factor families : clinical perspectives. *Public Health Rep.* 1982;97(1):16–23.
215. Sand E. Social and psychological development of the child in the context of unstable family. *Arch Belg.* 1985;45(5-8):198–209.
216. Stoléru S, Morales-Huet M. Psychothérapie with mothers and inafants in problem families «. *Psyche(Stuttg).* 1994;48-12:1123–53.
217. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2011 Dec 1;9(4):387–90.
218. Jones D, Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Evaluation of a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment in a population based study of elderly Canadians. *Aging Clin Exp Res.* 2005 Dec;17(6):465–71.
219. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146–156.
220. Mills EP, Finchilescu G, Lea SJ. Postnatal depression--an examination of psychosocial factors. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk.* 1995 Feb;85(2):99–105.
221. Mourad I, Lejoyeux M. L'alcoolisme féminin. Masson. *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives.* Paris: J. Ades, M. Lejoieeux; 1997. p. 201–20.
222. Chee CYI, Lee DTS, Chong YS, Tan LK, Ng TP, Fones CSL. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *J Affect Disord.* 2005 Dec;89(1-3):157–66.
223. Benvenuti P, Cabras PL, Servi P, Rosseti S, Marchetti G, Pazzagli A. Puerperal psychoses: a clinical case study with follow-up. *J Affect Disord.* 1992 Sep;26(1):25–30.
224. Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Smith SM, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry.* 2008 Jul;69(7):1033–45.
225. Aleman A, Kahn RS, Selten J-P. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Jun;60(6):565–71.
226. Messias EL, Chen C-Y, Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatr Clin North Am.* 2007 Sep;30(3):323–38.
227. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry.* 2005 Jan;162(1):12–24.
228. Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005 Aug;40(8):605–12.

229. Nager A, Johansson L-M, Sundquist K. Are sociodemographic factors and year of delivery associated with hospital admission for postpartum psychosis? A study of 500,000 first-time mothers. *Acta Psychiatr Scand.* 2005 Jul;112(1):47–53.
230. Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N. Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol Psychiatry.* 2012 Dec;17(12):1228–38.
231. Conne-Perreard E, Righetti-Veltema M, Manzano J. Statut et comportement socioprofessionnels comme facteur de risque de dépression du post-partum- Résultats d'une recherche épidémiologique sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. *Médecine et hygiène. Les relations précoces parent-enfant et leurs troubles.* Genève: Manzano, J; 1996. p. 159–67.
232. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1996 May;168(5):607–11.
233. Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study. *Am J Obstet Gynecol.* 1993 May;168(5):1388–93.
234. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004 May;80(1):65–73.
235. Hillegers M, Burger H, Wals M, Reichart C, Verhulst F, Nolen W. Impact of stressful life events, familial loading and their interaction on the onset of mood disorders: Study in a high-risk cohort of adolescent offspring of parents with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry.* 2004;185:97–101.
236. Regan DO, Ehrlich SM, Finnegan LP. Infant of drug addicts: at risk for child abuse, neglect, and placement in foster care. *Neurotoxicol Teratol.* 1987;9:315–9.
237. Heaman M, Chalmers K, Woodgate R, Brown J. Relationship work in an early childhood visiting program. *J pediatr nurs.* 2007;22:319–30.
238. Steinhauer PC. Guide d'évaluation de la compétence parentale. Toronto: Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée. 1995;
239. Paquettes F. A chaque enfant son projet de vie permanent. Un programme d'intervention 0-5 ans. Montréal: Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire. 2004;137.
240. Jourdan-Ionescu C, Desaulniers R, Palacio-Quintin E. Grille d'évaluation du réseau de soutien soviaal des parents. Montréal: Centre jeunesse Montréal Institut universitaire. 1996;
241. Pederson DR, Moran G, Sitko C, Campbell K, Ghesquire K, Acton H. Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: a Q-sort study. *Child Dev.* 1990 Dec;61(6):1974–83.
242. Guedeney A. Alarme Detresse Bebe (ADBB). 2007.

