

Focus sur les filières périnatales

Et les bébés dans tout ça ?

JOURNÉE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE et PSYCHIATRIE PÉRINATALE

Vendredi 29 septembre 2023

De quelle « Périnatalité » parle t'on ?

- Période différente pour les gynécologues, pédiatres et psychiatres ?
- Santé périnatale définie par l'OMS sur la période **28 SA - 7 jours de vie**
- Cim 10 : jusqu'à 6 semaines après l'accouchement
- Pour les équipes de psychiatrie périnatale, le « *autour de la naissance* » commence bien plus tôt et termine bien plus tard ...
- Le rapport des 1000 premiers jours (septembre 2020) :
 - **4ème mois aux deux ans**, et de façon plus étendue, **de la période anté-conceptionnelle aux 3 ans de l'enfant**
 - Regard porté sur les enjeux des relations précoces sécurisées, qui participent, sans déterminisme, au bon développement de l'enfant.
 - Concernant la psychiatrie périnatale, les propositions reposent sur la « **Création et renforcement d'équipes spécialisées en psychiatrie périnatale (au moins une équipe /15 000 naissances) coordonnées avec les maternités associant : consultations pluridisciplinaires ante- et post-natale, équipe mobile allant à la rencontre des familles, équipe de liaison en maternité, idéalement une offre de soin institutionnelle (hôpital de jour ou unité d'hospitalisation bébé-parent) »**





RUGBY. Angleterre-France : les Bleus battus par manque de pragmatisme ... L'Obs , février 2013

→ **Pragmatisme anglais** : INVESTIR dans la santé des bébés et des mamans, pour une meilleure santé des adultes de la société de DEMAIN , et réduire des coûts liés à la dépression périnatale (estimés à 8 milliards de livres/an « si on ne fait rien » vs 300 000 / an pour intervenir. Alain Grégoire)

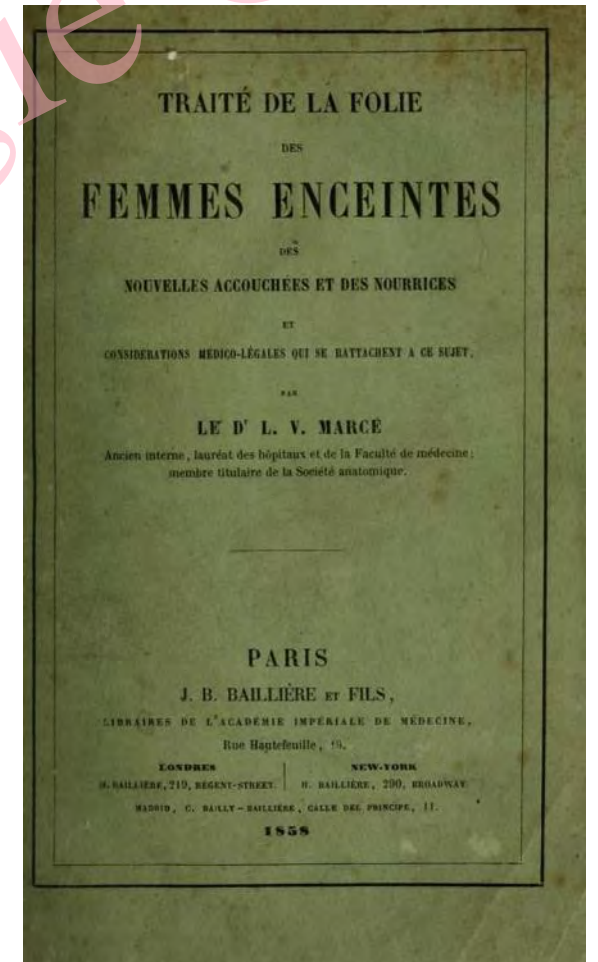
→ **Travailler ensemble**, : équipes de « terrain », coordonnées, expérimentées et suffisamment « solides » pour supporter et soutenir les situations les plus graves.

