



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 17

Psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent

Pathologies psychiatriques de la
grossesse et du post-partum

Interactions précoces parents-bébé

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de C.GENTILLEAU présenté le 22/04/2024.

Pathologies psychiatriques de la grossesse et du post-partum

Interaction précoces parents-bébé

I. QCMs d'introduction

Au sujet de la dépression du post-partum :

- A. Concerne 5% à 10%
- B. Concerne 15% à 20%
- C. Traitement médicamenteux en première intention
- D. Absence de risque pour le bébé
- E. Toutes les propositions sont juste

Réponse : B

Au sujet de l'interaction mère-bébé :

- A. Importance de l'interaction corporelle
- B. Parole inutile si bébé moins de 3 mois
- C. Le regard n'est pas un lien important avec le bébé
- D. Les compétences neurophysiologiques du bébé sont à l'œuvre dans les interactions précoces
- E. L'état psychique maternel n'impacte pas les interactions mère-bébé

Réponses : AD

II. La parentalité

La parentalité est l'ensemble des processus psychiques de la grossesse et du devenir parent.

- a. Modifications psychiques, clinique de la grossesse

La grossesse est une crise identitaire mais une crise maturative. Il y a une plus grande fragilité émotionnelle et on observe un rapprochement avec ses propres parents.

Dans 1/3 des cas on retrouve des symptômes anxieux, voire dépressifs, troubles psychosomatiques.

- b. Considérations autour du devenir père

Le processus de paternité est une crise identitaire. Le syndrome de la couvade correspond à la prise de poids massive du père lors de la grossesse de la mère.

Chez le père, il y a la question de l'inscription dans une lignée et son soutien est essentiel pour la dyade mère-enfant. Les pères sont plus fragiles au 3ème trimestre.

- c. La naissance : la rencontre avec le bébé

La rencontre avec le bébé est immédiate ou non. La confrontation avec le bébé est d'ordre imaginaire.

Lors d'accouchements traumatiques il peut y avoir des complications médicales parfois. Le vécu des parents (échec, déception, intrusion) aussi présent. Les séparations précoces peuvent aussi être source de traumatisme.

III. Pathologies psychiatriques de la grossesse

- a. Les troubles dépressifs

Ils concernent 5 à 10 % des grossesses. L'examen du 4ème mois est important pour la dépister.

Les troubles dépressifs sont le facteur de risque le plus important de faire une dépression postnatale. En cas de troubles dépressifs, la psychothérapie est en 1ère intention et efficace (transparence psychique de la femme enceinte). On mobilise aussi le réseau familial et psychosocial. Les traitements antidépresseurs sont initiés si besoin.

- b. Troubles anxieux

Les angoisses pendant grossesse sont fréquentes mais elles ne sont pas à ne pas banaliser.

Une grossesse est plus « angoissante » quand il y a des antécédents de deuil périnatal. Le tout est d'aller au rythme de la mère quant à son investissement du bébé. Les situations sont à étudier au cas par cas en pluridisciplinaire.

c. Maladie psychiatriques chroniques équilibrées

Les maladies psychiatriques chroniques sont les schizophrénies, les maladies bipolaires, les troubles schizo-affectifs, les troubles graves de la personnalité. Accompagner les parents est utile pour limiter les décompensations de grossesse et pour préparer et sécuriser l'arrivée du bébé.

Dans l'idéal :

- Consultations pré conceptionnelles
- Pluridisciplinarité et coordination du suivi
- Réflexion thérapeutique au cas par cas
- Information loyale et exhaustive des parents

Les décompensations psychiatriques aiguës ont lieu souvent lors de l'arrêt du traitement. Les symptômes similaires à ceux hors grossesse et les hospitalisations sont souvent sous contrainte. Le but est de réaliser un travail en lien et en réseau, et avec un soutien familial.