243. Gavériaux O. L'observation selon Esther Bick : une méthode pour découvrir le monde émotionnel de l'enfant. 1001 Bébés. 2006 Jan 1;237-63.
244. Kestemberg E. Autrement vu. puf. Paris; 1981.
245. Houzel D. Une application de la méthode d'observation des nourrissons: les traitements à domicile. puf. Paris; 1997.
246. Fraiberg S. Fantômes dans la chambre d'enfants [Internet]. puf; 2012 [cited 2014 Feb 9]. 280 p. Available from: <http://livre.fnac.com/a4631330/Selma-H-Fraiberg-Fantomes-dans-la-chambre-d-enfants>
247. Greenspan SI, Wieder S, Lieberman A. Infants in multirisks families: case studies in preventive intervention. Madison: International University Press. 1987;
248. Stoleru S, Morales-Huet M. Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. 1990;20(3):8-28.
249. Hok V, Hoisnard G, Simon-Vernier E, Hauchecorne A, Thomas A, Ménard C, et al. Des psychologues à domicile : pratiques, modèles et enjeux d'une intervention préventive. Prat Psychol. 2011 Jun;17(2):119-35.
250. Poizat A. 16. Un dispositif particulier de prise en charge médico-psychologique en périnatalité: l'unité transversale d'accompagnement périnatal. Prév En Matern. 2009;233-46.
251. Guidance for commissioners of perinatal mental health services [Internet]. Joint Commissioning Panel for Mental Health. 2012 [cited 2014 Jul 19]. Available from: <http://www.jcpmh.info/resource/guidance-perinatal-mental-health-services/>
252. Malouin R. Positioning the Family and Patient at the Center: a guide to family and patient partnership in the medical home [Internet]. American Academy of Pediatrics; 2013 [cited 2014 Jul 28]. Available from: http://www.aap.org/en-us/about-the-aap/Committees-Councils-Sections/Medical-Students/Documents/Positioning_FINAL_May24.pdf
253. Halfon N, Inkelas M. Optimizing the health and development of children. JAMA J Am Med Assoc. 2003 Dec 17;290(23):3136-8.
254. Goldson SE. Mental Health education in a community mental health center. Am J Public Health. 1968;(58):693-9.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Activité de psychiatrie périnatale à la maternité du CHU de Toulouse: tableaux comparatifs entre 2002 et 2012 sur les grossesses.....	31
Tableau 2: Activité de psychiatrie périnatale à la maternité du CHU de Toulouse: tableaux comparatifs entre 2002 et 2012 sur les naissances.....	32
Tableau 3 : CIM-10 : table analytique.....	47
Tableau 4 : Tableau d'équivalences entre la CIM-10 et le DSM IV-R	48
Tableau 5 : Le score EPICES.....	50
Tableau 6: La précarité: Prévalence, caractéristiques sociodémographiques associées, et conséquences sur la grossesse.....	51
Tableau 7: Les troubles de la personnalité borderline, la schizophrénie, et les troubles de l'humeur: modèles théoriques étiologiques.....	57
Tableau 8: trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: prévalence et conséquences sociales.....	60
Tableau 9: trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences sur la grossesse.....	61
Tableau 10: trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences sur les interactions mère-enfant.....	63
Tableau 11: trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences sur le bébé.....	64
Tableau 12: trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences ultérieures (enfance et adolescence).....	65
Tableau 13: trouble de la personnalité borderline, schizophrénie, troubles de l'humeur et addictions à des substances psychoactives: conséquences ultérieures (troubles mentaux).....	66
Tableau 14: La dépression du post-partum et la psychose puerpérale: prévalence et conséquences sociales, sur la grossesse, sur les interactions mère-enfant et sur l'enfant.....	69
Tableau 15: Facteurs de risque des principaux troubles psychiatriques à risque pour la mère et son enfant.....	108
Tableau 16: Caractéristiques générales des patientes et répartition par niveau.....	125

Tableau 17: Prévalence et répartition des différents diagnostics dans la population de l'étude.....	125
Tableau 18: Répartition du nombre de consultations par niveau.....	126
Tableau 19: Répartition du nombre d'intervenants par niveau.....	127
Tableau 20: Répartition des niveaux en fonction du type d'intervenant: valeur numérique	128
Tableau 21: Répartition des dispositifs, prises en charge et devenir par niveau: valeur numérique.....	133
Tableau 22: Répartition des patientes dans les catégories du niveau 2.....	139
Tableau 23: Répartition des catégories dans le niveau 3.....	142
Tableau 24: Répartition des différentes caractéristiques en fonction des diagnostics: valeurs numériques et pourcentage.....	144
Tableau 25: Social seul: répartition entre les niveaux 2 et 3 : valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.....	145
Tableau 26: Social seul : répartition des types d'intervenants par niveau.....	146
Tableau 27: Social seul : répartition des prises en charge par niveau.....	146
Tableau 28: borderline : répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.....	147
Tableau 29 : Borderline : répartition des types d'intervenants par niveau.....	148
Tableau 30 : Borderline: répartition des prises en charge par niveau.....	149
Tableau 31 : Trouble de l'humeur : répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.....	150
Tableau 32: Troubles de l'humeur : répartition des types d'intervenants par niveau.....	152
Tableau 33 : Trouble de l'humeur : répartition des prises en charge par niveau.....	153
Tableau 34: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif: répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.....	153
Tableau 35 : Schizophrénie ou un trouble schizo-affectif : répartition des types d'intervenants.....	154
Tableau 36: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif: répartition des prises en charge par niveau.....	155
Tableau 37: Addiction: répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.....	156