En France, un pionnier parmi les aliénistes

Louis Victor Marcé

« Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico légales »

- Traité le plus connu de Marcé, publié en 1858
- Nombreuses descriptions cliniques et données statistiques issues de maternités françaises et anglaises
- FDR repérés : fragilités somatiques, atcd personnels et familiaux, perturbation sociales : abandon du père, conflits conjugaux
- 79 observations cliniques détaillées
 - 44 cas colligés de troubles apparaissant dans le post-partum, survenant dans les 10 premiers jours (33 cas) ou vers la sixième semaine.
 - descriptions de mélancolies et d'agitations au cours de la grossesse, et en suite de couche.
 - caractère itératif pour certaines femmes
 - ou au contraire parfois épisode unique
- certaines évolutions favorables après traitement gynécologique (extraction de fibromes par exemple)



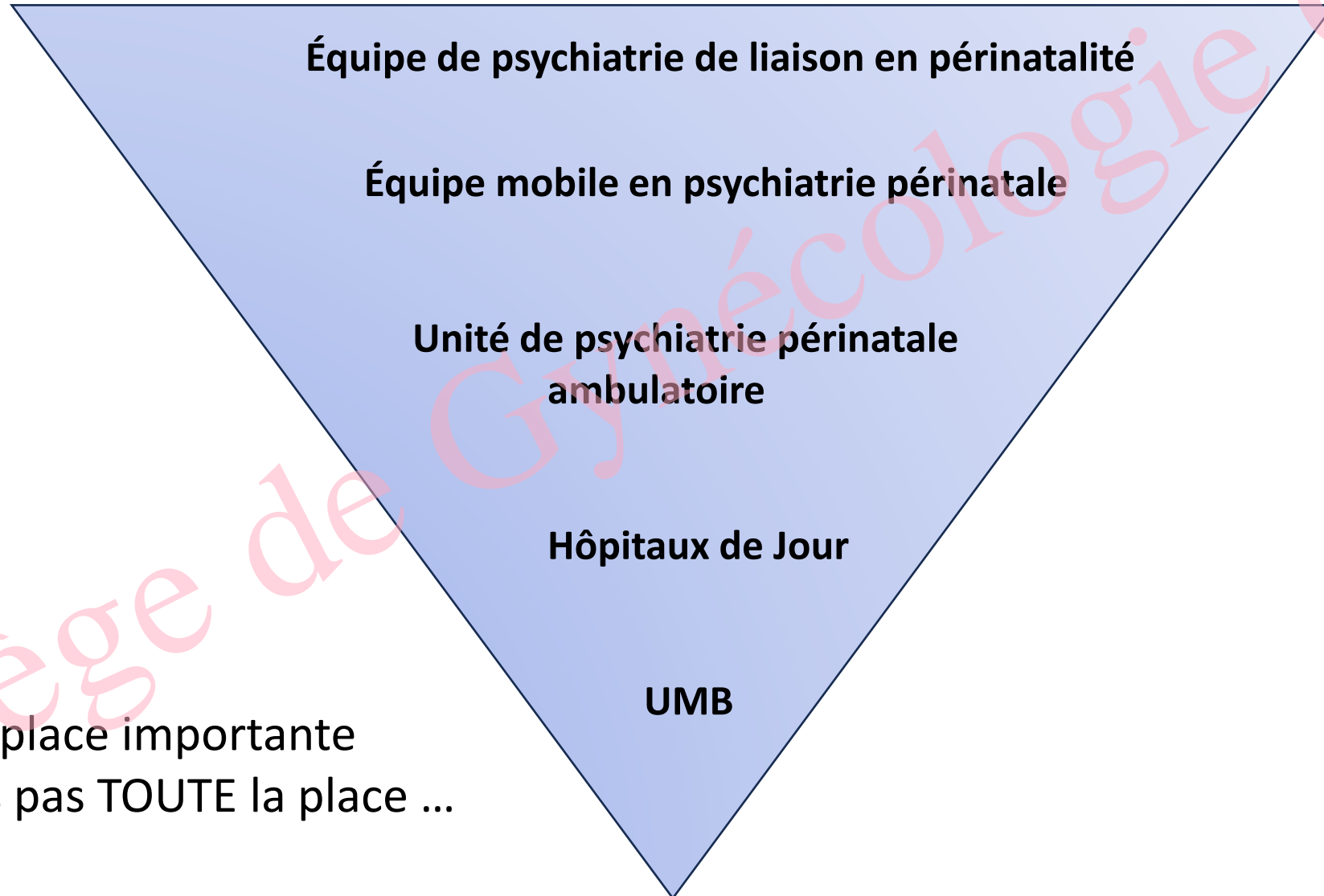
Les premières Hospitalisations « mère- bébé »

