

**Ce texte est un chapitre du livre MISSONNIER, S., GOLSE, B., SOULÉ, M.
(2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de
psycho(patho)logie périnatale. Paris, PUF***

**DES FEMMES ENCEINTES AVEC UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE
CHRONIQUE. PREJUGES, DIFFICULTES ET OPPORTUNITES**

Pr Antoine GUEDENEY,

Service de psychiatrie de l' enfant et de l'adolescent

Hôpital Bichat-Claude Bernard

124 blvd Ney, 75018 Paris

Email : antoine.guedeney@bch.ap-hop-paris.fr

Mots clefs : parents malades mentaux / psychiatrie périnatale / réseau / maternité /
évaluation de la parentalité

Key words :mentally ill parents / perinatal psychiatry / network / maternity

/assessment of parenting.

1. Introduction :

La grossesse chez les femmes atteintes de troubles psychiques reconnus n'est plus exceptionnelle. Le temps n'est plus où l'enfermement, les neuroleptiques à doses élevées, les injections de contraceptifs et les interruptions de grossesse sans consentement chez les malades mentales rendaient rares les naissances dans ce contexte. Il devient donc assez fréquent de se trouver en présence d'une grossesse chez une malade mentale, dont le conjoint ou le compagnon peut se trouver, lui aussi, porteur d'un trouble psychique. La situation et les interrogations sont de fait très différentes selon les pathologies, quelles soient anxieuses, obsessionnelles, dépressives, maniaco-dépressives, qu'il s'agisse de retard mental, de psychose chronique ou de schizophrénie, d'états limites ou de toxicomanies. L'expression de la pathologie mentale n'est pas directement liée, on le sait à une part héréditaire, mais à l'association de ce poids, de son expression en fonction de l'environnement, et des supports familiaux et sociaux. Après avoir été considérée comme essentiellement liée au milieu, l'expression des traits pathologiques a tendance actuellement à être considérée de façon excessive comme étant d'origine génétique. Les parents malades mentaux suscitent des sentiments violents d'angoisse vis à vis du devenir des enfants et suscitent électivement les tentations eugénistes. Nombre de ces parents cumulent en fait les risques de la psychopathologie initiale, souvent de l'émigration, d'ailleurs souvent liée à cette pathologie, et de l'isolement. Aux Etats-Unis, en 1925, Charles P. Davenport s'intéresse à ce qu'il croit être la faiblesse génétique de certains immigrants. Il croit qu'il existe un gène responsable de l'instabilité. Sa démarche apparaît actuellement dérisoire, mais la

tentation persiste chez beaucoup de généticiens d'isoler des catégories à l'intérieurs de continuums, et d'isoler artificiellement des risques génétiques qui sont n fait le résultats de facteurs d'environnement associés. Nous verrons en particulier comment le système actuel de protection de l'enfance en France peut être responsable, en grande partie malgré lui d'une part de cette pathologie, de façon auto- entretenue. Ces représentations vont être à l'œuvre en face de parents malades mentaux, et seront d'autant plus agissantes qu'elles ne s'exprimeront pas clairement. La parentalité pathologique est ainsi en passe de devenir un des problèmes importants de santé publique, à l'aube de l'an 2000. Elle suscite de nombreuses interrogations et provoque des contre-attitudes puissantes, chez les proches comme chez les intervenants, surtout dès qu'il s'agit d'une pathologie psychotique chronique, et dès lors qu'un risque existe pour l'enfant. La situation implique alors la mise en oeuvre de moyens diagnostiques et thérapeutiques importants, dans un véritable réseau multidisciplinaire. La question se pose d'ailleurs de la nécessité d'un aménagement des pratiques d'évaluation de ces situations en France, et de l'opportunité d'une modification de la législation de la protection du fœtus et du jeune enfant dans ces circonstances. Face à cette situation complexe, qui met en jeu l'équilibre de la femme, de l'entourage, et celui du développement physique et psychologique de l'enfant à venir, il faut bien reconnaître que l'attention portée à la santé mentale et à sa prévention pendant la grossesse a reçu jusqu'ici relativement moins de moyens que celle portée aux soins physiques. Il y a là un phénomène de refoulement social, comme si le corps social ne voulait pas savoir ce qu'on fait en son nom, en ce qui concerne la séparation et la protection précoce, tout en voulant continuer d'ignorer l'énormité du coût humain et financier de ce

système. Le système anglo-saxon confie plutôt la psychiatrie périnatale aux psychiatres d'adultes, et adopte une position plutôt rigide face au risque, avec un choix a priori en faveur de l'enfant et la possibilité de terminaison précoce des droits parentaux et d'adoption. Le système français en revanche est plutôt opposé à la séparation précoce, mais intervient assez tard, avec un dispositif indépendants des soins d'évaluation des capacités parentales très peu développé.