Tableau 38 : Addiction : répartition des types d'intervenants par niveau	157
Tableau 39 : Addiction : répartition des prises en charge par niveau.....	158
Tableau 40: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition entre les niveaux 2 et 3 et entre l'association à des difficultés sociales ou pas: valeur numérique et pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.....	159
Tableau 41: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des types d'intervenants par niveau.....	160
Tableau 42: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des prises en charge par niveau.....	161
Tableau 43: Dépression du post-partum : répartition des types d'intervenants par niveau	163
Tableau 44: Dépression du post-partum: répartition des prises en charge par niveau.....	164
Tableau 45: Problèmes multiples : répartition entre les niveau 2 et 3.....	166
Tableau 46: Problèmes multiples : répartition des diagnostics.....	166
Tableau 47: Problèmes multiples: répartition des types d'intervenants par niveau.....	168
Tableau 48: Problèmes multiples : répartition des prises en charge par niveau.....	169
Tableau 49: comparaison des caractéristiques de la population de l'étude avec 2002 et 2012.....	172

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Figure issue de l'étude le Garret-Gloanec et al : « Arbre décisionnel. Familles à risque de négligence repérées par la PMI ».....	115
Figure 2 : Répartition du nombre de consultations par niveau: en pourcentage fonction du niveau.....	126
Figure 3: Répartition du nombre d'intervenants par niveau: en pourcentage par niveau....	127
Figure 4: Répartition des niveaux en fonction du type d'intervenant : en pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.....	128
Figure 5: Répartition des dispositif, prises en charge et devenirs par niveau: en pourcentage par rapport au nombre total de patientes dans le niveau.....	133
Figure 6 : Diagnostics associés retrouvés dans le niveau 1.....	137
Figure 7 : Niveau 2 : répartition (en nombre de patientes) des catégories du niveau 2 et des diagnostics pour les catégories "Pathologie psychiatrique" et "Social + autre".....	139
Figure 8 : Niveau 3 : répartition (en nombre de patientes) des catégories du niveau 3 et des diagnostics pour les catégories "Décompensation psychiatrique" et "Contexte parental".....	142
Figure 9 : Répartition de la catégorie « Capacité maternelle » (reflet d'une altération des interactions mère-bébé) parmi les autres catégories du niveau 3.....	143
Figure 10: Répartition de la catégorie « attachement précoce de l'enfant » (reflet de conséquences sur le bébé) parmi les autres catégories du niveau 3.....	143
Figure 11 : Social seul : répartition des nombres de consultations par niveau : valeur numérique.....	145
Figure 12 : Social seul : répartition des nombres de consultations par niveau : en pourcentage en fonction du nombre de consultations.....	145
Figure 13: Borderline: répartition entre les niveaux 2 et 3.....	147
Figure 14 : Borderline: répartition entre l'association à des difficultés sociales ou pas...	147
Figure 15 : Borderline, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3.....	147
Figure 16 : Borderline : répartition des nombres de consultations par niveau : valeur numérique.....	148
Figure 17 : Borderline : répartition des nombres de consultations par niveau : en pourcentage en fonction du nombre de consultations.....	148
Figure 18 : Borderline : répartition des intervenants en fonction des niveaux <u>et</u> de l'association à la catégorie « Social » : valeur numérique.....	149

Figure 19: Borderline : répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique.....	150
Figure 20: Troubles de l'humeur: répartition entre les niveaux 2 et 3.....	151
Figure 21 : Troubles de l'humeur: répartition entre l'association à des difficultés sociales ou pas.....	151
Figure 22 : Trouble de l'humeur, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3..	151
Figure 23: Trouble de l'humeur : répartition des nombres de consultations par niveau : valeur numérique.....	151
Figure 24: Trouble de l'humeur : répartition des nombres de consultations par niveau : en pourcentage en fonction du nombre de consultations.....	151
Figure 25: Trouble de l'humeur : répartition des intervenants en fonction des niveaux <u>et</u> de l'association à la catégorie « social » : valeur numérique.....	152
Figure 26: Trouble de l'humeur : répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique.....	153
Figure 27: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3.....	154
Figure 28: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif: répartition des nombres de consultations: valeur numérique.....	154
Figure 29: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif: répartition des nombres de consultations: en pourcentage en fonction du nombre de consultations.....	154
Figure 30: Schizophrénie ou un trouble schizo-affectif: répartition des intervenants en fonction de l'association à la catégorie « Social » : valeur numérique.....	155
Figure 31: Schizophrénie ou trouble schizo-affectif: répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique.....	155
Figure 32: Addiction: répartition entre les niveaux 2 et 3.....	156
Figure 33: Addiction: répartition entre l'association à des difficultés sociales ou pas....	156
Figure 34 : Addiction, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3.....	156
Figure 35: Addiction: répartition des nombres de consultations par niveau : valeur numérique.....	157
Figure 36: Addiction: répartition des nombres de consultations par niveau : en pourcentage en fonction du nombre de consultations.....	157
Figure 37: Addiction: répartition des intervenants en fonction des niveaux <u>et</u> de l'association à la catégorie « social » : valeur décimale.....	158
Figure 38: Addiction: répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique.....	159
Figure 39: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition entre les niveaux 2 et 3.....	159