- 1948 au Cassel Hospital en Grande-Bretagne, où depuis les années 1920 les services de pédiatrie acceptent la présence des mères auprès de leur enfant
- 1961 : Première hospitalisation en France, sous l'impulsion du Dr Racamier « *La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum* »
- 1979: première unité à Créteil, en psychiatrie de l'enfant
- 1980 hospitalisations conjointes dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Paul Brousse, à Villejuif
- 1985 : une enquête anglaise recense 149 hôpitaux pratiquant l'hospitalisation conjointe avec 294 lits, soit 5,8 lits/million d'habitants. Chaque année 1 209 admissions sont effectuées, soit **1,9 pour 1 000 naissances**

Unités Mère Bébé : les indications

- L'amélioration des dysfonctionnements dans les interactions précoces et le développement du lien d'attachement
- La prise en charge de trouble psychiatrique maternel modéré à sévère en évitant la séparation totale avec l'enfant
- Moins cité, le motif pédiatrique, devant des signes de souffrance du bébé
- Hospitalisation de la **femme enceinte** (décompensation parfois mélancolique, ou pour préparer une hospitalisation conjointe)
- **Dimension préventive** pour l'établissement des premiers liens – hospitalisation programmée en anténatal
 - Une femme ayant déjà des antécédents de dépression périnatale sévère
 - Une femme avec parcours de carences et placements (pour elle ou ses premiers enfants)
 - Une femme présentant une pathologie mentale chronique (schizophrénie) ou à risque de décompensation (bipolaire)
- L'hospitalisation conjointe n'a pas pour objectif de forcer enfant et mère à vivre ensemble. Au contraire, elle permet parfois de reconnaître les limites maternelles ou parentales, et d'organiser si nécessaire une séparation

Place des UMB dans la filière



Une place importante
Mais pas TOUTE la place ...

