

PSYCHIATRIE PÉRINATALE: ARTICULATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES PÉRINATAUX AU SEIN DE LA MATERNITÉ DU CHUV EN CAS DE PSYCHOPATHOLOGIE PARENTALE: LE RÔLE DU PÉDOPSYCHIATRE DE LIAISON

Mathilde Morisod Harari, Carlo Delli Noci, Jean-Jacques Cheseaux, Hélène Legardeur, Aline Yersin, Kerstin Jessica Plessen, Daniel S. Schechter

Résumé

Cet article décrit le rôle du pédopsychiatre de liaison intervenant dans le champ de la périnatalité, au sein de la maternité du CHUV. Il se concentre principalement sur les situations de vulnérabilité parentale, comme les psychopathologies maternelles, et détaille la prise en charge effectuée par la pédopsychiatrie de liaison dans un continuum allant du pré-partum ou post-partum, tant en termes d'évaluation que de traitement. Cet article insiste également sur l'importance capitale d'une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée, notamment avec les collègues de la psychiatrie de liaison adulte, mais également avec les obstétriciens, les pédiatres et les équipes soignantes impliqués au sein de la maternité. La nécessité de construire une articulation avec le réseau de soins à l'extérieur de la maternité est finalement soulignée afin d'assurer la meilleure continuité possible des soins pour les patients et leur famille en favorisant au maximum l'alliance thérapeutique.

Introduction

La grossesse ainsi que le post-partum sont connus pour être des périodes de vulnérabilité psychique et neurobiologiques particulières, avec une recrudescence de psychopathologies. La dépression, les troubles anxieux, l'état de stress post-traumatique et les troubles psychotiques font partie des pathologies les plus rencontrées¹.

Le lien entre santé psychique maternelle et développement psycho-affectif de l'enfant est clairement établi depuis de nombreuses années²⁻⁴. Déjà pendant la grossesse, la qualité de l'attachement à l'enfant à venir peut être perturbée par la présence d'une psychopathologie maternelle, notamment en cas de stress post-traumatique, et avoir des répercussions sur le développement de l'enfant⁵. Les mères, ainsi que les pères présentant des troubles mentaux sont connus pour avoir plus de difficultés à mettre en place des interactions de qualité avec leur enfant^{6,7}. Il est évident également que la qualité du lien parent-enfant joue un rôle primordial quant au devenir psycho-affectif de l'enfant et quant à la qualité de sa santé mentale^{8,9}. Il n'est donc plus à démontrer l'importance capitale en termes de santé publique à intervenir dans

la période périnatale, notamment en termes de coût et d'économie, afin de favoriser le meilleur parcours de vie possible pour l'enfant^{10,11}.

L'intervention à la maternité représente donc une opportunité majeure pour effectuer une action de prévention et de détection de femmes se trouvant dans une situation de vulnérabilité psycho-sociale afin de promouvoir tant la santé de la mère, de son futur enfant, du partenaire et de la fratrie éventuelle. La future mère étant suivie en maternité d'un point de vue obstétrical, on a vu ces dernières années apparaître la mise en place de programmes de prévention de la santé mentale, notamment sous la forme des entretiens prénataux précoces de détection¹². De même, plusieurs modèles de prise en charge en maternité se sont développés, en Suisse ou à l'étranger¹³.

Ces dernières années, nous assistons à une recrudescence de patientes présentant des psychopathologies graves venant accoucher à la Maternité du CHUV, à Lausanne (+ 97% des cas entre 2012 et 2018). Cette constatation est alignée avec les études internationales récentes¹⁴. Cet état de fait peut être compris par plusieurs facteurs, comme une précarité psycho-sociale allant en augmentant, les événements traumatiques liés aux phénomènes migratoires ainsi qu'un manque de soutien du tissu familial et social. Citons également une meilleure prise en soin des patientes souffrant de psychopathologies chroniques, notamment dans le spectre des psychoses, qui, au vue d'une évolution plutôt favorable, accèdent à la possibilité d'envisager une grossesse.

Modèle de prise en charge et rôle spécifique du pédopsychiatre

La pédopsychiatrie de liaison du Service Universitaire de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SU-PEA) intervient auprès des patients hospitalisés au sein des différents secteurs du Département Femme-Mère-Enfant du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), à Lausanne. Le concept de la pédopsychiatrie de liaison est une activité à la fois de consultation auprès des patients et de leur famille, mais également de liaison auprès des équipes somatiques. Elle participe notamment à des réunions hebdoma-



Mathilde Morisod Harari

<https://doi.org/10.35190/f2021.2.4>

Correspondance:
mathilde.morisod
@chuv.ch

daïres avec les équipes somatiques, médicales et soignantes, dans un travail et une réflexion multidisciplinaires, visant à une prise en charge holistique du patient et de sa famille.

Au sein de la maternité du CHUV, l'équipe de la pédopsychiatrie de liaison intervient auprès des patientes hospitalisées au prénatal, au post-partum et auprès des parents et leurs enfants hospitalisés en néonatalogie. De par sa position de spécialiste de la santé psychique de l'enfant, elle offre des consultations pour toutes les situations dans lesquelles le lien parent-bébé peut être mis en difficulté: patientes hospitalisées pour grossesse à risque ou pathologies fœtales, accouchements traumatiques, naissances prématurées et troubles précoces des interactions mère-bébé. Elle prend également en charge les situations de deuils périnataux.