Figure 40: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition entre l'association à des difficultés sociales ou pas.....	159
Figure 41: Mineure ou déficience intellectuelle, niveau 3 : répartition parmi les catégories du niveau 3.....	160
Figure 42: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des nombres de consultations par niveau : valeur numérique.....	160
Figure 43: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des nombres de consultations par niveau : en pourcentage en fonction du nombre de consultations.....	160
Figure 44: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des intervenants en fonction des niveaux <u>et</u> de l'association à la catégorie « Social » : valeur numérique.....	161
Figure 45: Mineure ou déficience intellectuelle: répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique.....	162
Figure 46 : Dépression du post-partum: répartition parmi les catégories du niveau 3.....	163
Figure 47: Dépression du post-partum: répartition des nombres de consultations par niveau : valeur numérique.....	163
Figure 48: Dépression du post-partum : répartition des nombres de consultations par niveau : en pourcentage en fonction du nombre de consultations.....	163
Figure 49: Dépression du post-partum: répartition des intervenants en fonction de l'association à la catégorie « social » : valeur décimale.....	164
Figure 50: Dépression du post-partum: répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique.....	165
Figure 51: Problèmes multiples, niveau 3 : répartition des catégories.....	167
Figure 52 : Problèmes multiples : répartition des nombres de consultations par niveau : valeur numérique.....	167
Figure 53 : Problèmes multiples : répartition des nombres de consultations par niveau : en pourcentage en fonction du nombre de consultations.....	167
Figure 54: Problèmes multiples : répartition des intervenants en fonction des niveaux : valeur numérique.....	168
Figure 55: Problèmes multiples : répartition des prises en charge en fonction des niveaux : valeur numérique.....	169

ANNEXES

Annexe 1: Document des AS de la maternité de Paule de Viguier

	Critères de complexité
1	Situations de non droit (+ problème de logement)
2	Problèmes psychiatriques des patients et des familles
3	Problèmes de dépendance (dépendance physique, handicap, conduites addictives, poly pathologies,
4	Acceptation de la maladie par le patient et/ou son entourage
5	Niveau de collaboration de l'entourage, non adhésion, divergences sur les orientations de la sortie.
6	Absence d'environnement familiale ou isolement total, absence, défaillance ou complexité du contexte familial
7	Barrière de la langue
8	Différence de culture
9	Signalement tardif des situations par le service, les partenaires
10	Incertitude du diagnostic et du pronostic
11	Documents médicaux-administratifs non remplis correctement et en temps voulu, problèmes administratifs, divergence sur le projet médico-social
12	Méconnaissance du délai de traitement social
13	Absence de partenaires extérieurs ou difficultés pour les joindre, manque de structures post-hospitalisation, divergence orientation avec les partenaires extérieurs. (rejet de la candidature)
14	Remplacement à effectif constant
15	Autre critère spécifique (à préciser dans le commentaire d'exploitation des données)

Annexe 2 : l'outil

Date de la 1ere cs:	Intervenant lors de la 1ere Cs:
Nom:	Date de naissance:
Prénom :	Grossesse simple ou multiple:
Nombre d'intervenants total (+ noms) de l'équipe périnatale ou AS ayant vu la patiente :	
Nombre total d'entretiens:	

Niveau 1 Fragilité simple, contrôlée	Anxiété réactionnelle à un facteur de stress (F41.02 1:légère, 2:moyenne, 3:sévère)	
	Trouble de l'adaptation (F43.2)	
	Deuil d'un proche (Z63.4) ou séparation conjugale pendant la grossesse	
	Deuil périnatal (concernant la grossesse actuelle): <i>FCS (O03.1 a 9), MFIU (O36.4), IMG (O08.3 a 9), Décès post natal précoce du bébé</i>	
	Grossesse pathologique (Z35.8= surveillance d'une grossesse à haut risque) <i>Menace d'accouchement prématuré (O47.0), Diabète gestationnel (O24.4), prééclampsie (O14 0:modérée, 1:sévère), HELPP syndrome (O14.2), Décollement ou hématome placentaire (P02.1)...</i>	
	Diagnostic anténatal de malformation ou d'anomalie génétique ou d'autre anomalie sur le bébé (ex: RCIU (P05.1), macrosomie (P08.1), oligoamnios (O41.0)...)	
	Vomissements incoercibles (O21.x)	
	Transfert du bébé en néonatalogie ou réanimation à la naissance ou prématurité	

