

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=DEV&ID_NUMPUBLIE=DEV_072&ID_ARTICLE=DEV_072_0081

Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum : stratégies préventives pour un travail en réseau

par Joëlle ROCHETTE et Denis MELLIER

| Médecine & Hygiène | *Devenir*

2007/2 - Volume 19

ISSN 1015-8154 | pages 81 à 108

Pour citer cet article :

— Rochette J. et Mellier D., Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum : stratégies préventives pour un travail en réseau, *Devenir* 2007/2, Volume 19, p. 81-108.

Distribution électronique Cairn pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Clinique

Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum : stratégies préventives pour un travail en réseau¹

The transformation of the dyadic sufferings for the mother and his baby in the first year post-partum : preventive strategies for working in network

Joëlle Rochette² et Denis Mellier³

L'organisation de l'accueil des parents et des bébés en post-partum immédiat, dès la sortie de plus en plus précoce de la maternité, est un véritable enjeu de santé publique qui vise autant à prévenir les troubles thymiques maternels (Glangeaud [14-15], Chabrol [8], Poinso [40]) et leur répercussion délétère bien connue sur le développement du bébé (Murray [36-37], Marcelli et Nadel [28], Tronick [51]) qu'à soutenir l'établissement des premiers liens. Une étude récente [39] sur le traitement de la dépression maternelle conclut sur l'importance de prendre simultanément en compte les besoins du bébé, de la mère et de leur relation. Le travail en réseau [11, 34] devrait permettre d'associer ces deux types complémentaires actions, en direction des parents et envers les bébés.

En développant une perspective plus intersubjective ou groupale de la souffrance nous ferons l'hypothèse que les dispositifs en réseau doivent avoir une fonction de contenance de souffrances très primitives qui peuvent parfois s'actualiser indifféremment du côté de la mère ou du côté du bébé ou encore dans l'interaction. Au-delà de la spécificité de tel ou tel dispositif pertinent pour cette période du post-partum, nous voudrions mettre l'accent sur leur nécessaire articulation entre les institutions, celles en charge de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) comme celles concernée par la Psychiatrie Périnatale.

¹ Ce travail est issu d'une recherche conduite pour le Comité Scientifique de la Recherche de l'Hôpital le Vinatier 95, bv Pinel 69677 Lyon-Bron Cedex, avec la participation du Conseil Général du Rhône et en collaboration avec le Centre de Recherche en Psychologie et Psychopathologie Clinique de l'Université Lyon 2.

² Psychologue clinicienne. Centre Thérapeutique Parents-Bébé. Secteur 69i01, Hôpital Le Vinatier, Service du Dr P. Coulet, 12, rue de Cuire, F-69004 Lyon
Psychanalyste, Maître de conférences associé. Centre de Recherche en Psychologie et Psychopathologie Cliniques (CRPPC) EA 653 Université Lumière Lyon 2, CRPPC, C.P. 11, F-69676 Bron Cedex
joellerochette@aol.com

³ Maître de conférences HDR, Psychologue clinicien Centre de Recherche en Psychologie et Psychopathologie Cliniques (CRPPC) EA 653 Université Lumière Lyon 2, CRPPC, C.P. 11, F-69676 Bron Cedex
denis.mellier@univ-lyon2.fr

Problématique groupale et souffrances diffuses

Particularités de la période du post-partum

La période périnatale est caractérisée par une porosité provisoire des frontières psychiques tant du point de vue de chaque sujet (l'intrapsychique) qu'entre les protagonistes parents, fratrie et bébé, dans l'intersubjectivité. Du point de vue de la nouvelle mère et du nouveau père, Bydlowski [5] parle de la transparence psychique qui leur laisse pour un temps encore après la grossesse un accès inédit aux motions inconscientes et aux parts les plus enfouies de leurs psychismes. Athanassiou [1] développe le constat, à partir de la clinique du post-partum immédiat rapporté par des « observateurs attentifs » de bébés dans leur famille, d'une « crise d'identité précoce » que traversent la mère et aussi le père (Aubert [2]). Le bébé quant à lui dépend entièrement des soins qu'on lui prodigue et ne peut sans doute pas distinguer en continu ce qui vient de lui et ce qui vient de son objet-environnement, même si Stern [50] parle déjà chez le nourrisson d'un « soi émergent ». Entre les sujets autour du bébé, même « branle-bas de combat », chacun voit sa place remise en question (Bick [4]), problématique évidente dans la célèbre jalousie fraternelle décrite par Freud comme un prototype de l'attachement exclusif.

Cette période contient à la fois un fort potentiel (ré)organisateur pour chacun mais aussi des facteurs de risque importants du point de vue de chaque sujet et de l'ensemble du groupe familial. Les difficultés précoces liées à la néoténie, à l'inorganisation psychique du nouveau-né, à la rencontre de cet archaïque par les parents peuvent prendre des formes transitoires et spontanément résolues dans l'issue d'une crise développementale maturative. Mais elle peut aussi venir obérer la naissance psychique du bébé et le processus de parentalité, entraver les premiers liens. La naissance d'un bébé par l'excès des charges pulsionnelles, par l'enjeu de la transmission de la vie psychique entre les générations, peut mettre à l'épreuve le pare-excitation du sujet et celui de la psyché familiale, entraînant un traumatisme ou « une traumatose familiale » (Carel [6-7]).

Avant que ne se construise le lien et au fondement de celui-ci, existe aussi une *souffrance familiale primitive* non mentalisée non psychisée. Ce type de souffrance, en deçà « d'une angoisse signal » (Freud [13]) qui mobiliserait clairement le sujet, se caractérise par des tensions émotionnelles (Mellier [30-32]), une labilité de la symptomatologie et une diffusion de signaux difficilement décodables pour les soignants. Ce sont ces ten-

sions qui font le quotidien de la pratique en périnatalité, avec plus ou moins d'intensité. Les professionnels dans les réseaux doivent ainsi accompagner «la crise de la naissance» et «le travail de nativité» pour l'ensemble du groupe familial autour du bébé en étant particulièrement attentifs aux signes ou indices des «souffrances familiales primitives» génératrices de destructivité et de déliaison.

Hypothèse sur l'efficience des dispositifs

Nous faisons l'hypothèse qu'un dispositif interinstitutionnel qui permet d'articuler la prévention primaire avec la prévention secondaire puis avec le soin psychothérapique a une incidence sur la résolution d'une période critique dans le post-partum et sur la métabolisation de la «crise de naissance», au fil de la trajectoire de la dyade dans la première année de vie du bébé :

- Observe-t-on une diminution significative des signes de souffrances chez les dyades qui sont passées par le dispositif articulé PMI/Psychiatrie périnatale ?
- Peut-on distinguer une meilleure résolution de la crise de naissance chez les dyades cliniques en post-partum immédiat et pour lesquelles il y a eu observance des soins, que chez les dyades cliniques en post-partum immédiat mais qui n'ont pas adhéré à l'offre de soin ?

Cette double hypothèse, sur l'efficience générale du réseau et sur l'efficience plus spécifique des dispositifs de traitement thérapeutique de la souffrance, nous amènera très légitimement à nous interroger à ce qui a valeur de signes de «souffrances primitives» et qui devrait permettre d'aider les soignants pour une orientation précoce des dyades à risque vers un soin psychique, dans une visée de prévention et de traitement des souffrances dyadiques.

Nous procéderons en trois parties : l'exposé de notre méthodologie avec les dispositifs et outils de la recherche, l'évaluation de l'efficience du dispositif praticien, puis, enfin, une discussion des signes d'appel sur lesquels les soignants peuvent s'appuyer pour remplir leur mission.

Méthode et dispositif

Option méthodologique

La méthodologie de cette recherche repose sur une articulation très étroite de la démarche scientifique du recueil des données et des dispositifs praticiens. Si la recherche s'appuie sur des méthodes spécifiques

d'évaluation, ces méthodes s'inscrivent très directement dans des dispositifs de soins qui ont été mis en place avant cette recherche et qui sont bien sûr destinés à se poursuivre au-delà de sa clôture. Ce montage de la recherche permet de maintenir à la fois les critères classiques de la scientificité, qui supposent une extériorité des méthodes de recueil des données, et les critères plus spécifiques de la logique de la clinique qui supposent un respect de la démarche clinique initiale. Nos outils conjureront ainsi le regard en extériorité qu'apportent les tests ainsi que les évaluations des praticiens. Le processus d'efficience des dispositifs sera étudié *per se* : nous mettons ainsi l'accent sur sa spécificité de manière à ce que des comparaisons puissent ensuite être éventuellement réalisées avec d'autres dispositifs. Cette recherche s'apparente ainsi à une recherche-action dans la mesure où les professionnels concernés par les enjeux de la pratique participent de plain-pied à l'équipe de chercheurs ; elle s'en distingue car elle n'a pas eu comme visée la création, par son action, d'un dispositif praticien. Le dispositif praticien préexistant à la recherche s'est poursuivi durant celle-ci et au-delà.

Dispositif praticien et dispositif de recherche, leur sens clinique

Nous décrivons le dispositif praticien qui sera le support de la recherche et le sens que celui-ci a pour accueillir et transformer les souffrances présentes dans le post-partum.