2. Importance de la pathologie mentale du per-partum

Les troubles liés à la puerpéralité forment une proportion significative de la morbidité psychiatrique vue en médecine générale et en pratique psychiatrique. De plus, nombre de femmes souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique, qu'elle soit anxieuse, dépressive ou même psychotique la méconnaissent et n'ont donc pas de suivi psychiatrique. Selon une estimation anglaise (1), entre 15 et 20% de l'ensemble des patientes vues en maternité ont des troubles mentaux qui sont susceptibles d'avoir des conséquences pour l'attitude obstétricale. 10 et 20% des accouchées souffriront de dépression cliniquement manifeste dans l'année suivante, et 2% seulement seront adressées à un psychiatre. 2 % des accouchées vont avoir besoin d'une admission en service psychiatrique, et l'on sait qu'une femme a 16 fois plus de 'chances' d'être admise en urgence en psychiatrie dans les 30 jours post-partum qu'à une autre période de sa vie, et 30 fois plus de risques qu'à une autre période de sa vie d'y être admise pour un épisode psychotique. Enfin, 10% des femmes adressées en psychiatrie ont un enfant de moins de un an, et 25 % en ont un de moins de cinq ans (1,2,4). Voilà donc les éléments du tableau, dans lequel la maternité représente un risque accru pour la santé mentale, chez des femmes sans antécédents connus comme pour celles porteuses d'un troubles chronique

antérieur. La période critique à haut risque mental et développemental pour la femme et l'enfant est assez brève, avec des risques élevés au cours du premier mois post-partum, mais le risque relatif reste en fait augmenté pour les deux années qui suivent l'accouchement, et ceci est un point important pour le maintien du réseau de soins (3,10,15). La période de la grossesse est particulièrement importante pour la mise en place de mesures de surveillance et de prévention, qui vont reposer sur le réseau des intervenants, et particulièrement sur les infirmiers et infirmières de psychiatrie, la sage-femme et les puéricultrices de secteur (11), et ceci souligne l'importance cruciale de leur formation et de leur supervision, face à la pathologie mentale de la grossesse et du post-partum.(17)

3. Les différents tableaux

L'influence de la grossesse sur la maladie psychiatrique dépend du type de trouble, de son intensité (2). Il n'est possible ici que de faire un très bref panorama de la problématique des troubles psychologiques dans les diverses pathologies mentales.

-Dépression : Plus de 10% des femmes enceintes ont un score suffisamment élevé aux questionnaires de dépistage, du type de l'Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) (3), leur permettant d'être considérées comme des cas de dépression, alors que peu d'entre elles seront effectivement considérées comme telles par les professionnels de santé. Le risque de suicide est certes très diminué pendant la grossesse (4), mais il ne disparaît pas, surtout dans la tranche 15-25 ans, et les idées suicidaires exprimées directement ou indirectement, doivent alors être pris d'autant plus au sérieux, et conduire à une intervention immédiate. Ceci s'applique également à toutes les pathologies de

simulation, et aux conduites d'agression et de mise en danger vis à vis du fœtus (5). Le point essentiel est que la dépression pendant la grossesse expose à un risque plus important de dépression post-partum. Le dépistage pendant la grossesse ouvre donc à l'intervention précoce, comme le montrent bien les études de Murray à Londres, de O'Hara dans l'Iowa, de Appleby à Manchester, de Milgrom à Melbourne et de Chabrol à Toulouse. L'intervention pendant la grossesse permet une alliance thérapeutique meilleure et une action préventive et thérapeutique bien meilleures dans le post-partum.

-Anxiété, obsession : La maternité est on le sait une période de grand réaménagement psychique, marquée par la régression, et dont l'aboutissement réussi peut être considérée comme une phase de développement psychique. Cette maternalité (Racamier,6) encore appelée transparence psychique (Bydlovski, 7) ou préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 8), ou encore Constellation maternelle (Stern, 18) représente les mécanismes d'adaptation la de femme au devenir mère, et l'effet de la reviviscence de ses relations d'attachement primaire. Ce processus peut échouer, et la lutte contre la régression peut entraîner pendant la grossesse des états de panique, un resserrement des phobies ou des obsessions chez les femmes organisées sur ce mode.