Niveau 2 Fragilité complexe	Pathologie Psychiatrique actuelle (positif si 1 coché)	
	Trouble anxieux grave ou chronique: Trouble phobique (F40.0 à 9), ou Trouble panique (F41.0), ou Trouble anxiété généralisé (F41.1), ou Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), ou Autres troubles anxieux mixtes (F41.3), ou Hystérie d'angoisse (F41.8), ou Autres troubles anxieux, sans précision (F41.9) TOC (F42.0 à 2), ou PTSD (F43.1), ou Troubles dissociatifs (F44.0 à 9),ou Troubles somatoformes (F45.0 à 9)	
	Trouble de l'humeur:	
	- Episode Dépressif Majeur (F32.0 à 9)	
	- Trouble bipolaire actuellement en rémission (F31.7), ou Cyclothymie (F34.0), ou Dysthymie (F34.1)	
	- Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4)	
	Trouble psychotique sans décompensation depuis minimum 1 an:	
	- Schizophrénie (F20.0 à 9), ou autre psychose chronique	
	- Trouble schizo-affectif (F25.0 à 9)	
	Trouble de la personnalité borderline (F60.3)	
	Trouble du comportement alimentaire (F50.0 à 9)	
	Toxicomanie ou alcoolisme chronique en cours (F10 a F19)	
	Déni de grossesse (+/- Z64.0)	
	ou	
	Antécédent psychiatrique (positif si 1 coché)	
	Traitement actuel par un thymorégulateur ou un neuroleptique	
	Antécédent de toxicomanie (Z86.4) ou de bouffée délirante aiguë ou de psychose puerpérale, ou d'épisode dépressif sévère ou récurrents ou de tentative de suicide ou de dépression du post-partum ou d'hospitalisation en psychiatrie ou de traumatisme sévère (sexuel, agression physique ou verbale)	
	ou	
	Immaturité psychique (positif si 1 coché)	
	Déficiência intellectuelle chez un des 2 parents (F70= Retard mental léger, F71=moyen, F72= grave, F73= sévère)	
	Patient mineure sans entourage étayant	
	ou	
	1 critère social parmi les suivants (positif si symptomatologie anxieuse ou dépressive réactionnelle associée)	
Situation de non droit		
Absence de couverture sociale		
Absence de domicile fixe actuel ou mauvaises conditions d'hébergement		
Père de l'enfant non connu ou non reconnu comme tel		
Situation d'isolement, de rupture affective (ou séparation conjugale) pendant la grossesse		
Barrière de la langue ou différence de culture		
Mauvaise acceptation de la maladie par la patiente et/ou son entourage		
Mauvaise alliance envers les soins de la patiente et mauvais niveau de collaboration de l'entourage		
Violence intrafamiliale ou dans le couple		
Grossesse non suivie, non déclarée ou issue d'un viol		

Niveau 3 Situation à risque	Pathologie psychiatrique en cours de décompensation ou à haut risque de décompensation (positif si 1 coché)	
	Trouble de l'humeur décompensé:	
	- Décompensation maniaque d'un trouble bipolaire (F31.1, F31.2), ou épisode maniaque (F30.0 à 9)	
	- Décompensation dépressive d'un trouble bipolaire (F31.3, F31.4, F31.5)	
	- Décompensation mixte d'un trouble bipolaire (F31.6), ou épisode mixte (F38.00)	
	- Dépression du post-partum (F53.0)	
	Trouble psychotique décompensé ou à haut risque de décompensation:	
	- Schizophrénie (F20.0 à 9) non stabilisée	
	- Trouble schizo-affectif (F25.0 à 9) non stabilisé	
	- Psychose puerpérale (F53.1)	
	ou	
	Déficiência intellectuelle chez les 2 parents ET environnement familial non en disposition d'élever suffisamment les parents ou de prendre le relai de manière continue	
	ou	
	Contexte parental (positif si 3 cochés)	
	La patiente a déjà 1 ou plusieurs enfants placé(s)	
	Pas d'alliance envers les soins et/ou pas de capacité à demander de l'aide	
	Abus de substance par 1 ou les 2 parents	
	Expérience de maltraitance ou de négligence et/ou de placement durant l'enfance d'un ou des 2 parents	
	Manque d'éducation, ou domicile instable	
	Difficultés économiques et sociales	
	Impulsivité	
	ou	
	Capacité maternelle (après la naissance) (positif si 2 cochés)	
	Ne regarde pas son bébé, ne lui parle pas, reste loin de lui lors de l'entretien	
	Sentiment d'épuisement, de tristesse (absence de plaisir envers son bébé), d'incompétence	
	Interprète selon ses propres désirs ou états d'âme les signaux du bébé	
	Réponse aux signaux de communication du bébé imprévisible et incohérente	
Contenu et cadence des interactions avec le bébé déterminé par le parent plutôt que par les réponses du bébé		
ou		
Attachement précoce chez l'enfant de 0 à 3 mois (après la naissance) (positif si 1 coché)		
Absence de poursuite oculaire		
Absence de gazouillis ou d'échanges sonores		
Absence de sourire		
Pleurs excessifs et inconsolables		
Troubles du sommeil significatifs: <i>se réfugie dans le sommeil, tombe brutalement dans le sommeil, dort beaucoup plus que la moyenne ou ne dort pas assez (moins de 15 heures par jour)</i>		