Dispositifs nécessaires : gradués, coordonnés

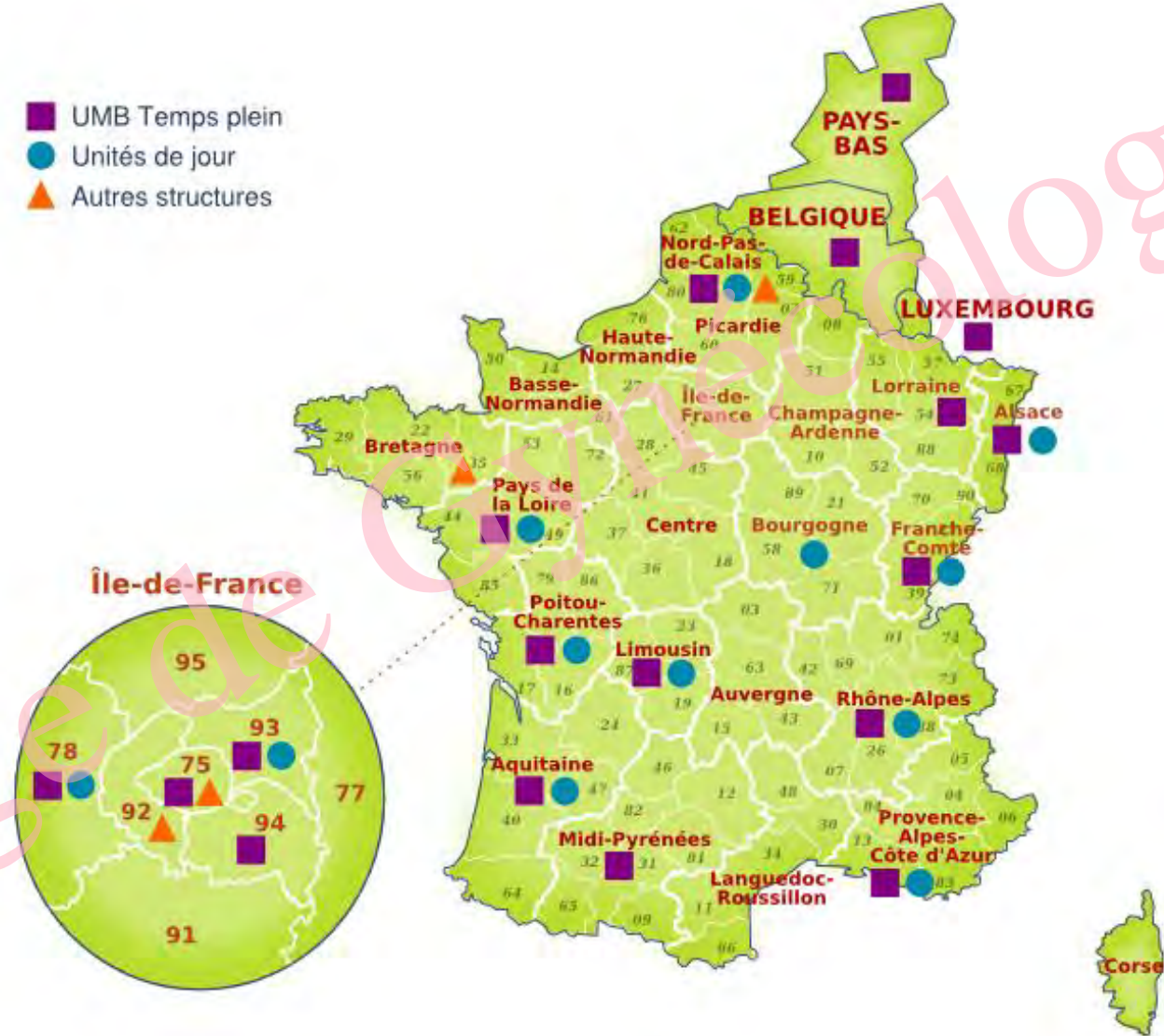
- **Équipe de psychiatrie de liaison en périnatalité**
 - En appui des équipes et des psychologues des maternités et des services de réanimation pédiatrique- néonatalogie
 - Liens privilégiés avec les sages femmes
 - Participation aux staffs MPS
 - Lien avec la psychiatrie de secteur, la PMI, la médecine de ville
 - Repérage dès la grossesse et Post partum immédiat
- **Équipe mobile en psychiatrie périnatale**
 - Intervention spécialisée et précoces
 - Faciliter l'accès aux soins des plus vulnérables
- **Unité de psychiatrie périnatale ambulatoire**
 - Consultations parent enfant et soins spécialisés pour les dyades/triades ou en groupe thérapeutique
- **Hôpitaux de jour**
 - Soins conjoints intensifs
- **UMB**
 - Évitable si tout le reste est en place ?