d. Vomissements incoercibles

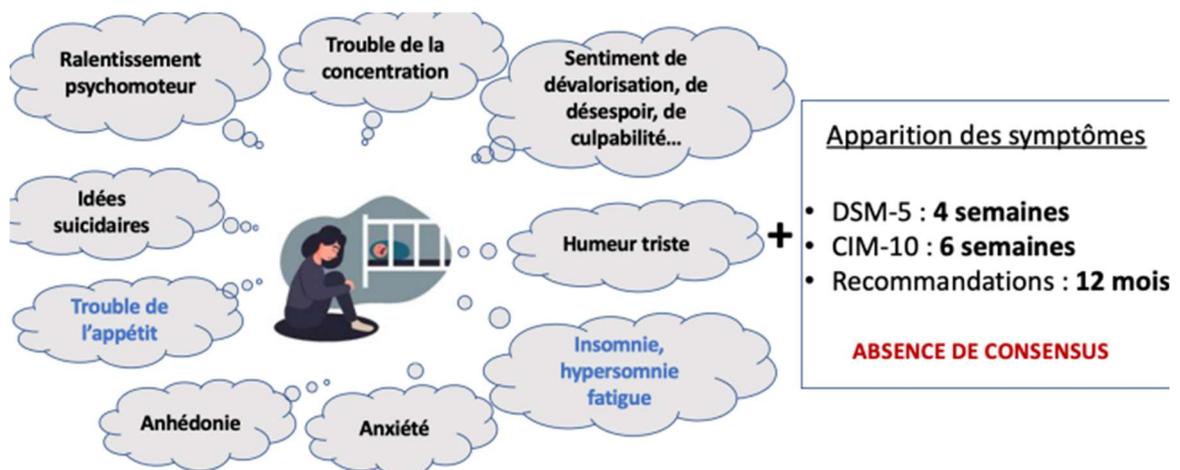
Les vomissements incoercibles sont rares mais impressionnants et difficiles à traiter. Il y a souvent des antécédents familiaux et récidivent à chaque grossesse. Il y a une intrication psychosomatique mais pas psychogènes. Les pathologies médicales et chirurgicales à rechercher.

e. Deni de grossesse

Les dénés de grossesse ne sont pas reconnus comme un « trouble » psychiatrique. Il y a un enjeu médico-légal (infanticides).

Un déni de grossesse est une absence de connaissance de la grossesse au-delà du 4ème mois : par la patiente mais aussi par l'entourage et les professionnels de santé. Il n'y a pas de signes physiques de grossesse.

IV. La dépression du post-partum



a. Généralités

Cette dépression à poser est difficile :

- Période idéalisée : culpabilité de parler de ses symptômes
- Méconnaissance de cette pathologie par les professionnels
- Symptômes similaires à un épisode dépressif mais spécificités liées à la grossesse

b. Baby Blues

La dépression du post-partum est à ne pas confondre avec le Baby Blues :

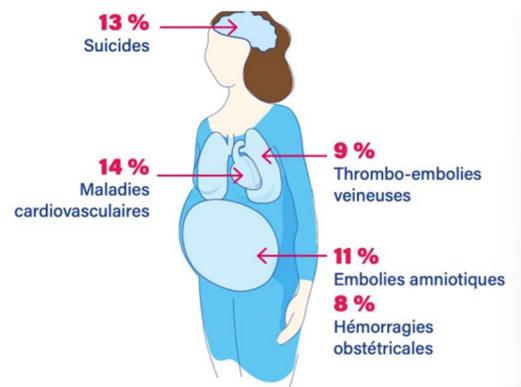
- Ce n'est pas un trouble psychiatrique
- 50 à 80% des femmes selon les auteurs
- Apparaît entre le 3ème et 5ème jour, pic au 3ème jour
- Durée brève : environ 7 jours
- Anxiété, irritabilité, trouble du sommeil, plaintes somatiques, fatigue, labilité émotionnelle
- Pas de traitement médicamenteux, relation avec soignants et mobilisation de l'entourage
- Si aggravation des symptômes, ou persistance > 10 jours : Episode Dépressif Caractérisé