-Anorexie Boulimie. Au contraire des états anxieux, rarement améliorés par la grossesse, l'anorexie et la boulimie sont généralement améliorées pendant la grossesse, mais celle-ci peut poser des problèmes de croissance fœtale dans les anorexies actives; des difficultés lors de l'alimentation et des relations mère – enfant peuvent survenir après la naissance.

-Psychoses chroniques, schizophrénies, état-limites. Dans la maternalité psychotique, la symbiose initiale avec l'enfant, non perçu comme différent peut

entraîner une période d'amélioration. La femme psychotique peut se sentir apaisée dans son conflit d'existence, reconnue, mais sans pour autant se représenter comme porteuse d'un être différent (9). Le père est très souvent absent, ou mis de côté. D'autre part, une schizophrénie relativement silencieuse peut s'attiser à la puerpéralité. Pour autant que la femme psychotique arrive à accepter de considérer son enfant comme part d'elle même, alors c'est l'accouchement qui peut être vécu comme un éclatement et une mutilation.

Dans la problématique limite, la position de l'enfant oscille entre celui dont on attend la complétude et la réparation, et celle d'un importun, d'un parasite. La grossesse vient bouleverser l'équilibre fragile de l'estime de soi. Or c'est dans cette catégorie diagnostique que l'on va retrouver le plus grand nombre de troubles dans le post partum. La pathologie limite a bien des liens avec la pathologie de l'attachement. L'incidence de la pathologie limite (2%) est en contraste avec sa fréquence dans les lieux de soins psychiatriques (20 à 40 %). La grossesse met à mal un état narcissique précaire, expose au conflit et d'intérêt entre la mère et l'enfant, et aux oscillations entre idéalisation et dévalorisation. Nul surprise donc, que la pathologie limite soit sur-représentée dans les cas exposés aux staffs de parentalité. Ces patientes ont été très souvent exposées à des abus et à des négligences précoces, multiples et sévères. Elles sont exposées aux états dissociatifs, aux dénis de grossesses, aux toxicomanies et aux passages à l'acte comme à la dépression, troubles qui traduisent bien la grande difficulté de la capacité d'auto réflexion chez ces patients. Leur histoire est très souvent marquée de traumatismes, de séparations et de placements. Le dispositif de protection de l'enfance a souvent échoué à traiter les états de dissociation et de dépression liés aux négligences et aux abus. Il ne permet pas la

possibilité d'élaboration de ces expériences dans un espace psychothérapeutique protégé, et relié cependant à la vie de l'enfant placé. Les décisions de remise à la famille sont souvent basées sur la demande de celle-ci et sur l'idéologie de telle ou telle équipe, ou de tel juge, plutôt que sur l'évaluation précise des effets des relations parentales sur le développement psychique de l'enfant.

4. Attitude

Ce n'est qu'à l'accouchement que les facteurs de risque se transforment ou non en indices de pathologie pour la femme, la famille et pour l'enfant. La discontinuité est ici la règle. La dépression per-partum ne se continue pas inéluctablement dans le post-partum (3) ; la période d'amélioration de la psychose peut se poursuivre par un épisode aigu puerpéral. Le rôle de la réalité du bébé, de ses caractéristiques, et celle du lien de la femme à son entourage sont essentiels dans ce passage de la femme à la mère, et dans le maintien de l'équilibre de soi entre être fille et être mère. D'où la nécessité de prévoir, mais sans enfermer, de soutenir sans aliéner, en séparant l'évaluation en per-partum de l'évaluation en post-partum (10); après la naissance, la question est de savoir dans quelle mesure la situation est modifiée par la présence du bébé, de voir comment il est tenu compte de son existence, de son identité et de ses besoins. Le risque est de réagir à sa propre peur, d'anticiper à l'excès sans s'appuyer sur les faits et sur leur évolution sous intervention. Chez une femme anxieuse ou obsessionnelle, un épisode initialement inquiétant, lié à l'ambivalence face à la grossesse peut être jugulé, avec l'attitude thérapeutique adéquate, et permettre une entrée dans la maternalité. Chez une femme maniaco-dépressive ayant fait un premier épisode de psychose puerpéral, la thérapie centrée sur le lien d'attachement maternel et ses avatars, l'encadrement, la chimiothérapie au