Spécificités de la psychiatrie périnatale, une psychiatrie du lien

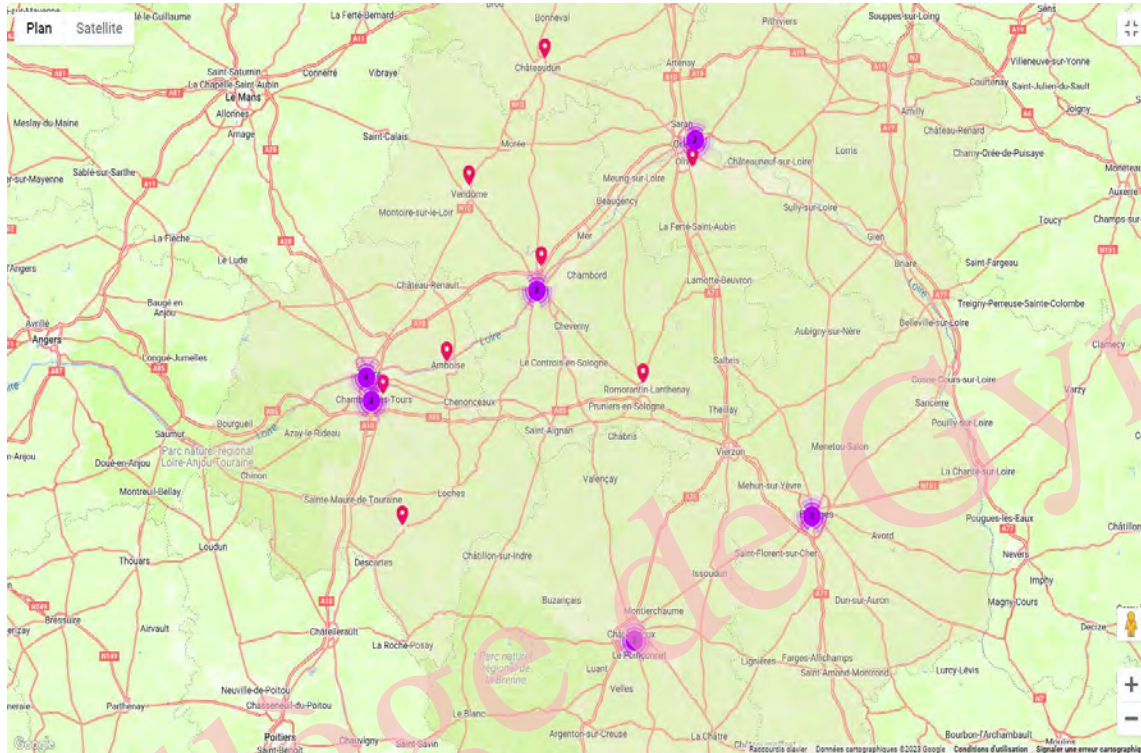
- **Propose des soins conjoints, relationnels, tout en s'appuyant sur des compétences spécifiques du côté du bébé, et du côté du parent**
- Les soins ne seront donc pas spécifiques à une pathologie maternelle mais répondront à une indication pour la dyade ou la triade
- Même si une prise en charge spécifique maternelle est nécessaire, elle peut être perçue comme « indirecte » sur la relation.
- Objectifs : meilleur accordage parent-bébé, plaisir relationnel pour le parent et son enfant, soutenir un regard positif du parent sur son enfant et lui-même en tant que parent
- **Rapidité d'intervention**

Cartographie en France

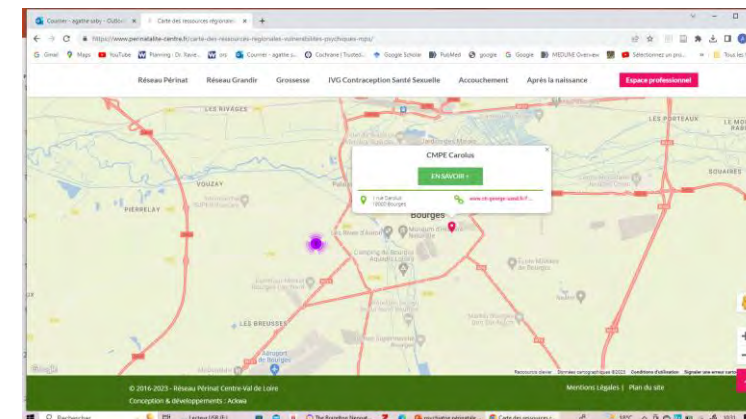
- UMB Temps plein
- Unités de jour
- ▲ Autres structures



Cartographie de la région Centre Val de Loire



- Enquête récente sur les staffs MPS
 - Budget dédié dans chaque maternité de la région
 - Poste dédié à la coordination régionale
- Des lieux de soins conjoints pour chaque département



Étude récente « mesurant » dépression et anxiété en France , à 2 mois du PP chez 7133 femmes (Doncarli issue de l'Enquête Nationale Périnatale 2021) : Disparité régionale - scores > à la moyenne nationale en Région Centre val de Loire

Et les bébés dans tout ça ...?

Collège de Gynécologie CVL

Histoire du côté des bébés

Les méfaits de la privation de soins maternels



René Spitz
Concept d' Hospitalisme et
dépression anaclitique
Années 20 – puis travaux aux USA



Donald Winnicott
Concepts de défense maniaque,
d'objet transitionnel, de faux self
De préoccupation maternelle primaire
Mères suffisamment bonnes
« un bébé en lui-même n'existe pas »

1939

Lettre dans le British Medical Journal, de Winnicott, Bowlby et Miller
Évoquent des troubles majeurs chez des enfants évacués de 2 à 5 ans.