c. Epidémiologie et étiologie

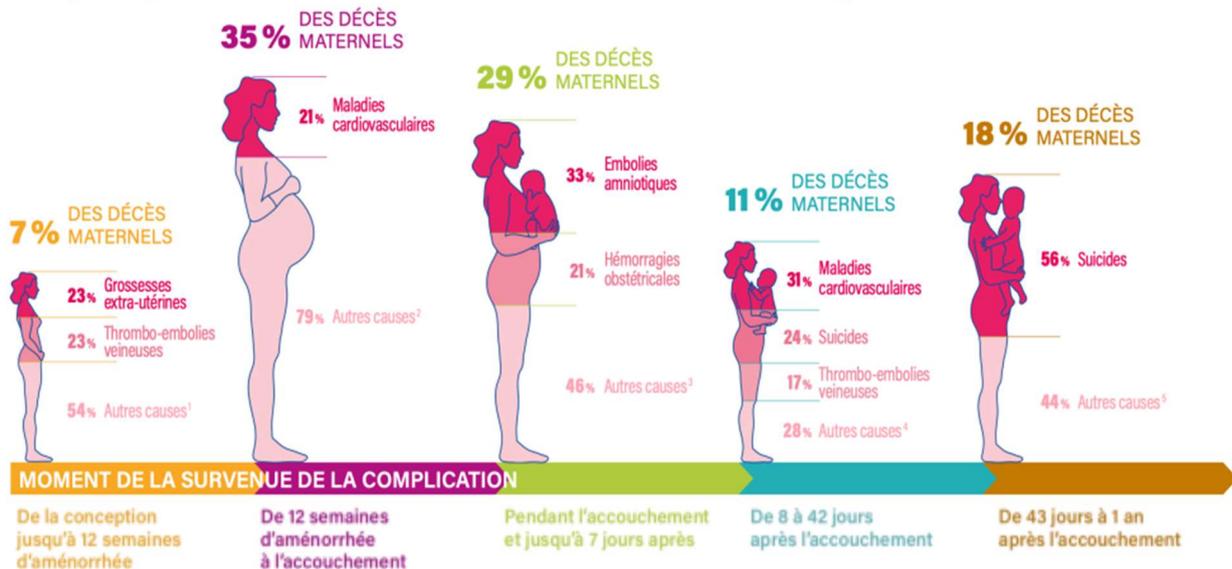
Durant l'année qui suit un accouchement, les femmes sont à risque de dépression. Il ne faut pas hésiter à en parler et consulter.

Les principales causes des décès maternels (de la conception jusqu'à 1 an après l'accouchement) :

- 13% suicides
- 14% maladies cardiovasculaires
- 11% embolies amniotiques
- 9% Thrombo-embolies veineuses
- 8% Hémorragies obstétricales



Les principales causes de décès en fonction du stade de la grossesse



d. Impact sur la relation mère-bébé

Cette relation est complexe et subtile. La communication se fait un mode multimodal. La relation mère bébé est altérée dans 76% des cas.

Communication non-verbale :

- Expressions faciales
- Contact physique
- Gestuelle



Communication verbale :

- Prosodie
- Délai de réponse
- Fréquence du discours
- Affect exprimé

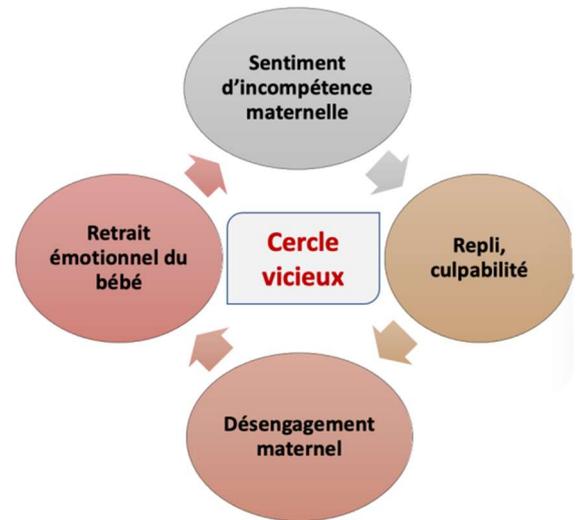
Moins bonne sensibilité aux signaux de son bébé