Le dispositif interinstitutionnel psychiatrie périnatale/équipe de santé primaire PMI a été mis en place à l'initiative du secteur de pédopsychiatrie en collaboration avec la Protection Maternelle et Infantile de l'arrondissement. La création en 2000 d'un Centre Thérapeutique Parents-Bébé (CATTP) par le secteur de pédopsychiatrie correspondait à la mise en application de la circulaire de 1992 qui recommandait que les actions de prévention et de soin en faveur des nourrissons et des parents se développent et se diversifient *sous forme d'offres* et pas seulement en attendant une demande de soin dont on sait qu'elle reste difficile à formuler dans la période de mutation et d'intense remaniement du post-partum. Il s'agit d'une pratique en réseau mettant à contribution une collaboration directe du secteur « psy » engagé en périnatalité et des soignants de première ligne (puéricultrices, médecins de la Protection Maternelle et Infantile). *Dans ce dispositif interinstitutionnel « en gigogne » l'activité se décline de la prévention primaire à la prévention secondaire et aux soins psychiques proprement dits*, en trois entités distinctes pensées en emboîtement ou en gigogne (Rochette *et al.* [46-47]) :

1. Dans le champ de la prévention primaire : *La permanence pesée hebdomadaire*, à la PMI, fréquentée par les bébés et leurs parents dès leur sortie de la maternité, animée par les puéricultrices de la PMI en présence d'un soignant du secteur de pédopsychiatrie.
2. Dans le champ de la prévention secondaire : *Des groupes de présentation de bébés* proposés, selon les modalités d'une thérapie brève groupale, dans le post-partum immédiat aux dyades qui fréquentent la pesée et qui présentent un faisceau de facteurs de risque dans l'établissement des premiers liens. Ces groupes se déroulent en PMI et sont conduits par le médecin de PMI et un soignant psychologue de pédopsychiatrie (Rochette [44]).
3. Dans le champ du thérapeutique : Toutes les activités classiques d'un Centre Thérapeutique à Temps Partiel : *Thérapies conjointes mère/père/bébé d'inspiration psychanalytique*, groupes thérapeutiques à médiation autour des rythmes et comptines ou à médiation corporelle..., hospitalisations de jour avec accompagnement de la dyade dans les gestes relationnels et le maternage, visites à domicile des soignants.

Pesées et «groupes de présentation de bébés» sont pensés dans une optique où prévention et soin sont en continuum plus qu'en césure et où «prévenir c'est déjà soigner». Ce dispositif d'accueil des bébés et des parents à la sortie de la maternité s'est montré un formidable observatoire des problématiques particulières du post-partum immédiat.

Le dispositif de recherche s'applique à ce réseau. Selon l'utilisation par les dyades des différents niveaux de cette organisation des soins – de la prévention primaire à un engagement thérapeutique à plus ou moins long cours – nous distinguons quatre «paliers» que nous déclinons de D1 à D4 :

- D1 le simple passage par la pesée ;
- D2 une attention renforcée de la PMI pendant le post-partum immédiat avec des visites à domicile des puéricultrices ou encore une incitation à venir plusieurs fois par semaine à la PMI ;
- D3 le passage des dyades par au moins un élément du dispositif thérapeutique ;
- D4 l'utilisation par la dyade mère-bébé de l'ensemble des propositions thérapeutiques dont nous disposons.

Méthode et outils d'analyse

Nous avons choisi *une évaluation plurifocale aux quatre temps de l'étude* (Post-Partum Immédiat (PPI), 3 mois, 6 mois, 1 an) pour prendre en compte la complexité de la situation dyadique où chaque élément interagit sur et avec les autres. Cette évaluation permet d'approcher la réalité somato-psychique de la mère (de son environnement et étayage affectif: père du bébé, mère de la mère, etc.), celle du bébé et l'interaction entre mère et bébé.

Les outils utilisés

Trois outils plus objectivants permettent d'évaluer la situation psychique de la mère, du bébé ou de leur interaction :

1. L'état thymique maternel est évalué avec l'*Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS) de John Cox [9]. Par commodité, nous avons retenu une note seuil à 10 en Post-Partum Immédiat (score conseillé par Guedeney *et al.* [21] en France dans une visée clinique et préventive) comme pour la suite de l'étude jusqu'à un an Post-Partum (dépouillement de 208 questionnaires). Un entretien clinique d'exploration est proposé si le score est positif.
2. L'éventuel retrait du bébé est évalué avec l'*Alarme Détresse Bébé* (ADBB) de Antoine Guedeney [20]. Nous avons suivi les prescriptions de l'auteur en matière de seuil de validité: note supérieure ou égale à 5. Une équipe formée, constituée de soignants de PMI et de pédopsychiatrie, cotait à partir de chaque film de consultation (cotation de 156 films).
3. La qualité de l'interaction est cotée grâce à l'échelle *Pediatric Infant Parent Examen* (PIPE), adaptée à l'examen pédiatrique de routine et élaborée par B. Fiese *et al.* [12]. A la fin de la consultation le médecin propose à la mère de jouer quelques minutes avec le bébé «comme ils le font à la maison». Cette séquence est filmée. L'observation de l'interaction se fait en trois temps: le démarrage du jeu, le maintien et l'entretien du jeu et enfin l'arrêt du jeu afin d'évaluer la tonalité de l'engagement interactif. Pour cette échelle nous avons gardé deux degrés de cotation, + lorsque l'interaction pouvait être qualifiée de problématique, ++ lorsque celle-ci était très problématique. Selon le même principe, l'équipe mixte PMI Pédopsychiatrie en charge de cette cotation travaillait en différé sur les films de jeux libres tournés à l'issue de la consultation d'un an des bébés (cotation de 52 films).

La situation de la dyade est également évaluée par les praticiens et chercheurs au début de l'étude et à sa fin d'une manière plus « subjective » :

1. L'*Echelle Visuelle Analogique* (EVA), basée sur le ressenti contre-transférentiel subjectif des puéricultrices, a été pratiquée en PPI après un temps préalable de travail qualitatif clinique sur les pesées à partir de la méthode d'observation d'Esther Bick du nourrisson (noté *IO* pour *Infant Observation*).

Comme nous l'avons précisé, une observatrice – soignante en pédopsychiatrie – se rendait chaque semaine à la PMI pour les pesées, puis établissait un compte rendu écrit qui était ensuite travaillé en séminaire avec un analyste formé à la méthode. Ce travail de sensibilisation préalable à la recherche a permis l'établissement d'une culture commune et d'un échange des pratiques entre équipes de PMI et de pédopsychiatrie. Il s'agit de répondre à la question : « Quel degré d'inquiétude ressentez-vous à l'égard de cette dyade ? », en plaçant un point sur une ligne délimitée par deux bornes de 0 à 10. Pour cet item, la note seuil était de 5 sur une échelle de 10. Nous cotions + entre 5 et 7,5 et ++ entre 7,6 et 10 de manière à garder la nuance d'une situation alertante ou très alertante. Ces signes de sévérité sont toujours repérés dans une perspective dynamique développementale et jamais dans une visée défectologique figeante.

2. Un entretien clinique, à l'issue de la trajectoire d'un an, a pu être réalisé par la psychologue ou la pédopsychiatre du Centre thérapeutique Parents-Bébé pour chaque dyade, souvent en présence du père du bébé, permettant une évaluation qualitative des éventuelles souffrances dyadiques et leur mode de transformation et de résolution. Cet entretien a permis une correction qualitative, des compléments anamnestiques et des précisions précieuses concernant la dynamique familiale, le fonctionnement psychique des parents et du bébé et les scénarii inconscients de la parentalité (Manzano, Palacio Espasa [26]). Nous avons utilisé ce matériel clinique dans l'étude détaillée de certaines trajectoires (52 entretiens cliniques).

Les outils plus « objectivants » que sont les tests sont ici croisés avec des évaluations plus « subjectivantes » car issues de la pratique et de l'expérience clinique des praticiens. Le regard en extériorité que proposent les tests est accompagné d'une approche plus clinique. Nous verrons comment ces deux points de vue se renforcent.

Les périodes d'évaluation et le principe de cotation

Chaque item reçoit une cotation en fonction des critères spécifiques de l'échelle [Tableau 1].

Tableau 1. Les échelles de cotation utilisées.

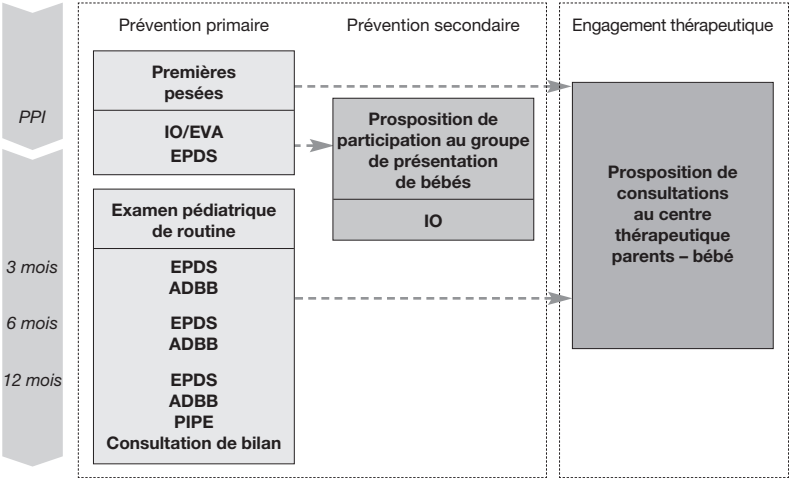
	EPDS	ADBB	PIPE	EVA
+	> ou = 10	> ou = 5	> ou = 5	> ou = 5
++	/	/	> 9	> 7, 5
-	< 10	< 5	< 5	< 5

Nous pratiquons ces évaluations aux quatre temps de la recherche.