John Bowlby
1951
Théorie de l'attachement

Ce que nous apprend l'observation des bébés

- Travaux de T Berry Brazelton

The Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale (BNBAS) 1977

- Comment le bébé se protège de stimulations « intrusives »
- Variabilité interindividuelle des nourrissons



- Liens « compétences » du nouveau né – dépression post natale ?

« Newborn behavior and risk of **postnatal depression** in the mother, AL Sutter- Dallay, L Murray (2003)

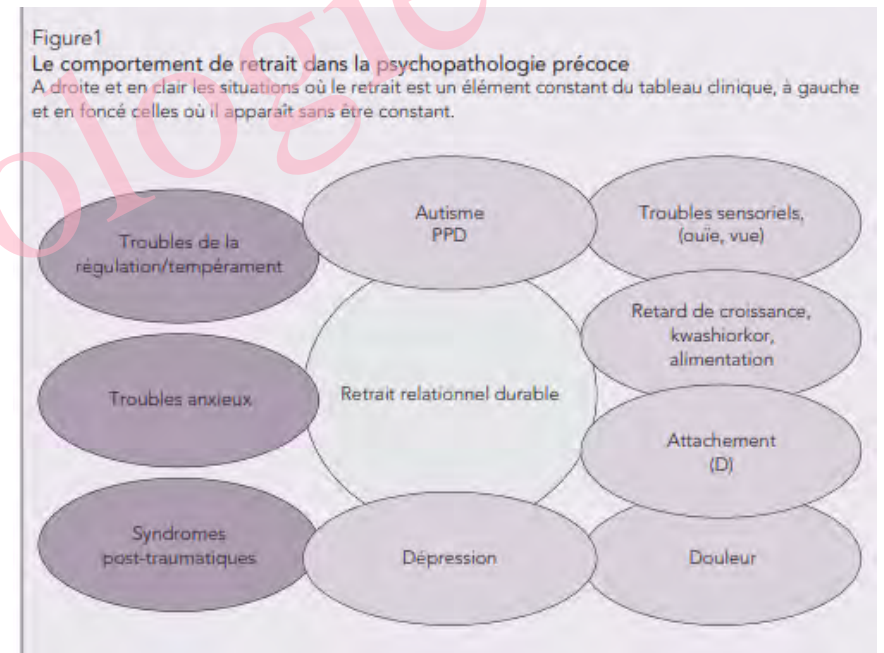
Étude sur 500 dyades – BB évalués à J3 - mères évaluées à 6 semaines PP

→ Items cotent l'orientation de l'enfant corrélés à un risque plus élevé de DPN
(orientation vers objet inanimé et animé (voix visage))

- « Pour une réhabilitation de la notion de tempérament du nourrisson » Mylène Hubin-Gayte , PUF
«Enfance » 2007

Signes de souffrance du nourrisson

- Retrait relationnel
 - Concept développé face à un défaut de consensus sur la dépression du nourrisson
 - Plus large, permet de repérer des « bébés à risque »
- L'échelle ADBB: intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement
- L'échelle comporte 8 items cotés de 0 à 4 :
 - expression du visage
 - contact visuel
 - activité corporelle
 - gestes autocentrés
 - vocalisations
 - vivacité de la réponse à la stimulation
 - capacité d'entrer en relation
 - capacité à attirer l'attention



Extrait de « L'échelle ADBB: intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant »
A Guedeney et M Vermillard (2004)

Objectif principal de la psychiatrie périnatale : Soigner les bébés en soignant les « caregivers » ?

- Du soutien à la parentalité aux soins plus intensifs des relations parent- bébé
- Suivi spécifique dès la grossesse chez une patiente ou couple, présentant une maladie mentale chronique et stabilisée
- Troubles psychiatriques maternels, décompensant de manière spécifique à cette période
- Soutenir le développement des nourrissons fragiles (prématurés, post termes etc...)
- Décompensation des pères (anxiété, dépression, difficultés dans les liens)
- Réaction de la fratrie, face à la décompensation parfois très grave d'un ou des parents. rôle de repérage, accompagnement voire orientation.
- Travail avec les familles, soutien des grands parents quand ils sont en première ligne
- Travail avec les partenaires (ASE, centres d'accueil maternels, etc ...)

Et les gynécologues obstétriciens
dans tout ça ...?