Réponse maternelle affective moins ajustée



Manque de réciprocité dans la relation mère-enfant



Impact sur le développement à moyen et long terme chez l'enfant

Type d'attachement	Développement cognitif	Développement moteur	Développement mental
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Inséure</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • QI inférieur • Compétences mathématiques (16 ans) • Langage • Garçon 	<ul style="list-style-type: none"> • Motricité globale • Motricité fine 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble du comportement (3ans) • Risque de dépression (18 ans)

e. Psychose puerpérale

La psychose puerpérale concerne 3 personnes sur 1000. La clinique est une Bouffée Délirante Aigue. C'est une urgence thérapeutique, et les hospitalisations sont fréquentes.

Il y a un risque si le délire est centré sur bébé (bébé persécuteur). On maintien du lien médiatisé avec la mère quand cela est possible et il y a un travail à faire avec le père et la famille.

f. Points essentiels

La dépression du post-partum paternelle survient chez 10% des pères. Elle peut se manifester progressivement au cours de la première année de l'enfant.

La dépression maternelle est un des principaux facteurs de risque de la dépression paternelle.

Les variations hormonales en période périnatale chez les pères sont des facteurs de risque biologiques de dépression du post-partum (DPP). La DPP paternelle a un impact familial négatif. Elle serait un facteur de risque de troubles psychoaffectifs, du développement et de l'adaptation sociale chez les enfants, indépendamment de la DPP maternelle. Elle doit être dépistée précocement.

V. Les compétences du bébé

a. Perceptions fœtales

In utero, on remarque une activation de tous les systèmes sensoriels : Sensibilité cutanée, vestibulaire, le goût, l'odorat, l'audition puis la vision.

Le fœtus est capable de discriminer les sons, les saveurs et de s'en souvenir. C'est un « pont » entre la vie avant et après la naissance.

Selon une étude récente, les fœtus suivent les spots lumineux qui ressemblaient à des visages.





b. Capacités proprioceptives et vestibulaires

Le toucher est une composante majeure de l'expérience précoce. C'est un sentiment de contenance et de rassemblement. Il y a des stimuli vestibulaires durant la grossesse (balancement). A la naissance c'est l'apparition de la sensation de pesanteur, ils sont en hypotonie et en immaturité motrice.

c. Capacités olfactives et gustatives

Ils font une discrimination des 4 saveurs primaires. Ils ont une reconnaissance de l'odeur du lait maternel (à partir du 6ème jour). Le bébé associe également une odeur et un échange. → Utilisation des doudous imprégnés, du sucré comme antalgique (NIDCAP).



d. Compétences auditives

Reconnaissance de la voix des parents :

- A partir du 7ème mois in utéro
- Continuité entre le vécu intra et extra-utérin

Le bébé a une sensibilité à la prosodie et l'intonation. Le comportement moteur est modulé par la parole.



e. Compétences visuelles

Les compétences visuelles du bébé :

- Poursuite oculaire
- Distance optimale de 30 cm
- Attirance pour la brillance
- Préférence pour les yeux lorsque regarde un visage
- Suit des yeux les déplacements de sa mère



f. Le nourrisson : compétences motrices

Concernant les compétences motrices, au stade de nourrisson on note des réflexes archaïques : grasping, fousissement, Moro, marche automatique et points cardinaux.

Il y a une hypotonie axiale et hypertonie des membres sans coordination motrice. Les compétences motrices sont étroitement liées au développement psychique

g. Le nourrisson : compétences sociales

Concernant les compétences sociales, le nourrisson a une synchronisation interactive et il apparaît l'imitation dès la 3ème semaine. Il est capable d'interaction dyadique/triadique.