1. Une évaluation aux deux bornes de la recherche : PPI et un an pour évaluer l'efficacité globale du dispositif.
Pour établir une cotation générale de la situation dyadique, nous avons procédé au comptage des signes de souffrances pour les 3 items retenus d'abord en Post-partum Immédiat (minimum 0 / maximum 4), c'est-à-dire l'Echelle Visuelle Analogue, l'EPDS de la mère, l'ADBB du bébé. Nous avons compté de même à un an (minimum 0 / maximum 4) avec l'Echelle PIPE, l'EPDS de la mère, l'ADBB du bébé. Ce mode de comptage n'implique pas une équivalence simplificatrice entre chacun des signes retenus (ou la dépression maternelle serait équivalente à celle du bébé par exemple) mais donne une indication de base du degré de souffrance dans la dyade comme instance groupale, comme matrice intersubjective propice tant au développement du bébé qu'à la parentalisation de la mère. Nous pourrions mettre ainsi en évidence pour plusieurs trajectoires la labilité de la symptomatologie qui se déplace au fil de la première année de la mère au bébé et à l'interaction.
2. Une évaluation longitudinale tout au long de la première année pour préciser les trajectoires cliniques à 3 mois et à 6 mois (avec l'EDPS et l'ADBB).

Récapitulatif, le plan général de la recherche [Tableau 2]

Tableau 2. Plan général de la recherche.



Résultats et efficacité du réseau

Présentation de l'échantillon

Les données sont recueillies en PMI. Les dyades sont recrutées en salle d'attente de la PMI, avant la pesée des bébés, en Post-partum Immédiat (PPI). Les deux parents donnent leur consentement éclairé pour l'utilisation anonymisée des données, autorisent l'utilisation de la vidéo et acceptent de remplir l'auto-questionnaire EPDS. Ils s'engagent à revenir à la PMI au moins aux quatre temps de l'étude, pour une pesée avant deux mois et pour trois consultations pédiatriques de routine à trois mois, six mois et un an du bébé. Chaque consultation (ou pesée) était vidéoscopée. A chaque consultation, la mère (et éventuellement le père) remplit un auto-questionnaire EPDS.

Les critères d'inclusion sont sans restriction puisqu'il s'agit d'une étude tout venant. 58 dyades tout venant ont été recrutées en post-partum immédiat (moyenne 3 semaines Post-partum) en salle d'attente de PMI après présentation succincte de l'étude (étude sur le développement précoce du bébé). 52 dyades sont arrivées au bout du protocole en honorant avec motivation chacun des rendez-vous (malgré quelquefois des déménagements et souvent une reprise du travail de la mère). 6 dyades ont été exclues pour protocole incomplet ou abandon.

L'échantillon recruté est représentatif d'un quartier plutôt favorisé d'une grande ville française qui comprend aussi une certaine mixité sociale avec 10% de population d'origine étrangère (Europe, Maghreb, Afrique). L'âge moyen des mères était de 30,8 ans, celui des pères 33 ans au moment de la naissance du bébé. Il s'agissait dans 80% d'un premier bébé, dans 20% d'un deuxième ou troisième. Pour le tiers des couples, la famille de l'un et de l'autre était éloignée de plus de 100 km. 6 bébés présentaient une petite prématurité de moins d'un mois, mais aucun n'avait eu de détresse néonatale. Tous les bébés étaient en bonne santé au moment de la naissance (APGAR entre 8 et 10). 2 bébés étaient jumeaux. 8 sur 10 ont été allaités au moins une semaine et un tiers l'était encore à 6 mois. 60% des mères avaient repris le travail au 6^e mois du bébé.

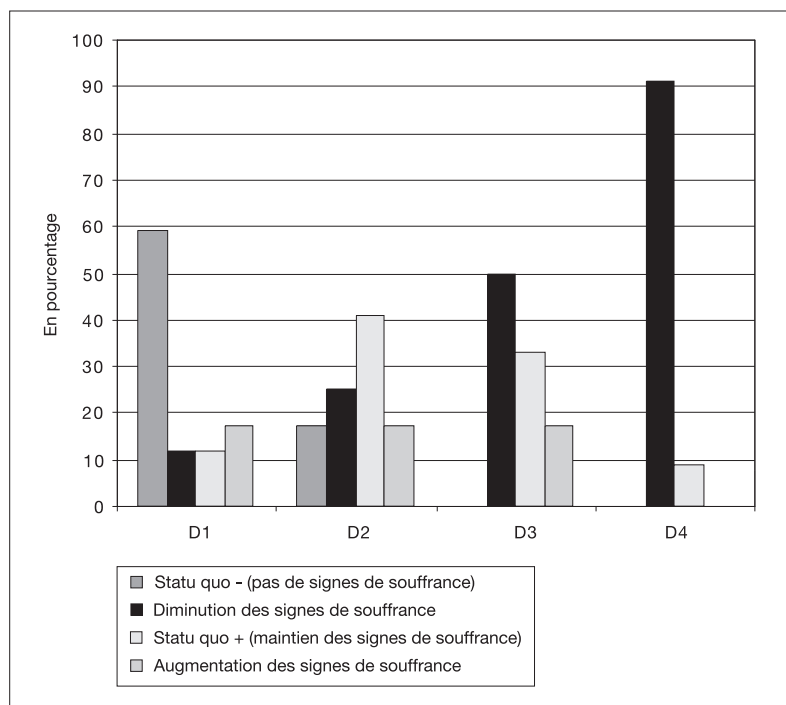
Efficiences générales du réseau

Pour mesurer l'efficiences du réseau, nous avons réalisé une cotation des 52 dyades avec les différentes échelles aux deux bornes du recueil: le Post-partum Immédiat et 1 an. Ce qui nous permet d'avoir une représentation de l'évolution générale et graduelle des signes de souffrance sur la première année. Cette évolution des signes de souffrances dans la dyade sur une trajectoire d'un an, peut être intrinsèquement repérée en fonction des dispositifs de prévention et de soin (de D1 à D4). La [figure] montre la répartition en pourcentage des dyades selon ces paliers d'engagement des dyades dans les dispositifs.

Globalement on constate que la diminution des signes de souffrance est tout à fait proportionnelle à l'engagement des dyades dans les dispositifs. Les dyades ne présentant pas de signes de souffrance inquiétants ne participent pas à un dispositif thérapeutique, au-delà de la PMI, ce qui montre que l'orientation – faite par les soignants de PMI – vers des dispositifs thérapeutiques est pertinente et que les dispositifs thérapeutiques sont utilisés à bon escient.

Commentaire de l'évolution pour chaque dispositif

Pour D (4): on constate une très nette diminution des souffrances dyadiques (91%), aucune augmentation de ces signes et seulement 9% de statu quo positif (maintien des signes de souffrance) lorsque la dyade est passée par les deux niveaux du dispositif thérapeutique (prévention secondaire et démarche thérapeutique).

Figure I. Evolution sur un an des signes de souffrance en fonction des dispositifs.

Pour D (3): le résultat est plus mitigé lorsque les dyades ne sont pas-sées que par un seul élément de ce dispositif thérapeutique (50% de nette amélioration pour 17% d'augmentation des signes de souffrance et 33% de statu quo positif).

Pour D (2): le groupe des dyades ayant alerté la PMI en post-partum immédiat, mais sans adhérer à l'offre de soin thérapeutique, en acceptant toutefois un accompagnement renforcé de la PMI, est particulièrement intéressant pour notre recherche puisqu'il constitue un groupe de référence naturel auquel nous nous référerons par la suite. Il montre seulement 25% d'amélioration de la souffrance dyadique, une augmentation des signes de souffrance dans 17% des cas et une stagnation des difficultés pour presque la moitié d'entre elles (41%).

Pour D (1): si la grande majorité des dyades ne présentaient naturellement pas de signes de souffrance en PPI (seulement 17,7% de dyades cliniques), 29% d'entre elles voient ces signes augmenter ou stagner à un an.

En résumé, l'efficacité démontrée d'un emboîtement de dispositifs qui vont de la prévention au soin psychothérapeutique

L'efficacité des dispositifs praticiens est démontrée: plus ils sont utilisés et plus ils ont un effet positif sur les dyades. Ce constat appelle une discussion sur les causes des résistances à l'orientation rencontrées avec certaines mères lorsque les soignants de santé primaire leur proposent l'engagement dans un dispositif thérapeutique. Comme l'ont souligné de nombreux travaux (Guedeney et Jeammet [21], Nyler *et al.* [39]), les mères ont quelquefois du mal à admettre qu'elles sont en difficulté, en regard de l'idéalisation culturellement prônée autour de la naissance. Dans notre dispositif praticien l'articulation très étroite entre prévention et soin permet une orientation thérapeutique à géométrie variable qui réduit sans doute la proportion de ces résistances.