Prise en charge mise en place	Organisation de réunion(s) de synthèse(s)	
	Suivi conjoint par l'AS de la maternité ou de l'équipe de psychiatrie périnatale	
	Suivi PMI	
	Suivi AS de secteur	
	Suivi ASE	
	Suivi psychiatrique spécifique de la patiente indépendamment de son état de grossesse	
	Hospitalisation en psychiatrie pendant la grossesse ou dans le post-partum	
	Admission en foyer maternel	
	Admission en unité mère enfant	
	Mise en place d'une TISF	
	Signalement (ou information préoccupante, ou note médicosociale) fait par la psychiatrie périnatale sans déboucher sur un placement de l'enfant	
	Mesures éducatives au domicile (AED, AEMO)	
	Placement de l'enfant en foyer ou en famille d'accueil	
	Relai du suivi en réanimation ou néonatalogie ou dans un autre service de maternité	
	Abandon de l'enfant	
Rupture du suivi		

Annexe 3 : Note explicative concernant le remplissage de l'outil

Note explicative concernant le remplissage de l'outil à destination des professionnels concernés (Psychologues et pédopsychiatres de psychiatrie périnatale)

Actuellement interne, je réalise dans le cadre de mon travail de thèse une recherche sur un outil que nous avons créé. Son but est de déterminer un niveau de complexité pour chaque patiente vue en psychiatrie périnatale, en fonction de la complexité de la prise en charge qu'elle requière.

Ce travail part du constat par l'équipe d'une évolution du profil des patientes accueillies, quantitatif (le nombre de consultations augmente chaque année) et qualitatif (impression clinique, non objectivée pour le moment, de situations de plus en plus compliquées nécessitant une charge importante de travail en partenariat et de liens). La complexité n'étant pas seulement fonction du diagnostic posé, mais aussi souvent liée à l'association de plusieurs variables psychosociales et environnementales.

Le but de cet outil est donc double :

- 1) Quantifier cette évolution en calculant le pourcentage de patientes dans chacun des niveaux de complexité sur une période déterminée
- 2) Réfléchir au type de prise en charge nécessaire pour chaque niveau de complexité (ce qui pourrait en outre, justifier les moyens requis).

Dans ce cadre, je sollicite donc votre aide et votre participation.

Les personnes concernées :

- **Tous les psychologues et (pédo)psychiatres** de l'équipe de psychiatrie périnatale
- Ne sont donc pas concernés les assistant(e)s sociales à proprement parler puisqu'il faut au minimum une problématique psychique dans le cadre de cet outil et si les 2 professionnels cotent il risque d'y avoir des doublons. Cependant, leur aide nous est précieuse pour aider les autres professionnels à remplir l'outil lorsqu'ils (ou elles) interviennent.

Les patientes concernées :

Toutes les patientes vues pour la première fois dans la période déterminée

Que faire : remplir le questionnaire

Pour chaque patiente : remplir le questionnaire en cochant **toutes** les cases qui correspondent à la situation de la patiente, et en le **mettant à jour régulièrement** si il y a des évolutions.

Le questionnaire reste dans le dossier du patient toute la durée de l'utilisation. Ainsi, pour le mettre à jour, il suffit de cocher directement les modifications sur le questionnaire, ou, s'il y a trop de modifications, d'en refaire un nouveau en détruisant le précédent.

Durée :

5,5 mois : du 15/11/13 au 01/05/14

A la fin des 5,5 mois, nous récupérerons tous les questionnaires et analyserons les données.

Explications sur le questionnaire

Aspect général :

Mentionner pour chaque questionnaire :

- la date et le nom de l'intervenant
- le nom, prénom et date de naissance de la patiente
- s'il s'agit d'une grossesse unique ou gémellaire
- à la fin des 5,5 mois: le nombre total d'entretiens et d'intervenants ayant vu la patiente

Niveau 1 :

- Le terme « grossesse pathologique » inclut tout type de complications médicales de la grossesse.
- Les termes « anxiété réactionnelle à un facteur des stress » et « trouble de l'adaptation » doivent tous deux être utilisés dans le cas où l'anxiété est secondaire au contexte ou à un événement actuel ; la différence entre les deux étant que pour le « trouble de l'adaptation », la réaction est particulièrement sévère, incluant les symptômes d'un état de stress aigu : sidération, reviviscences (flashbacks, cauchemars), anxiété permanente et anticipatoire ...