Attention sociale :

- Durant les 6 premiers mois
- Puis intérêt pour l'extérieur, attention "non sociale"



Attention conjointe à 9 mois. Concernant le pointage, le nourrisson en est doté. C'est un pointage proto-impératif et proto-déclaratif.

h. Le travail psychique du bébé : la construction identitaire

Le bébé est un être de communication orienté vers l'adulte. Il nécessite un étayage pour :

- Organiser ses perceptions
- Mettre en forme sa pensée
- Métaboliser ses émotions
- Investir son corps
- Apprivoiser ses besoins

Le travail psychique du bébé se fait par indifférenciation, subjectivation et intersubjectivité. Le bébé a un sentiment continu d'exister et il a besoin d'un contexte de sécurité et de prévisibilité. Dans sa construction psychique intervient la notion de rencontre avec autrui.

VI. Interactions parents-bébé, « le bébé seul, ça n'existe pas »

a. Winnicott et la mère « suffisamment bonne »

Les 3 fonctions de la mère « suffisamment bonne » :

Le « Holding » ou « le portage » est la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychologiquement. Grâce à cela, le bébé a un sentiment continu d'exister.

Le « Handling » ou « le maniement » est la façon dont l'enfant est traité, soigné, manipulé par mère.

Le « Object presenting » ou « représentation de l'objet » est la façon dont est présentée la réalité à l'enfant via son environnement. Cela conditionne les premières relations objectales.

b. Rôle et importance des interactions dans le développement du bébé

Les interactions avec le bébé permettent une harmonisation avec les compétences et le tempérament du bébé : « rêverie maternelle » (Bion) et « accordage affectif » (Stern).

Le « style paternel » est plus tonique. Il permet la stimulation, la socialisation, la différenciation sexuée.

La fonction parexcitante maternelle permet de maintenir le niveau optimal d'excitation permettant le niveau de vigilance optimal du bébé : cycles attention-retrait et sensibilité maternelle, réciprocité (still face)

Le « Manquement maternel » (Marcelli), « L'imitation transmodale » (Tronick) permettent l'émergence de la pensée

c. Rôle et importance des interactions dans le développement du bébé

4 dimensions essentielles de la qualité des soins :

- La sensibilité : Détection des signaux émis par l'enfant / Interprétation adéquate des signaux / Sélection d'une réponse juste et appropriée aux signaux / Application rapide de la réponse sélectionnée
- La proximité : Proximité physique et psychologique avec l'enfant. Aptitude à la proximité en répondant adéquatement aux besoins de l'enfant sans se laisser obnubiler par ses propres besoins.
- L'engagement : Se sentir responsable de sa sécurité, de sa croissance et de son développement, et agir en conséquence. Vigilance envers l'enfant, le soutien à la régulation de ses émotions et la connaissance de ses stades de développement
- La réciprocité : Caractère dynamique de la relation entre l'enfant qui émet des signaux pour susciter une réponse du parent et la sensibilité du parent à y répondre. Sous-tend que la relation ne repose pas uniquement sur les initiatives de l'enfant (manifestations de besoins) et les réponses du parent, mais que chacun des deux amorce des interactions, perçoit les messages de l'autre et y répond.

d. Les outils : clinique et recherche

Les méthodes d'observation des bébés se font seuls ou en interaction avec leur environnement. On peut réaliser 2 situations expérimentales : la Strange situation (voir e.) ou le Still face (Cf vidéo vue en cours).

Grâce à une captation vidéo, on peut réaliser une microanalyse. On décrit les échelles d'interaction et on fait une analyse du vécu transférentiel. Les outils de recherche pour le bébé

- Succion non nutritive
- Eye Tracking
- Mesure des indices de stress
- Imagerie fonctionnelle

e. Strange Situation

Cette expérience a été élaborée par Mary Ainsworth en 1969. Le paradigme expérimental dans le champ de l'attachement veut que les observations soient faites de manière standardisée et en laboratoire.