L'articulation de la prévention secondaire et du dispositif thérapeutique classique en Post-partum Immédiat, avec la proposition d'une thérapie groupale brève, suivie, au terme du groupe, d'une prise en charge individuelle de la dyade dans une thérapie d'inspiration psychodynamique donne de très bons résultats dans l'échantillon des 11 dyades traitées. Ce dispositif qui comporte un tuilage et un décroisement des soignants entre espace de prévention (PMI) et espace thérapeutique permet un ajustement fin de la collaboration.

Efficacité des dispositifs thérapeutiques

Pour réaliser l'évaluation plus précise des deux derniers paliers propres aux soins thérapeutiques, nous devons établir une comparaison statistique entre le groupe «dyades traitées» et le groupe «dyades non traitées».

Nous distinguons deux groupes: celui des dyades qui ont bénéficié d'un accompagnement classique type PMI (accueil en PPI avec les pesées hebdomadaires, conseils de puériculture) *versus* celui des dyades qui ont bénéficié d'un suivi thérapeutique avec la participation au groupe de présentation et/ou des consultations thérapeutiques au Centre thérapeutique Parents-Bébé.

Le groupe dit «clinique» est caractérisé par la présence d'au moins un signe de souffrance de la situation dyadique, que ce soit dans l'appréciation de la situation par les puéricultrices grâce à l'échelle visuelle analogique (EVA) ou par les données objectivables des échelles EPDS et ADBB. Nous avons choisi ce seuil bas – dès la présence d'un seul signe d'alerte – afin d'être sensibles dans notre étude aux souffrances dites subnormales du post-partum immédiat. Nous discuterons plus loin de la

valeur du blues du post-partum qui n'est pas toujours un signe d'alerte mais qui peut venir signaler au contraire un véritable travail d'adaptation de la psyché maternelle aux exigences de la situation péri-natale.

Le «groupe clinique dyades non traitées» (Groupe NT) est constitué des 13 dyades cliniques des dispositifs 1 et 2 (= groupe de référence); le «groupe clinique dyades traitées» est constitué des 23 dyades cliniques des dispositifs 3 et 4 (Groupe T). Nous comparerons ensuite le taux d'amélioration ou de détérioration de la situation dyadique dans chaque groupe [Tableau 3].

Tableau 3. Evolution des signes de souffrance dyadique à un an du bébé en fonction du dispositif thérapeutique (en valeur absolue).

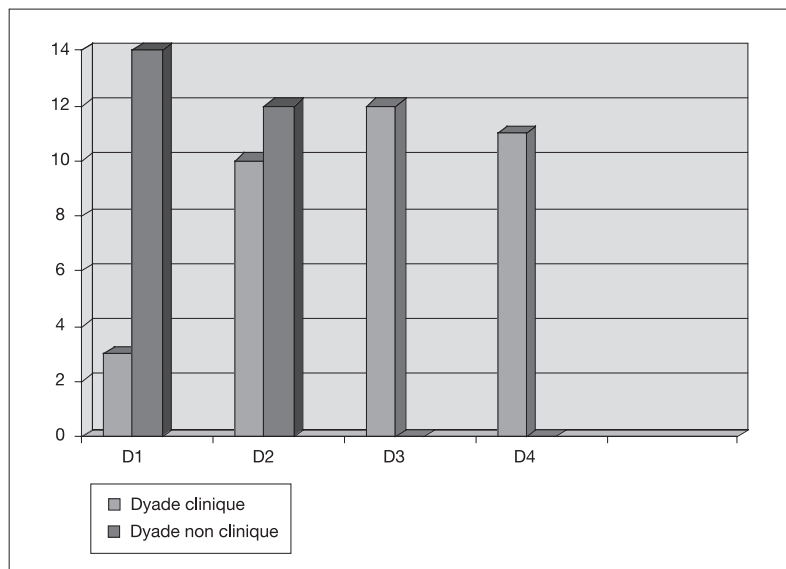
	Groupe T «Dyades traitées»	Groupe NT «Dyades non traitées»	Total
Augmentation ou stagnation de la souffrance dyadique	7	10	16
Diminution de la souffrance dyadique	16	3	19
Total	23	13	36

Il nous a semblé intéressant pour affiner nos résultats de distinguer, à l'intérieur de ces deux groupes, deux sous-groupes (Figure II) :

- Les dyades passées par la simple pesée (D1) et les dyades pour lesquelles il y a eu une mobilisation particulière de la PMI, avec par exemple un suivi bi-hebdomadaire du bébé, ou des visites à domicile de la puéricultrice (D2). Dans ces groupes, il y a toujours *une résistance à l'orientation* des dyades cliniques pour lesquelles la PMI propose systématiquement un suivi thérapeutique.
- Les dyades qui participent à un élément du dispositif: soit le groupe thérapeutique, soit une ou plusieurs consultations (D3) et les dyades qui ont bénéficié de l'ensemble du dispositif thérapeutique (D4).

Analyse statistique

Chi-carré: 7,2 (significatif si supérieur à 3,84). La différence entre le groupe «traitées» et le groupe «de référence» est significative avec un risque de se tromper inférieur à 1%, probabilité alpha ($p = 0,01$). Le calcul de l'Odds ratio (OR) quantifie l'effet. $OR = 0,13$, ce qui signifie qu'une dyade du groupe «traitées» a *huit fois* plus de chance de ne pas avoir de

Figure II. Répartition des dyades cliniques selon les dispositifs.

signe de souffrance à un an qu'une dyade du groupe témoin. (Résultat compris entre les deux bornes de l'indice de confiance.) Ce résultat est significatif vu la valeur du Chi-carré et du coefficient Q de Yule qui mesure l'intensité de la liaison entre les deux variables (0,77) très forte si $Q = (0,70 - 1)$.

Commentaires

Les résultats statistiques montrent une très bonne efficacité du dispositif de soin et son efficacité dans l'amélioration de la situation dyadique entre le post-partum et un an. L'articulation entre prévention et soin au sein d'un dispositif en réseau est particulièrement efficace pour prévenir et traiter les dysfonctionnements dyadiques, que ce soit en terme de thymie maternelle, de manifestation pathologique du bébé (comportement de retrait) ou de qualité de l'interaction. La suite de l'étude va permettre d'affiner ce premier résultat global.

Comparaison avec une étude similaire

Une proportion importante des dyades est passée par le dispositif thérapeutique, conditions dont on peut espérer qu'elles ont contribué à amender la composante dépressive et anxieuse de la mère. Nous n'avons pas statistiquement un groupe témoin général (dyades détectées en PPI mais auxquelles on ne proposerait aucun soin) celui-ci n'était pas réalisable

du point de vu éthique dans une recherche-action appliquée à un dispositif praticien. Ceci nous a poussé à rechercher des études voisines contrôlées et portant sur des cohortes importantes afin de référer notre étude à la prévalence nationale notamment en matière de dépression post natale (Glangeaud–Freudenthal [14–15], Chabrol [8]). Nous prenons comme étude de référence l'étude de Chabrol [8] et de son équipe à Toulouse. Ce travail porte sur les effets du dispositif sur l'amendement de la composante dépressive des mères entre le post-partum immédiat et 3 mois post-partum. Voici les données résumées.

Portant sur 859 mères interrogées en vue d'un dépistage de DPP dès le post-partum immédiat (J 4-5) par l'EPDS avec une note seuil à 9 (241/859 soit 28%). Le groupe à risque est réparti ensuite en deux sous-groupes: 1) Un groupe «prévention» bénéficiant d'un entretien en PPI et d'un suivi à domicile (5 à 8 séances sur deux mois faites par des étudiantes en psychologie) lorsque le deuxième EPDS rempli entre 4 et 6 semaines post-partum était supérieur à la note seuil de 11; 2) Un groupe contrôle qui ne reçoit aucun soin particulier. 5 à 8 semaines plus tard, l'étude a montré un taux de rémission des dépressions très important pour les mères «déprimées en PPI» et ayant bénéficié «du soutien» par rapport au faible taux de rémission spontanée des autres mères à risque non traitées (66,6% versus 6,8%).

Examinons maintenant le taux de rémission dans notre échantillon. Comment se répartissent les 52 mères de notre étude par rapport à l'EPDS? 20 d'entre elles ont un score positif en PPI, 10 seulement à 3 mois. Notons que ce résultat est concordant avec celui trouvé par Glangeaud en ce qui concerne la prévalence nationale. 8 mères sont encore déprimée à un an. Regardons maintenant le taux de rémission des dépressions entre le PPI et 3 mois pour les mères déjà déprimées en PPI: leur nombre passe de 20 à 13 soit 65%.

Ceci est très concordant avec le taux de rémission observé par Chabrol (66,6%). Nous notons également que cette rémission persiste à un an pour 12 mères sur 13 avec un taux de 60%. Le dispositif que nous proposons en post-partum immédiat est comparable pour son efficacité à celui étudié par Chabrol. Les dispositifs sont certes différents mais dans les deux cas les dyades sont accompagnées de manière régulière par un professionnel attentif à l'humeur maternelle. L'étude de cette équipe s'arrête à 3 mois et n'évalue que la dysthymie maternelle, alors que la nôtre poursuit les observations jusqu'à un an et envisage l'éventuel retrait du bébé et les troubles de l'interaction.