lithium (11) pendant la grossesse et juste après l'accouchement permet souvent d'éviter un nouvel épisode, et de diminuer le risque de récurrence, qui s'élève sinon à près de 50%. Chez les femmes schizo-phrènes ou psychotiques chroniques, l'entrée en unité mère enfant permet de suivre l'attitude vis à vis du bébé, et les effets de l'accouchement avec un effet préventif sur la famille et l'enfant (2, 12, 13,16). Elle permet aussi d'apprécier le comportement du bébé, et de juger des éléments qui peuvent gêner la relation à la mère. Ces bébés ont eu souvent une grossesse difficile, rarement suivie; ils peuvent être de petit poids de naissance, ou prématurés, du fait du tabagisme, de la toxicomanies ou de l'effet des psychotropes pris pendant la grossesse, ou de l'intoxication alcoolique. Or la prématurité et le retard de croissance vont rendre la relation à l'enfant plus difficile, avec une hyper ou une hypo-réactivité sensorielle (14); le risque est ici grand d'un trouble de l'interaction mère enfant, mais c'est aussi une période clef pour l'intervention et pour la prévention (14). Il y a donc lieu de mettre en place un réseau de soin et de soutien pendant la grossesse autour des femmes atteintes d'une pathologie psychiatrique chronique. Ce réseau doit être constitué de personnes compétentes en psychopathologie périnatale, qui ne craignent pas trop le contact avec la maladie mentale, tout en étant familiers avec la clinique et le développement du bébé. L'accouchement devra être très préparé, en particulier en ce qui concerne la douleur et l'angoisse. La prescription de psychotropes est généralement possible après le troisième mois, et la posologie doit être adaptée à la grossesse, puis à l'accouchement et au post-partum (3,11). La prescription de lithium peut dans certains cas se poursuivre pendant toute la grossesse, et être reprise dès le lendemain de l'accouchement. Les mélancolies ou manies pendant la grossesse, survenant souvent en fin de grossesse, parfois de façon récurrente

relèvent d'une hospitalisation en milieu fermé, et de convulsivothérapie (ECT) en cas d'échec des antidépresseurs (3,11). L'entrée dans une unité parent-enfant est à prévoir pendant la grossesse s'il existe des antécédents de psychose puerpérale, et devant un tableau schizophrénique ou psychotique chronique. Elle est précieuse en cas de trouble initial de l'attachement mère-enfant (3,13), ce qui peut se produire en l'absence de pathologie psychiatrique antérieure. La présence du bébé permet de juger des capacités maternelles et parentales, sans attendre de guérison de la mère par le bébé. L'évaluation fine du lien au bébé, des interactions, du développement du bébé, de l'état maternel et de la famille, comme de l'effet des interventions thérapeutiques permettra, de façon multidisciplinaire de juger de la conduite à tenir: maintien avec les parents avec aide, ou placement, institutionnel ou familial, limité ou durable. Ces situations nécessitent la coopération des sages femmes, des obstétriciens, des pédiatres, des médecin de PMI, des assistantes sociales et services de la protection de l'enfance, des psychiatres d'adultes et des pédopsychiatres, avec la nécessité que chacun ait en tête la palette des situations et des modes d'évaluation et d'intervention. Chacun a de ces situations complexes une vue différente selon son point de vue, du côté de l'enfant ou de la mère. Il est important que la formation de ces différents personnels les ait préparés à jouer leur rôle dans ces situations angoissantes. On peut aussi penser qu'un cadre légal plus précis et plus adapté à cette clinique serait utile en France, de façon à systématiser l'évaluation en post-partum, en séparant l'évaluation et l'expertise de la responsabilité thérapeutique. S'il est clair que le plus tôt est le mieux, et que la mise en place d'un réseau effectif autour de la femme enceinte malade mentale réduit les difficultés pédiatriques et obstétricales, comme plus tard la

maltraitance et le risque grave de placement en urgence (15). Cependant, tout ne peut être prévu et c'est bien l'arrivée de l'enfant qui permet seule de juger de la situation, dans son évolution. Les éléments de prévention sont alors essentiels : l'intervention précoce, la prise en compte des éléments trans-générationnels, la recherche des points forts et l'information sur les relations précoces et le développement peuvent jouer un rôle mutatif, et ouvrir un entre – deux jusque là refermé.