Niveau 2 :

- Pour cocher l'un des éléments de la catégorie « pathologie psychiatrique », il faut que le trouble soit actuel, ou développé pendant la grossesse, ou dans le post-partum de la grossesse concernée.
- Concernant les antécédents, ne cocher la case que si il s'agit d'un des antécédents cités.
- Parmi les critères sociaux, l'item est positif si 1 critère social est coché, **et s'il est associé à une réaction anxieuse ou dépressive en lien avec le contexte.**

Niveau 3 :

- Pour que la première catégorie soit positive, il faut que la pathologie soit décompensée ou en cours de décompensation. La dépression du post-partum et la psychose puerpérale rentrent systématiquement dans cette catégorie.
- La catégorie « contexte parental » est positive si au minimum 3 items sont cochés.
- La catégorie « sensibilité maternelle » est positive si au minimum 2 items sont cochés.
- La catégorie « attachement précoce » est positive si au minimum 2 items sont cochés
- Si une des 5 catégories est positive, on est dans une situation de niveau 3.

Prise en charge mise en place :

Cocher ces items nous permet d'évaluer si la construction de l'outil est cohérente, c'est-à-dire si elle est en adéquation avec ce que l'on met en place en pratique.

Afin simplifier votre travail et de vous faire gagner du temps, nous avons mis, quand elles existaient, les équivalences en terme de diagnostic CIM-10.

Pour résumer, en pratique, il vous suffit de cocher tous les items qui sont positif (c'est nous qui nous occuperons d'interpréter dans quel niveau se situent les patientes). Il peut y avoir plusieurs items cochés dans le même niveau ou dans deux (voir les trois) niveaux différents.

Je vous remercie par avance pour votre participation qui permettra de mener à bien ce travail.

Cordialement,

Diane Boisson, Interne DES Psychiatrie

Annexe 4: Exemples de programmes communautaires

	Pays	Population	Objectif	Intervenants	Interventions	Etudes
Home Visitations	USA, Pays-Bas	Parents à risque et primipares	Education des parents quand au développement de l'enfant et la gestion de son éducation	Volontaires ou infirmières expérimentées	plusieurs fois/semaine 60 à 90 minutes Début grossesse aux 2 ans de l'enfant	Diminution du nombre de visites d'urgence, du taux de chômage, du nombre d'accouchements précoces et de faible poids de naissance. Augmentation des capacités intellectuelles de l'enfant et diminution des troubles du comportement. (Olds, 1988; Mrazek, 1994)
Community Mothers	UK, Irlande, Pays-Bas	Parents à risque	Fournir l'aide et l'encouragement nécessaire	Mères volontaires (formées et supervisées)	Modalités d'intervention différentes en fonction des pays	Amélioration du bien-être psychologique et des compétences parentales des mères, et meilleurs développements psychomoteurs des enfants. (Johson, 1993)
Instapje/opstapje project	Pays-Bas	Enfants 12-24 mois (Instapje project) et 2 -6 ans (onstapje project) Milieux défavorisés	Education des parents	Professionnels de la santé	Visites à domicile toutes les semaines. 4 modules d'interaction quotidienne parent-enfant bien déterminés dans le temps	Augmentation du support parental et une amélioration des compétences cognitives des enfants. (Riksen-Walraven, 1996)
Play@home	UK, Irlande		Développer pour chaque classe d'âge des activités physiques adaptées ; améliorer la relation parent-enfant ; stimuler le développement psychomoteur		Le programme se base sur les théories cognitivo-comportementalistes, et est décliné en fiche par activité	Amélioration des apprentissages, de l'activité physique, de la relation parent-enfant, et de la reconnaissance des besoins de l'enfant. (Parrot, 1997)
Starting Well	Ecosse	Banlieues les plus défavorisées	Soutien aux familles		Dimension familiale (programme de santé familial) et dimension communautaire	Diminution de l'anxiété et de l'isolement social, ainsi qu'une meilleure information sur les services communautaires. (Ross, 2005)
Triple P (Positive Parenting Program)	Australie, puis nombreux pays		Prévention des troubles émotionnels et des troubles du comportement chez les enfants ; éducation et aide à la parentalité	Volontaires	Concept d'autorégulation 5 niveaux d'intervention, en fonction de l'intensité des problèmes.	Validé chez les familles « à risque », mais aussi dans une population de divers type (familles « ordinaires », monoparentales, dépressions, violences conjugale, dysharmonies parentales, déficiences intellectuelles). (Sander, 2003)
Supporting security	Canada	Population hospitalière : <i>Hospital for Sick Children</i> de Toronto	Améliorer les relations d'attachement parent-enfant	Psychiatres	Aide les parents à reconnaître l'importance de l'observation du nourrisson, et l'influence de leur comportement sur le sentiment de sécurité du bébé.	Ce programme est testé dans cinq communautés des Premières Nations dans le nord de l'Ontario où les enfants sont à risque de souffrir de problèmes d'attachement.