La question des « signes d'appel » et la valeur du « suivi » longitudinal des dyades

Dans cette partie, nous nous intéressons à un problème majeur en terme de prévention : la « détection », le repérage, par les soignants de santé primaire, des facteurs de risque dans l'établissement des premiers liens et l'orientation vers les lieux de soin. Il ne s'agit en aucun cas de stigmatiser ou de classer mais de faire des offres de soins adaptées à chaque situation car il faut veiller à ne pas confondre prédiction et prévention, comme le souligne Golse [17]. Selon notre conception les souffrances primitives familiales en périnatalité font difficilement « appel » aux parents, car elles sont diffuses et peu localisables. Les professionnels sont ici convoqués pour capter cet appel et soutenir les parents et la famille.

Comment reconnaître ces souffrances souvent difficiles à localiser ? Comment être attentif à la fois à l'éventuelle dysthymie maternelle, mais aussi à l'état somato-psychique du bébé, aux effets de la désorganisation maternelle sur le bébé et aux effets des difficultés de développement du bébé sur sa mère. Comment comprendre les effets en vase communicant de l'un à l'autre en restant attentif à la qualité de l'interaction ? Enfin, quelle thérapeutique proposer aux dyades en difficulté aux différents temps de l'étude ?

Parmi les échelles que nous avons utilisées, quels sont les outils les plus pertinents en post-partum immédiat et ensuite pour délimiter « un groupe à risque » [40], des dyades à orienter vers le soin thérapeutique ?

Nous étudions systématiquement la pertinence de ces échelles au regard des résultats obtenus à un an à l'échelle d'interaction (PIPE). Cette évaluation à un an nous a, en effet, paru très pertinente car nous pouvons, grâce à l'entretien clinique systématique pratiqué en fin de parcours de la recherche, infirmer ou confirmer les résultats obtenus en aveugle par les opérateurs qui cotaient l'interaction à partir des films de consultation. Fait remarquable, aucune pondération notable n'a été nécessaire puisque, pour chaque dyade, le résultat à la PIPE était en cohérence avec l'évaluation clinique.

Nous étudierons d'abord cette pertinence dans le post-partum immédiat, puis plus largement sur la période d'un an.

La pertinence de l'utilisation des outils d'évaluation (EPDS, EVA et ADBB) en post-partum immédiat

Nous avons recherché s'il y avait une liaison significative entre une alerte dans ces deux échelles avant trois mois et la présence de difficulté dans l'interaction à un an (Echelle PIPE).

La pertinence de l'EPDS en PPI

Le [tableau 4] montre la répartition des dyades selon les scores à l'EPDS en PPI.

Les résultats statistiques montrent qu'il n'y a pas de corrélation dans notre échantillon entre une dysthymie maternelle sensible à l'EPDS en PPI et un dysfonctionnement de l'interaction à un an. Au regard de la littérature, ce résultat peut paraître surprenant. On pourrait penser que le repérage de la dépression maternelle est un bon indicateur des difficultés qui sont attendues ensuite au sein de la dyade mère-bébé. Deux faits différents peuvent l'expliquer :

1. L'EPDS est une échelle auto-évaluative, donc faisant appel à la subjectivité de la patiente et à ses capacités auto-reflexives. Si elle s'avère souvent très sensible à l'état thymique maternel, le résultat, surtout dans le post-partum, peut avoir différents sens. Certaines mères peuvent être normalement déprimées à cette période, on parle alors de faux positif et c'est le signe d'un travail psychique qu'elles sont amenées à réaliser (voir Guedeney, Jeammet [21]). Ces mères montrent une rémission rapide de ces troubles et s'ajustent ensuite à leur bébé. Pour d'autres, ce même résultat peut également être le signe du début d'une authentique dépression. Enfin, certaines mères, qui ne manifestent apparemment aucun signe dépressif, peuvent lutter contre leur émergence et se réfugier de ce fait dans des comportements très opératoires (faux négatifs). Nous avons ainsi noté qu'un score à 0 pouvait signer un contre-investissement massif du sentiment dépressif ou de l'anxiété, barrant notamment l'accès à une demande d'aide, et se révéler comme un indicateur *a contrario*, surtout lorsque les soignants sont inquiets pour cette dyade.
2. Les signes de la souffrance dans les liens avec le bébé étant labiles, ils peuvent être portés par un des partenaires de la dyade: la mère ne semble pas souffrir alors que le nouveau-né ou le bébé est en difficulté.

Tableau 4. Répartition des dyades selon les scores à l'EPDS en PPI.

	PIPE +	PIPE -	Total
EPDS + en PPI	12	9	20
EPDS - en PPI	10	21	32
Total	22	30	52

La pertinence de l'EVA en PPI

Le [Tableau 5] montre la répartition des dyades à un an en fonction de l'EVA en PPI.

Tableau 5. Répartition des dyades à un an en fonction de l'EVA en PPI.

	PIPE +	PIPE -	Total
EVA +	14	10	25
EVA -	8	20	28
Total	22	30	52

Analyse statistique

La sensibilité du test est de 63,64% et la spécificité de 66,67%. Le Chi-carré de 4,69 montre une liaison significative avec une probabilité alpha de 0,05 soit moins de 5% de chance de se tromper. Le coefficient de Yule (0,56) qui évalue l'intensité de la liaison entre les deux variables montre une liaison forte.

Commentaire

L'Echelle Visuelle Analogique semble apporter de meilleurs résultats dans la délimitation d'un groupe à risque. Les soignants de cette PMI sont particulièrement entraînés à l'observation des difficultés dyadiques. Ce résultat ne peut pas être transposé tel quel à tout lieu de PMI. En effet, dans la pratique, une période de sensibilisation à l'observation et un travail du contre-transfert professionnel avec la méthode d'observation du bébé selon Esther Bick ont précédé et accompagné la recherche. Pour une efficacité plus générale de l'EVA, cette sensibilisation pourrait être incluse dans la formation des soignants de santé primaire. Le travail clinique entre pédopsychiatrie et PMI est un bon garant du repérage et du traitement des signes de souffrances primitives.

Pour conclure, l'EVA a donné des résultats intéressants car elle est profondément en rapport avec la sensibilité des soignants à la reconnaissance de ces signaux. Cet aspect représente en lui-même un apport capital de la recherche à la clinique.

L'utilisation de l'EPDS et de l'ADBB en PPI

Il nous a paru très intéressant de croiser les données concernant l'EPDS avec celle émanant de l'ADBB. Les bébés de mères déprimées en post-partum immédiat sont-ils plus souvent en retrait avant 3 mois que les bébés de mères n'ayant pas eu de troubles dépressifs en PPI ?

Le [tableau 6] nous permet de calculer la corrélation entre les résultats ADBB concernant le bébé et les EPDS concernant la mère.

Les résultats statistiques ne montrent pas de corrélation spécifique entre les deux facteurs.

Par contre, nous constatons que dans le groupe des 13 mères pour lesquelles il y a eu rémission du syndrome dépressif entre le PPI et 3 mois, 8 bébés sont en retrait au moins une fois soit au 3^e mois, soit

au 6^e mois, soit à un an ce qui représente 67% de ces mêmes dyades, ce qui est supérieur au pourcentage observé dans l'ensemble de notre échantillon. Le bébé n'est donc pas forcément en retrait au moment où sa mère est déprimée, mais peut ensuite manifester une détresse, au moment où sa mère va mieux. Une vigilance s'impose donc pour les bébés de ces mères beaucoup plus exposés que les autres à présenter un retrait au cours de la première année (Tronick [51]). Comme il est avancé dans plusieurs études, les effets d'une dépression précoce sur le bébé semblent plus sévères lorsque la dépression est survenue tôt, avant le troisième mois dans la vie de la dyade, alors que les bébés plus grands disposent de ressources plus élargies pour faire face à l'absence psychique de leur mère (voir en particulier, Murray [36-37], Nadel *et al.* [38], Marcelli [28], Tronick [51]). La rémission des troubles thymiques maternels, due en partie à l'efficacité d'un accompagnement adéquat en post-partum, ne doit donc pas laisser penser que la partie est gagnée, mais doit au contraire alerter les soignants pour qu'ils puissent observer par la suite l'état somato-psychique du bébé. En effet si, après un épisode bref, la mère se remet de la dépression post-natale, le bébé, lui, semble marquer le pas et risque à son tour, par son absence de réactivité ou par l'émoussement de sa vie relationnelle, de déprimer sa mère dans des effets délétères de cercles vicieux et de renforcements négatifs en boucle.

On voit ici un argument fort en faveur d'une prescription de suivi longitudinal par le (ou les) même(s) soignant(s) connaissant bien la biographie de la dyade depuis la naissance, plus efficace sans doute, en terme de prévention, que l'expertise ponctuelle souvent pratiquée en PMI lorsque les parents reviennent sans rendez-vous.

Cette partie de l'étude donne un argument contradictoire qui réhabilite l'EPDS. Si l'emploi de l'EPDS, seule, en post-partum immédiat doit être relativisé, cette échelle reste utile comme outil de dépistage des dyades à risque de désorganisation au cours de la première année de vie du bébé à condition d'être corrélée à une observation attentive de l'état somato-psychique du bébé.