Références :

- (1) Report of the General Psychiatry Section Working Party on Post-natal Mental Illness. *Psychiatric Bulletin*, 1992,16 :519-522.
- (2) Brockington, I. *Motherhood and Mental Health* Oxford University Press, 1996.
- (3) Cox, J.L., Holden, J., & Sagovsky, R. Detection of post-natal depression :development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry*, 1987,150 :782-786.
- (4) Appleby, L. Suicide during pregnancy and the first post-natal year. *British Medical Journal*, 1991,302 :137-140.
- (5) Condon, J. The spectrum of foetal abuse in pregnant women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1986,174 :509-516.
- (6) Racamier, P.C. La maternalité psychotique, in 'De psychanalyse en psychiatrie', Paris, Payot, 1979,193-242.
- (7) Bydlowski, M. La transparence psychique de la femme enceinte, in 'Psychiatrie périnatale', Ph. Mazet, S. Lebovici (eds), Paris PUF,1998 :101-110.
- (8) Winnicott, D.W. La préoccupation maternelle primaire, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969 :168-174.
- (9) Cupa, D., Deschamps, H., Michel, F., Genyk, N.,Valdes, L. Les représentations d'une mère psychotique enceinte et la question du tiers, in *Psychiatrie périnatale*, Ph. Mazet, S. Lebovici (eds), 1998, Paris ,PUF,139-156.
- (10) Cassel, D., Coleman, R. Parents with psychiatric problems, in : *Assessment of parenting*, P. Reder et C. Lucey (Eds), Routledge, Londres,1995 :169-181.
- (11) Riley, D. *Perinatal Mental Health*, Radcliffe, Oxford,1995.

- (12) Durand, B. L'hospitalisation mère-bébé, in Guedeney A., Lebovici, S. Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants, Paris, Masson,1997 : 163-176.
- (13) Lester, B., Tronick, E.,Z. The effect of prenatal cocaine exposure and child outcome. *Infant Mental Health Journal*, 1994, 15,2 :107-120.
- (14) Brazelton, T.B. Neonatal Behavioural Assessment Scale (2nd ed), J.B. Lippincott, Philadelphie.
- (15) David, M. Le placement familial. de la pratique à la théorie. ESF, Paris,1989.
- (16) Dugnat, M. L'hospitalisation mère-bébé ; Spirale, 1999,10, Erès.
- (17) Guedeney, A. Fraiberg in Paris. Préface à la traduction française de *Clinical studies in infant mental health. The first year of life* Tavistock publications, 1989. Fantômes dans la chambre d'enfants, Paris, PUF, 1999
- (18) Stern, D.N. Motherhood constellation. Basic Books, NY, 1995. La constellation maternelle, Calman-Lévy,1997.
- (19) Berger, M.
- (20) Berry Brazelton, T., Greenspan, S. I. (2000). *The irreducible needs of children.* Stock-Laurence Pernoud, Paris, 2001.
- (21) Bydlowski, M., Candilis, D. (1998). *Psychopathologie périnatale*, Paris, PUF.
- (22) Chabrol, H.
- (23) Göpfer ; M. Webster, J. (1996). *Parental psychiatric disorder.* Cambridge University Press.
- (24) Gould, S. J. (2002). *Les pierres truquées de Marrakech*, Seuil ,Paris.
- (25) Guyotat, J. (1980). *Mort naissance et filiation.* Masson, Paris.
- (26) Marcé, L.V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.* Baillière, Paris. L'Harmattan, 2001, Paris.

(27) Sibony, D. (1991). L'entre-deux. L'origine en partage. Le Seuil, Paris.

Résumé :Ce travail décrit les modifications psychiques de la maternité et les effets sur les divers types de pathologie mentales. Il insiste sur la nécessité d'un réseau de prévention et de soins périnataux, pluridisciplinaire. Cependant, l'évaluation prénatale ne préjuge qu'en partie du devenir en post natal. La présence effective du bébé permet seule d'évaluer les capacités parentales. Un aménagement de la loi sur la protection de l'enfance pourrait aider à systématiser cette évaluation.

Summary :This paper describes the psychic changes occurring within motherhood and their effects on the various kinds of mental disorders. The necessity of a multidisciplinary preventive and intervention network is emphasised. However, prenatal assessment is not predictive of what will happen postnatally. Only with the birth of the infant will the assessment of parenting begin. Some modification of the infancy and childhood protective regulations could help improving this post natal assessment of parenting ability.