Collège de Gynécologie CVL

Repérage et prévention

- **Accouchement**

Avis spécialisé psychiatrique devant un sentiment d'étrangeté, de déréalisation

Proposer en systématique une consultation « psy » pour les femmes séparées brutalement de leur bébé (transfert en réanimation par exemple) ?

- **Post partum immédiat**

Attention au baby blues trop marqué ou qui se prolonge

Accouchement traumatique pour une femme : ne correspond pas toujours aux critères obstétricaux

Rôle des psychologues dans les maternités pour évaluer et accompagner les premiers liens, la rencontre des parents avec leur bébé

- **Sommeil**

Explorer la piste d'une dépression chez toute femme enceinte qui se plaint d'insomnie

Repérer l'insomnie sans fatigue en post partum immédiat : proposer une surveillance du bébé par l'équipe de nuit, ne pas hésiter à introduire un anxiolytique compatible avec l'allaitement ou hypnotique si surveillance du bébé possible (prescription brève)

Repérage et prévention

- **Femmes enceintes**

DPP démarre en anténatal une fois sur 10 (au minimum).

→ on devrait parler de Dépression Périnatale

→ ne pas attendre le post partum pour confirmation diagnostique !

- Mieux repérer les femmes à risque

- Fdr psychosociaux
- ATCDS personnels et familiaux de troubles de l'humeur

- Solliciter staff MPS

- Penser aux équipes de psychiatrie périnatale ambulatoires ou de liaison

- Hospitalisation en service de grossesse pathologique coordonnée avec la psychiatrie de liaison si aucune unité disponible ? Lits dédiés en service de psychiatrie adulte ?

Exemples du HOPE suivi des femmes enceintes

- 4 patientes hospitalisées à HOPE pour des troubles psychiatriques graves apparaissant pendant la grossesse
 - 2 mélancolies délirantes
 - TAG-dépression sévère et TAG +TCA -> pas de poursuite de l'hospitalisation mère enfant en PP (retour à domicile et soins ambulatoires)
- 2 patientes déjà suivies sur secteurs de psychiatrie adultes :
 - Patiente schizophrène : hospitalisation programmée en PP – retour progressif au domicile – travail avec la famille – évolution favorable du côté du lien, du développement de l'enfant et de stabilité de la mère
 - Patiente borderline : suivi HDJ et brève hospitalisation (1 semaine) pendant la grossesse : poursuite HJD en PP, implication du mari , évolution favorable dans le lien, bb et mère
- 1 patiente hospitalisée en psychiatrie adulte (hors région, pour décompensation délirante, entrée dans une schizophrénie probable) transférée en post partum pour poursuite des soins
 - Évolution favorable, retour
- 1 patiente suivie fin de grossesse (suivi de secteur arrêté pdt grossesse TBL et TBL comorbide, tableau décompensé sur le plan thymique +++)
 - -> suivi HDJ seulement, évolution favorable dans le lien avec l'enfant
- 2 patientes hospitalisées à Hope en fin de grossesse avec projet d'hospitalisation PP dans un contexte de grande vulnérabilité psycho sociale
 - Un placement à la demande du couple devant difficultés éprouvées et anxiété persistante face au bébé
 - Un transfert en centre parental à la demande de la maman

Références

Sutter-Dallay A.-L., Guédeney N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-20, 2010.

Louis-Victor Marcé (1828-1864), les débuts de la psychiatrie périnatale, Un parcours et un destin météoriques, [Jean-Pierre Luauté](#), [Thérèse Lempérière](#), [Jean Garrabé](#) Dans [Devenir 2010/4 \(Vol. 22\)](#), pages 339 à 359

Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. J Affect Disord 1995;33:11-22

Why Mothers Die 2000–2002- The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom Director and Editor Gwyneth Lewis MSc MRCGP FFPH FRCOG Clinical Director James Drife MD FRCOG FRCPEd FRCSEd

La psychose puerpérale: un modèle du concept de vulnérabilité génétique? [Philip Gorwood](#), [V. Kessler](#)
Dans [Devenir 2002/1 \(Vol. 14\)](#), pages 17 à 26

L'échelle ADBB: intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. A Guédeney et Vermillard, 2004



Merci pour votre attention