Tableau 6. Corrélation entre ADBB et EPDS.

	ADBB + à 3 mois	ADBB - à 3 mois	Total
EPDS +	12	7	19
EPDS -	13	20	23
Total	25	27	52

La pertinence de l'utilisation de l'ADBB et de l'EPDS dans la première année

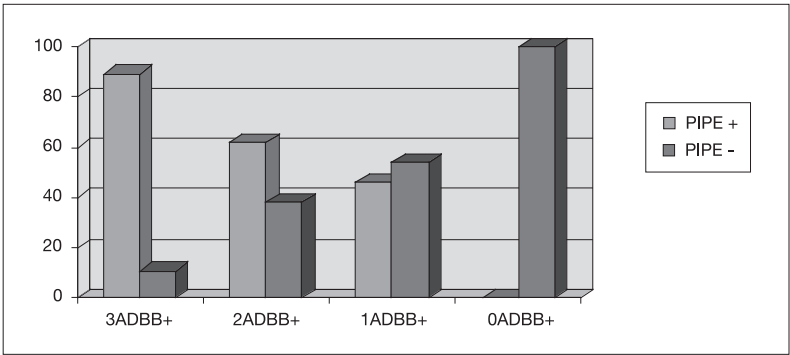
La pertinence de l'utilisation de l'ADBB

L'échelle ADBB, qui donne une indication sur l'état de retrait relationnel du bébé au cours d'un examen pédiatrique de routine, peut aussi indiquer une difficulté dans le lien mère-bébé et être considérée comme un indicateur d'une souffrance dyadique nécessitant l'orientation vers un soin psychique.

L'ADBB est une échelle facile à mettre en place puisqu'adaptée à l'examen pédiatrique et ne demandant aucune situation *de-novo* en PMI. Elle s'avère un outil efficace de dépistage et de prévention de la souffrance dans le lien entre mère et bébé. A condition qu'elle soit pratiquée à plusieurs reprises au cours de la première année, elle évalue la dynamique développementale du bébé, mais elle renseigne aussi sur les transformations et les aménagements de l'état thymique maternel et du lien entre mère et bébé.

Nous avons étudié la corrélation entre la présence d'un ou de plusieurs signes de retrait du bébé (ADBB +) aux trois temps de l'administration de cette échelle (3 mois, 6 mois, un an) et le constat d'une difficulté dans l'interaction à un an, mesurés avec la PIPE. La [Figure III] nous permet de visualiser la répartition des dyades à l'échelle PIPE en fonction des scores positifs à l'ADBB au cours de la première année.

Figure III. Répartition des ADBB en fonction des PIPE.



Commentaire

- Lorsque le bébé est en retrait 3 fois au cours du protocole, l'interaction dysfonctionne à un an dans 9 cas sur 10.
- Lorsque le bébé est en retrait deux fois au cours du protocole, on trouve des difficultés dans l'interaction dans un cas sur deux.

- Lorsque le bébé a été en retrait une seule fois, ce score est légèrement inférieur.
- Pour les dyades où le bébé n’a jamais été en retrait pendant le protocole, il n’y a pas de difficulté à l’interaction à un an.

Corrélation entre ADBB sur un an et EPDS

Une question se pose : est-ce que les bébés en retrait ont des mères plus déprimées que les bébés qui n’ont pas de retrait ?

Pour les besoins du traitement statistique, nous différencions le groupe des dyades où le bébé n’a pas de retrait du groupe et celui où les bébés présentent un signe de retrait ou plus durant la première année. Nous observons pour chaque groupe la fréquence des EPDS positifs en PPI et à un an. Nous ferons à nouveau cette comparaison avec les bébés qui ont un signe durable de retrait (2 ADBB) avec les mères qui ont au moins 2 signes de dépression.

1. Nous cherchons la corrélation entre un retrait durable du bébé avec un signe de dépression de la mère en PPI [Tableau 7].

Tableau 7. Corrélation entre retrait durable du bébé et dépression de la mère en PPI.

	0 ADBB +	1, 2 ou 3 ADBB +
EPDS + EN PPI	4	14
EPDS – EN PPI	13	21
Total	17	35

Le Chi carré est de 1,37 ce qui montre qu’il n’y a pas de liaison significative entre la présence d’un ou plusieurs comportement de retrait pendant les consultations (ADBB +) chez le bébé et le fait que sa mère ait été déprimée en PPI.

2. Nous procédons de la même manière à un an post-partum [Tableau 8].

Tableau 8: Corrélation entre retrait durable du bébé et dépression de la mère à un an.

	0 ADBB +	1, 2 ou 3 ADBB +
EPDS + à un an	1	9
EPDS – à un an	16	26
Total	17	35

Il n’y a pas non plus de liaison significative entre les deux variables (Chi carré 2,9), ce qui montre qu’il n’y a pas de lien entre la présence d’un (ou plusieurs) comportement(s) de retrait pendant les

consultations (ADBB +) chez le bébé et le fait que sa mère soit déprimée à un an.

3. Les signes durables du retrait et de la dépression.

Nous distinguons le groupe des mères dont la dépression est durable (au moins 2 EPDS positif au fil de la trajectoire), c’est le cas pour 9 dyades. Dans ce groupe, tous les bébés sauf un sont en retrait durablement (au moins deux ADBB positifs).

Dans le groupe où la dépression est passagère soit pour 43 dyades, 14 bébés présentent un retrait durable (au moins deux signes de retrait). Nous résumons ces données dans le [Tableau 9].

Tableau 9. Corrélation entre retrait durable du bébé et dépression durable de la mère.

	Dépression durable	Dépression passagère	Total
Retrait durable	8	14	22
Pas de retrait	1	29	30
Total	9	43	52

Le Chi carré est de 9,68; ce qui montre une très forte relation entre les deux facteurs avec moins d’un risque sur 100 de se tromper $p = 0,01$. De plus, le coefficient de Yule Q montre une très forte liaison des deux variables (0,89) **très forte si $Q = (0.70 - 1)$** .

Commentaire général

Il n’y a pas de corrélation significative entre un ADBB positif et un EPDS positif à un temps T de l’étude (par exemple lorsque le bébé est en retrait à 3 mois, sa mère n’est pas plus souvent déprimée qu’une mère du groupe témoin «bébé sans retrait»). Par contre, élément intéressant et conforme à l’étude australienne de Matthey *et al.* [27] qui porte justement sur la corrélation entre retrait du bébé et dépression maternelle, la corrélation est significative si on se réfère à l’état thymique maternel dans le post-partum immédiat et si la dépression a été durable. Ainsi, lorsqu’un bébé est en retrait à un temps T de l’étude, sa mère a été plus souvent déprimée en PPI (et par la suite) que celles des bébés qui ne sont pas en retrait au même temps T de l’étude.

Ces résultats sont conformes aux hypothèses cliniques, comme celles de Rosenblum [47] qui parle de la dépression maternelle «comme d’une figure paradigmatique d’un dysfonctionnement interactif affectif». Voici un argument supplémentaire pour la recommandation, que nous avons déjà soulignée, d’un suivi longitudinal des dyades où la mère a montré une dysthymie important en PPI.

La pertinence des outils sur la première année

Le [Tableau 10] rassemble les données relatives *aux signes d'alerte* et leur valeur statistique.

Tableau 10. Pertinence des échelles d'évaluation sur un an.

	2 ADBB + / 3	ADBB + à 3 mois	EPDS + en PPI	EVA, EPDS en PPI et ADBB à 3 mois
Sensibilité	71,43%	70,83%	54,55%	71,43%
Spécificité	77,42%	67,86%	70%	70,97%
Coefficient de yule	Très forte	Forte	Modérée	Très forte
Khi carré	0,001	0,01	Non significatif	0,01

Commentaire

L'ADBB pratiqué une fois à 3 mois donne des résultats satisfaisants. La valeur indicative est encore plus performante lorsque cette mesure est prise deux fois dans la première année. L'EPDS en PPI seule ne présage pas d'un dysfonctionnement dyadique ultérieur. Par contre, l'association de l'EPDS et de l'Echelle Visuelle Analogique en PPI, suivie d'une évaluation du retrait du bébé à 3 mois indique avec acuité la possibilité d'un trouble de l'interaction entre mère et bébé à un an.

Conclusion : le travail en prévention et la polysémie des indices de souffrances

Pour conclure nous rappellerons les enjeux de la prévention pour pointer deux problèmes :

- le maillon faible du réseau, celui du temps de la «prévention secondaire» où s'articule plus fortement deux institutions ;
- le problème de la lecture des signes et des caractéristiques trop souvent occultées des souffrances en périnatalité.