**IMPROVE THE PROFESSIONAL PRACTICES IN PERINATAL
PSYCHIATRY.
CREATION OF A TOOL IDENTIFYING THE VULNERABILITY
PROFILE OF PATIENTS AND ALLOWING TO BETTER HANDLE
MULTI-PROBLEM FAMILIES**

RESUME EN ANGLAIS :

How to provide medical care to vulnerable women during pregnancy and post-partum at both curative and preventive level is a crucial issue (at short, middle and long term). The (primary) objective of this work consists in identifying the patient's vulnerability profiles to better identify the situations that could be at risk. The secondary objective is to check the consistency of the medical efforts engaged compared to the family needs, and to conclude on the correct adequacy of the medical care that is applied. To reach this objective, we have created a tool that includes 3 levels of complexity as a function of the patient's vulnerability profile and the associated medical treatment. All the patient, who were seen for the first time by the perinatal psychiatry team of the Paule de Viguier maternity hospital, were evaluated, this means 341 patients. 60% have been associated to the level 1, 27% to the level 2, and 13% to the level 3. The higher the level was, the higher the patient treatment was multidisciplinary, which highlights the tool coherency. Furthermore, the medical treatments were observed to be more complex and different when the patients were presenting both social and psychiatric issues, this was concerning 12.9% of the studied population and 55.6% of the patient attached to the level 3. As a conclusion, our study confirms the importance of questioning ourselves on these families presenting multiple problems. Some innovating measures can be derived, such as at home medical care which is appropriate for these patients. The priority is still an efficient patient spotting, a good coordination between the medical teams, and some time for supervision.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLES : Perinatal psychiatry, Pregnancy, carelessness, multi-problem families, multi-risk families, mother-child interactions, vulnerability, prevention, transdisciplinarity, global care, partnership, link, care network, mental health.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073 Toulouse Cedex 7

Directeurs de thèse : Ludivine FRANCHITTO et Céline BASCOUL

**AMELIORER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN
PSYCHIATRIE PERINATALE.
MISE AU POINT D'UN OUTIL POUR REPERER LE PROFIL DE
VULNERABILITÉ DES PATIENTES ET MIEUX PRENDRE EN
CHARGE LES FAMILLES A PROBLEMES MULTIPLES.**

RESUME EN FRANÇAIS :

La prise en charge des femmes vulnérables durant la période de la grossesse et du post-partum est un enjeu majeur sur le plan curatif et préventif à court, moyen et long terme. L'objectif de ce travail consiste à repérer les profils de vulnérabilité des patientes afin de mieux identifier les situations à risque. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'adéquation des moyens engagés aux besoins des familles, et de réfléchir sur les prises en charge adéquates. Pour cela, nous avons créé un outil faisant apparaître 3 niveaux de complexité en fonction du profil de vulnérabilité et des prises en charges nécessaires ; et réalisé une étude descriptive, prospective sur 5,5 mois. Toutes les patientes vues pour la première fois par l'équipe de psychiatrie périnatale de la maternité de Paule de Viguier ont été incluses, soit 341 patientes. 60% étaient dans le niveau 1, 27% dans le niveau 2, et 13% dans le niveau 3. Plus le niveau était élevé, et plus les prises en charge étaient pluridisciplinaires et spécialisées, ce qui confirme la cohérence de l'outil. Par ailleurs, les prises en charge ont été d'autant plus complexes et disparates que les patientes associaient difficultés psychiatriques et sociales, ce qui concernait 12,9% de la population de l'étude et 55,6% des patientes du niveau 3. En conclusion, notre étude confirme l'importance de se questionner autour de ces familles à problèmes multiples. Des dispositifs innovants peuvent être pensés, dont les prises en charge au domicile, particulièrement adaptées pour ces patientes. La priorité reste un bon repérage, une bonne coordination entre les partenaires de soin, et des temps de supervision.

TITRE EN ANGLAIS : Improve the professional practices in perinatal psychiatry. Creation of a tool identifying the vulnerability profile of patients and allowing to better handle multi-problem families.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLES : Psychiatrie périnatale, Grossesse, négligence, familles à problèmes multiples, interactions mère-enfant, vulnérabilité, prévention, transdisciplinarité, prise en charge globale, partenaires, lien, réseau de soin, santé mentale.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073 Toulouse Cedex 7

Directeurs de thèse : Ludivine FRANCHITTO et Céline BASCOUL