La strange situation étudie les capacités de l'enfant à utiliser sa mère comme base de sécurité dans un lien non familial où le système d'attachement va s'activer avec une exposition progressive au stress. Les enfants ont entre 12 et 18 mois

Vidéo : « The Strange Situation – Mary Ainsworth » ou <https://www.youtube.com/watch?v=QTsewNrHUUH>

4 types d'attachement :

Type d'attachement	Enfant	Caregiver
Secure	Utilise le Caregiver comme base de sécurité pour l'exploration. Proteste en cas de départ du Caregiver. Recherche sa proximité, est rassuré par son retour, et retourne alors explorer. Peut être rassuré par un étranger, mais montre une préférence nette pour le Caregiver.	Répond de façon appropriée, rapide et cohérente aux besoins.
Evitant	Peu d'échange affectif durant le jeu. Peu ou pas de signe de détresse en cas de séparation. Peu ou pas de réaction visible lors du retour. S'il est pris dans les bras : ignore ou se détourne sans faire d'effort pour maintenir le contact. Traite les étrangers de la même façon que le caregiver	Peu ou pas de réponse à l'enfant stressé. Décourage les pleurs et encourage l'indépendance.
Ambivalent/resistant	Incapable d'utiliser le caregiver comme base de sécurité, recherche la proximité avant que la séparation en survienne. Stressé par la séparation mais de façon ambivalente, en colère, montre de la répugnance à manifester des signes de sympathie pour le caregiver, cherche le contact mais résiste avec colère lorsqu'il survient. Pas facilement apaisé par un étranger.	Incohérence entre des réponses appropriées et d'autres négligentes
Désorganisé	Stéréotypes en réponse, tels que se figer ou faire certains mouvements. Absence d'une stratégie d'attachement cohérente, montrée par des comportements contradictoire et désorientés tel qu'approcher le dos en avant.	Figé ou comportement figeant, intrusif, se tient en retrait, négativité, confusion des rôles, erreurs de communication affective, maltraitance

f. Indices d'un trouble de l'attachement...

Caractéristiques de l'enfant	Comportement d'interaction de l'enfant
Ne regarde pas dans les yeux, le sourire est rare ou absent Ne babille ni ne gazouille pas Se réfugie dans le sommeil ou éprouve des difficultés à dormir Tonus musculaire faible	Refuse que son parent lui donne le biberon, mais l'accepte d'une autre personne Se raidit quand le parent le prend Ne s'intéresse pas particulièrement à son parent

<p>Pleurs fréquents</p> <p>Activités motrices intenses</p> <p>Manies occupationnelles, tendance à se frapper la tête contre les murs</p> <p>Troubles alimentaires (mange peu, pas du tout ou exagérément) et vomissements fréquents</p> <p>Passivité ou inhibition face à l'exploration</p> <p>Irritabilité, pleurs fréquents, crises de colère. Rampe ou marche tardivement.</p> <p>Divers retards de développement : langagier, moteur, social et affectif</p>	<p>Ne cherche pas son parent du regard ou refuse le contact visuel ou physique</p> <p>Ne cherche pas à être consolé par le parent</p> <p>Réagit à la séparation d'avec le parent en ne manifestant que très peu de détresse, ou au contraire en se montrant inconsolable</p> <p>Ne témoigne d'aucune réserve ou prudence à l'égard des personnes étrangères</p>
--	---

g. Les cinq qualités de la clinique du bébé

L'approche clinique se fonde sur l'observation et elle tient compte du contre-transfert. Elle est interactive, situationnelle et historisante.

h. Facteurs protecteurs et bases thérapeutiques

Le maillage réalisé par la société et les soignants et un facteur protecteur pour l'enfant. Le travail doit être idéalement en réseau, en coordination, et avec une sécurité des partenaires.

En revanche, il faut aussi respecter du choix des parents, faire de la valorisation, et de la re-narcissisation.

On cherche une alliance thérapeutique, une continuité, avec une expérience de la fiabilité. La bienveillance des parents et des bébés en hospitalisation est indispensable et il faut lutter contre les idées reçues et avoir une attitude de réflexion dans les services de soins. La place du dépistage et du traitement précoce des situations à risque est importante. On peut aussi penser aux thérapies parents-bébés et aux thérapies médiatisées comme bases thérapeutiques.