Dans le domaine de la périnatalité, l'utilité d'un travail «en réseau» entre les divers champs – celui du somatique, du psycho-social ou encore celui de la psychiatrie périnatale – a été largement étudiée et prescrite par les circulaires récentes⁴. Citons un passage de ce texte qui indique clairement la nécessité d'une collaboration interinstitutionnelle : «Ni les acteurs de la psychiatrie ni ceux relevant des champs somatique, social ou

⁴ Circulaire DHOS/DGS/O2/6
C n° 2005-300 du 4 juillet
2005 relative à la promotion
de la collaboration médico-
psychologique en périnatalité.

médico-social ne peuvent, à eux seuls, fournir l'ensemble des réponses attendues. L'aménagement des parcours de soins et d'accompagnement au bénéfice des futurs parents et du nouveau-né apparaît comme une nécessité, cela implique de réduire les cloisonnements au sein ou entre les dispositifs concernés (pédopsychiatrie et psychiatrie générale, psychiatrie et disciplines somatiques, ville et hôpital, sanitaire, social et médico-social) et d'assurer la continuité de la prise en charge. Le respect et la mise en œuvre de ce principe implique de veiller tout particulièrement : au décroisement des pratiques professionnelles [...]»

Le problème du «tuilage» des dispositifs

Le travail d'équipe fait dans le réseau a porté ses fruits. Le dispositif interinstitutionnel s'est révélé particulièrement pertinent et la question de l'orientation des dyades vers un soin psychique a pu être travaillé très finement, notamment en ce qui concerne la résistance à cette orientation.

Ainsi, le dispositif de prévention secondaire, en l'occurrence le groupe de présentation de bébés, proposé à des dyades qui montrent des souffrances en post-partum immédiat, dans son statut «indécidable» à mi-chemin entre la prévention et le soin, s'est révélé un outil extrêmement précieux dans cette période où une demande franche de soutien est si difficile à formuler. Rappelons les caractéristiques critiques de ce moment marqué par l'instabilité émotionnelle et les réaménagements identitaires pour chaque membre de la famille. Ces manifestations de souffrance doivent normalement rester transitoires. Le fameux blues du post-partum est de plus en plus considéré dans les recherches récentes [15, 49] comme une régression salutaire et une forme particulière de déconstruction/reconstruction propice à la rencontre avec l'immatunité et tout l'archaïque du bébé. Pour autant, il nous est apparu avec force que lorsque la dysthymie maternelle se prolonge au-delà du deuxième mois et/ou si la rémission passagère est ensuite suivie d'une récurrence, le lien mère-bébé comme l'équilibre du développement du bébé pouvaient en pâtir.

Forts de notre expérience du dispositif de prévention secondaire pratiqué conjointement par les soignants de pédopsychiatrie et les soignants de santé primaire dans les locaux de la PMI, nous pensons opportun d'élargir ce type de proposition à d'autres temps de la première année. D'autres groupes thérapeutiques brefs, sur le même modèle inspiré de la psychanalyse groupale, pourraient être mis en place et proposés vers six mois autour des thèmes contemporains sensibles comme celui de l'attachement – individuation du bébé et du travail psychique de croissance.

Le problème de la « lecture » ou du repérage de la souffrance

Les données dont nous disposons montrent la complexité du repérage des souffrances précoces, la polysémie et la labilité de leur expression (se déplaçant du pôle « mère » au pôle « bébé »), la variabilité du moment de leur apparition. Quel que soit le signe d'appel que l'on privilégie à un moment donné de la trajectoire de la dyade : observation du retrait avec l'ADBB ou attention à la dysthymie maternelle avec l'EPDS ou l'EVA, l'évaluation de l'interaction avec la PIPE, un croisement des données dans une visée diachronique rétrospective et prospective s'avère indispensable pour déterminer le degré de souffrance dans la dyade.

Dans un souci de rationalisation des moyens souvent limités en PMI (le ratio temps professionnel/volume de fréquentation est réduit), nous tirons des conclusions pratiques en terme de préconisations cliniques simples à mettre en place :

- Lorsque le bébé est en retrait, une enquête s'impose sur l'état thymique maternel récent mais surtout, dans une visée rétrospective, sur la façon dont la mère s'est sentie depuis la naissance de son bébé, voire même pendant la grossesse. Conformément à nos résultats chiffrés, la mise en place systématique d'un protocole ADBB, simplement aux trois mois du bébé, donne de bons résultats en matière de détection d'un groupe à risque et dans un but de prévention. Si l'ADBB est administrée deux fois dans la première année de la vie, les résultats sont encore plus performants.
- Lorsque la mère présente une dysthymie sensible au questionnaire EPDS ou plus largement appréciée par l'Echelle Visuelle Analogique issue de l'expérience des soignants, une vigilance accrue doit être mise en place pour déterminer la survenue d'un retrait du bébé. Un accueil circonstancié en PPI s'avère indispensable avec une formation des soignants à la spécificité de cette période critique. L'observation des pesées avec la méthode d'Esther Bick nous a montré toute son efficacité, à la fois comme outil sémiologique pour repérer les souffrances primitives, mais aussi comme génératrice d'une culture partagée entre PMI et pédopsychiatrie.
- Lorsque l'interaction est alertante, on retrouve dans la trajectoire de la dyade des signes précurseurs précoces de ce trouble de la construction de l'espace dyadique.

Seul un suivi longitudinal pratiqué de façon régulière, sur rendez-vous, par la même équipe de santé primaire permet une pratique de ce type qui ne se contente pas d'une expertise ponctuelle mais instaure une véritable stratégie de prévention. Les parents ont pu témoigner lors de l'entretien de bilan de la valeur d'étayage de convocations régulières surtout lorsqu'il y avait des difficultés et de façon paradoxale de façon encore plus marquée pour les dyades qui ont opposé une résistance à l'orientation pour passer dans le dispositif thérapeutique (voir aussi Rajon *et al.* [41]).

Cette recherche montre la nécessité d'un « emboîtement » progressif et durable des dispositifs entre institutions. C'est une condition pour, d'une part, accompagner les soignants dans leurs difficultés émotionnelles pour faire face à ces souffrances si diffuses en périnatalité et pour, d'autre part, soutenir des demandes difficiles à formuler pour les parents. Seul un tel travail d'équipe interinstitutionnel peut rendre psychiquement présent un « réseau » qui n'a parfois qu'une existence formelle.

Résumé

Cette recherche étudie l'efficacité d'un réseau entre Protection Maternelle et Infantile et Psychiatrie Périnatale avec l'hypothèse de souffrance diffuses autour du bébé. Les signes de souffrance de 52 dyades mère-bébé tout venant sont évalués au post-partum immédiat, à 3 mois, 6 mois et un an avec une double méthodologie, outillée (EPDS, ADBB, PIPE) et clinique (observation inspirée de la méthode de Bick et entretien). L'efficacité repose sur un maillage de dispositifs qui permet successivement des interventions en prévention primaire, secondaire puis dans un engagement thérapeutique. Le repérage de la souffrance est discuté ainsi que l'intérêt stratégique du suivi longitudinal des dyades.

Mots-clés

Post-partum.
Réseau et prévention.
Souffrances dyadiques.

Remerciements

Nous remercions l'équipe du Centre Thérapeutique Parents-Bébé, 12 rue de Cuire, F-69004 Lyon : Pierre Coulet, médecin chef du secteur de pédopsychiatrie 69i01 ; Stéphane Grisi, médecin responsable, Laurence Marguier, médecin assistant ; Brigitte Bourrel, cadre de santé ; Carène Labry, médiateur de réseau ; Mylène Higuero et Stéphanie Planche, étudiantes en psychologie et nos collaborateurs du Conseil général du Rhône dans ce dispositif interinstitutionnel : Agnès Marandet, médecin responsable ; Isabelle Lefèbvre, médecin de PMI ; Marie Dominique Boirot et Marie-Pierre Blin, puéricultrices.

Références

- [1] ATHANASSIOU C. : « La crise d'identité précoce », *Dialogue*, 1999 ; 118 : 14-26.
- [2] AUBERT-GODARD A. : « Entre adulte et bébé, l'étrange désordre de la naissance », in MEL-LIER D., ROCHETTE J. eds : *Le bébé, l'intime et l'étrange*, Erès, Toulouse, 1998 ; p. 13-36.
- [3] BASTIEN V., BRACONNIER M., TYCHEY (de) C. : « Dépression postnatale. Facteurs de risque et modalités de prévention », *Evolution Psychiatrique*, 1999 ; 64 (2) : 289-307.
- [4] BICK E. : « Notes on infant observation in psychoanalytic training », *Journal of Psychoanal.*, 1964 ; 45 (4) : 558-566, trad. fr., Remarques sur l'observation de bébés dans la formation des analystes, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1992 ; 12 : 14-35.
- [5] BYDLOWSKI M. : « La transparence psychique », *Etude Freudienne*, 32, 1999 ; 2-9.
- [6] CAREL A. : « Transfert et périnatalité psychique. La fonction alpha à l'épreuve de la naissance », *Gruppo*, 1989 ; 4 : 49-67.
- [7] CAREL A. : « Le travail de la nativité », in CICCONE A., MELLIER D. eds : *Le temps du bébé*, Dunod, Paris, 2007 ; p. 75-100.

- [8] CHABROL H., TEISSEDRE F., SAINT-JEAN M., TEISSEYRE N., ROGE B.: «Prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude contrôlée», *Devenir*, 2003; 1 (15): 5-25.
- [9] COX J-L., HOLDEN J.: *Perinatal Psychiatry Use and Mesure of the Edinburgh Post Natal Depression Scale*, Gaskel, London, 1994.
- [10] DEBRAY R.: *Clinique de l'expression psychosomatique*, Delachaux et Niestlé, Lausanne, Suisse, 1999.
- [11] DUGNAT M.: «Réseaux en périnatalité: définition critique et outils pratiques», communication, Journée WAIMH, Paris, 23 mars 2006.
- [12] FIESE B., POEHLMANN J., et al.: «A pediatric screening instrument to detect problematic infant- parent interactions: initial reliability and validity in a stample of high and low risk infants», *Infant Mental Health Journal*, 2001; 22 (4): 463-478.
- [13] FREUD S.: *Inhibition, Symptôme et Angoisse*, 1926, tr. fr., PUF, Paris, 1965.
- [14] GLANGEAUD-FREUDENTHAL NINE M.-C.: «Evaluation de la prévalence de la dépression post-partum en France», *Devenir*, 1999; 2: 53-64.
- [15] GLANGEAUD-FREUDENTHAL M.-C., CROST M., KAMINSKI M.: «Severe post-delivery blues: associated factors», *Archives of Women Mental Health*, 1999; 2.
- [16] GOLSE B.: «Du rôle de l'attention dans le dépistage et les interventions précoces», in *Du corps à la pensée*, PUF, Paris, 1999; p. 293-311.
- [17] GOLSE B.: «A propos de prévention et de prédiction: l'avenir des souvenirs», *Psychiatrie de l'enfant*, 2003; 46 (2): 455-470.
- [18] GUEDENEY A., BUNGNER C., WIDLOCHER D.: «Le Post-partum blues: une revue critique de la littérature», *Psychiatrie de l'enfant*, 1993; 36 (1): 329-354.
- [19] GUEDENEY N., JACQUEMAIN F., GLANGEAUD N.: «Le rôle des facteurs environnementaux, de la vulnérabilité individuelle et du support social dans le risque de survenue des dépressions du post-partum», *Devenir*, 2000; 12 (4): 13-33.
- [20] GUEDENEY A., CHARRON J., DELOUR M.: «La construction d'une échelle de retrait relationnel du jeune enfant», *Perspective psychiatrique*, 2000; 39 (3): 179-184.
- [21] GUEDENEY N., JEAMMET P.: «Dépressions postnatales et décisions d'orientation thérapeutique», *Devenir*, 2001; 13 (3): 51-64.
- [22] HASLAM D.M., PAKENHAM K., SMITH A.: «Soud support and post-partum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self efficacy», *Infant Mental Health Journal*, 2006; 27 (3): 276-291.
- [23] HOPKINS J., CAMPBELL S.B., MARCUS M.: «Rôle of infant-related stressors in post-partum depression», *Journal of Abnormal Psychology*, 1987; 96: 237-241.
- [24] MANZANO J., RIGHETTI-VELTEMA M. CONNE-PERREARD E.: «Le syndrome de dépression du pré-partum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum», *La Psychiatrie de l'enfant*, 1997; 40 (2): 533-552.
- [25] MANZANO J.: «De la psychopathologie du post-partum à la psychopathologie du pré-partum», in MAZET P., LEBOVICI S. (éds): *Psychiatrie périnatale*, PUF, Paris, 1998; p. 131-138.
- [26] MANZANO J., PALACIO-ESPASA F., ZILKHA N.: *Les scénarios narcissiques de la parentalité*, PUF, Paris, 1999.
- [27] MATTHEY S., GUEDENEY A., STARAKIS N., BARNETT B.: «Assessing the social behaviour of infants: use of the ADBB Scale and relationship to mother's mood», *Infant mental health journal*, 2005; 26 (5): 442-458.
- [28] MARCELLI D. et al.: «Interactions mères déprimées-bébé (âgé de 2 mois) Etude à partir d'un protocole vidéoscopique en direct et en différé», *Psychiatrie de l'enfant*, 1997; 40 (2): 505-531.
- [29] MELLIER D.: «Médiation, temporalité et méthodes d'observation du bébé en psychanalyse et en clinique», in CHOUVIER B. éd.: *Processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, 2002; p. 151-175.
- [30] MELLIER D.: «Souffrance et émotion, un enjeu intersubjectif», in MELLIER D. éd.: *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Dunod, Paris 2002; p. 93-146.

Summary

This research studies the efficiency of a network between Well-Baby clinic (in France: Maternal and Infantile Protection) and Perinatal Psychiatry with the hypothesis of diffused sufferings around the baby. The signs of sufferings of 52 dyads attending a community «well-baby clinic» are valued at the immediate post-partum, to 3 months, 6 months and one year with a double methodology, scaled with standardized instruments (EPDS, ADBB, PIPE) and clinical (inspired from infant observation according to Bick and discussion). The efficiency depends on the net of devices that allows successively interventions in primary, secondary prevention and then in a psychotherapeutic engagement. The problem of recognizing sufferings is discussed as well as the strategic interest of the longitudinal following of dyads.

Key words

Post-partum.
Network and prevention.
Dyadic suffering.

- [31] MELLIER D. : « Le travail intersubjectif de contenance des anxiétés primitives dans le soin », in MELLIER D. (éd) : *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Dunod, Paris, 2002 ; p. 93-146.
- [32] MELLIER D. : *Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail du lien*, PUF, Paris, 2005.
- [33] MISSONNIER S. : *La consultation thérapeutique périnatale*, Erès, Toulouse, 2003.
- [34] MOLENAT F. : *Naissance : pour une éthique de la prévention*, Erès, Toulouse, 2001.
- [35] MURRAY L. : « Le rôle des facteurs liés au nourrisson dans la dépression maternelle », *Devenir*, 1998 ; 10 : 63-78.
- [36] MURRAY L. : « L'impact de la dépression du post-partum sur le développement de l'enfant », in MAZET P. , LEBOVICI S. (éds) : *Psychiatrie périnatale*, PUF, Paris, 1998 ; p. 299-333.
- [37] MURRAY L., SINCLAIR D. eds. : The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers », *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 1999 ; 40 (8) : 1259-1271.
- [38] NADEL J., CARCHON I., KERVELLA C., MARCELLI D. RÉSERBAT-PLANTEY D. : « Expectancies for social contingency in 2-months-olds », *Developmental Science*, 1999 ; 2 (2) : 164-173.
- [39] NYLEN K., MORAN T., FRANKLIN C., O'HARA M. : « Maternal depression : a review of relevant treatment approaches for mothers and infants », *Infant mental health journal*, 2006 ; 27 (4) : 327-343.
- [40] POINSO F., SAMUELIAN J.-C., DELZENNE V., SUTTER A.L., LEROY V., DALLAY R., BOURGEOIS J. : « Dépression post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé », *Psychiatrie de l'enfant*, 2001 ; 44 (2) : 379-413.
- [41] RAJON A.M., ABADIE I., LESCURE C., TAMINH M., GRANDJEAN H. : « Evaluation d'une recherche en périnatalité : le point de vue des parents » in MAURY M., LAMOUR M. (éds) : *Alliances autour du bébé : de la recherche à la clinique*, PUF, Paris, 2000 ; p. 151-157.
- [42] RIGHETTI VELTEMA M., MANGHI M., CONNE PERREARD E., MANZANO J. : « Effets observés chez l'enfant de la dépression maternelle du post-partum à 3 et 18 mois : résultats d'une recherche épidémiologique sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum » in MANZANO J. (éd.) : *Les relations précoces parents-bébé et leur trouble*, Chêne Bourg, Médecine et hygiène, 1996 ; p. 143-157.
- [43] ROCHETTE J. : *Rituels et mise au monde psychique, les nouvelles Présentations au Temple*, Erès, Toulouse, 2002.
- [44] ROCHETTE J. : « Le rituel, la mère et le bébé, un dispositif de soin en périnatalité : les groupes de présentation de bébés », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 2003 ; 40 : p. 93-126.
- [45] ROCHETTE J. : « Le temps du post-partum immédiat, une clinique du "qui-vive" et de l'après coup », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2005 ; 53 : 11-18.
- [46] ROCHETTE J., MELLIER D. : « Prévention et soin dans le post-partum immédiat : un dispositif de collaboration interinstitutionnel entre psychiatrie périnatale et protection maternelle et infantile (PMI) », *L'Information Psychiatrique*, 2004 ; 80 : 651-658.
- [47] ROCHETTE J., MELLIER D., GRISI S., MARANDET A. : « "Chasse aux papillons" dans le post-partum immédiat : l'observation selon Esther Bick comme armature d'un dispositif de soin interinstitutionnel », *Perspectives Psychiatriques*, 2006 ; 44 (5) : 394-400.
- [48] ROSENBLUM O., CONQUY L., LATOCH J., HEMEURY CUKIER F., MAZET P. : La dépression maternelle du post-partum, figure paradigmatique d'un dysfonctionnement interactif affectif, *Perspectives psychiatriques*, 2004 ; 43 (3) : 204-209.
- [49] SUTTER A.L., LEROY V., DALLAY D. et al. : « Post-partum blues et dépression postnatale : étude d'un échantillon de 104 accouchées », *Annales Médico-Psychologiques*, 1995 ; 153 : 414-417.
- [50] STERN D.N. : *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 1985, PUF, Paris, 1989.
- [51] TRONICK E.Z., WEINBERG M.K. : « A propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé », in MAZET P., LEBOVICI S. (eds.) : *Psychiatrie périnatale*, PUF, Paris, 1998 ; p. 299-333.