Le pédopsychiatre est également impliqué dans toutes les situations de vulnérabilité psycho-sociale et dans les situations où la future mère ou son partenaire présentent une pathologie psychiatrique sévère. Cette psychopathologie peut être connue ou alors se révéler dans le cadre de la période périnatale. Pour ces situations particulières, un dispositif de prévention existe au sein de la Maternité du CHUV qui permet une détection la plus précoce possible. Il s'agit d'une plateforme multidisciplinaire, le Child Abuse and Neglect Team (CAN Team) sous responsabilité pédiatrique, à laquelle participent tous les professionnels impliqués à l'interne: pédiatres, obstétriciens, psychiatres, pédopsychiatres, sages-femmes, assistantes sociales et à l'externe: infirmière petite enfance, représentant du service de protection de l'enfance (DGEJ). Des partenaires à l'interne de l'institution ou à l'externe peuvent également venir présenter une patiente qui accouchera au CHUV et qui n'est pas encore connue. Les situations présentées sont discutées de manière multidisciplinaire et un plan de prise en soins est discuté au cas par cas.

Dans les situations particulières de psychopathologies parentales, les soins psychiatriques périnataux s'organisent alors autour d'un modèle de prise en charge conjointe entre psychiatrie et pédopsychiatrie de liaison. Il s'agit principalement d'un travail de consultation psychiatrique et pédopsychiatrique qui, préférentiellement, débute déjà dans le pré-partum (en hospitalier ou en ambulatoire) et qui se poursuivra tout au long de la grossesse et dans le post-partum immédiat, après la naissance de l'enfant dans le cadre de la maternité. Le psychiatre évaluera principalement l'état psychique de la mère, ses ressources familiales et la nécessité de mettre en place un cadre de soin et un traitement psychiatrique et psychothérapeutique adéquats, alors que le pédopsychiatre s'attachera à évaluer préférentiellement les compétences parentales, l'investissement de l'enfant, la qualité du support conjugal, les représentations mentales de l'enfant ainsi la qualité des interactions parent-bébé. Au-delà de l'évaluation, le pédopsychiatre de liaison proposera des interventions psychothérapeutiques, visant à travailler au niveau des représentations pa-

rentales, à soutenir la rencontre avec l'enfant et à renforcer la création des premiers liens parents-enfant.

Le psychiatre et le pédopsychiatre collaborent étroitement, partagent leur point de vue et prennent en compte la dyade (mère-enfant) ou, préférentiellement, la triade (mère-père-enfant) en prenant garde à ne pas entrer dans un clivage. En effet, le risque existe parfois que chacun des professionnels impliqués ne considère que le point de vue de son patient, à savoir la femme pour le psychiatre et l'enfant pour le pédopsychiatre, d'où l'importance d'une communication fréquente et formalisée sous forme de colloque commun: ce type d'espace est organisé mensuellement entre les deux équipes de psychiatrie de liaison adulte et de pédopsychiatrie de liaison au sein de la Maternité du CHUV.

A ce dispositif, se rajoute souvent l'intervention d'un.e infirmier.e spécialisé.e en psychiatrie périnatale, dont l'un des rôles principaux est un soutien aux équipes somatiques impliquées dans les soins obstétricaux et pédiatriques en première ligne. Ce soutien permet d'offrir aux patientes et à leurs enfants des soins cohérents, continus et contenant¹⁵⁾. Ce professionnel peut intervenir également seul auprès des patients directement ou en binôme avec le pédopsychiatre impliqué dans la situation dans un setting de co-thérapie, modèle permettant une double contenance et écoute aux dyades/triades parent-enfant¹⁶⁾.

Travail multidisciplinaire: articulations à l'interne et à l'externe

Cette équipe dédiée aux soins psychiques périnataux s'articule avec les autres professionnels du champ périnatal impliqués au sein du CHUV. Elle collabore avec les collègues obstétriciens et pédiatres, avec les équipes soignantes et avec le service social dans le but d'offrir à la mère, à son partenaire et à l'enfant la meilleure prise en charge possible. Le suivi obstétrical de ces patientes se fait idéalement au CHUV par un obstétricien référent en grossesse à risque qui suivra la patiente et son partenaire tout au long de son parcours obstétrical, ce qui permettra à la patiente de se familiariser avec le lieu d'accouchement et de créer des liens sécurisés avec les différents intervenants. L'équipe du CAN Team peut également accompagner les futures mères et leur partenaire pendant la grossesse et au-delà, afin de construire une alliance thérapeutique la meilleure possible. Dans les situations de graves troubles de la relation précoce ou alors quand la mère est trop décompensée psychiquement pour s'occuper de son nouveau-né à temps plein, il existe la possibilité de prolonger le séjour de la mère à la maternité ou alors d'hospitaliser le nouveau-né en néonatalogie. Ces deux possibilités permettent au pédopsychiatre et au psychiatre de pouvoir avoir plus de temps pour évaluer, traiter et orienter les situations au cas par cas.

En effet, un des rôles primordiaux du pédopsychiatre est de pouvoir assurer à la dyade ou à la triade une prise en charge adéquate et suffisante à sa sortie de la maternité. Son but est que les compétences paren-

Formation continue

tales soient jugées suffisamment bonnes pour offrir à l'enfant un environnement propice à son bon développement psycho-affectif. Il existe alors, en termes de suite de prise en charge, un continuum allant de soins psychiques ambulatoires à un placement de l'enfant dans les situations extrêmement pathologiques. Là encore, le pédopsychiatre de liaison devra collaborer et se mettre en lien avec les différents professionnels qui prendront la suite, comme, entre autres, le pédiatre traitant, le pédopsychiatre ambulatoire, la sage-femme indépendante, l'infirmière petite enfance, la protection de l'enfance, etc. Il est ici à souligner l'importance d'un relais de prise en charge ambulatoire spécialisée pour les enfants âgés de 0 à 5 ans et leur famille, afin de viser une chaîne de soins la plus efficace possible⁽⁵⁾.

Conclusion

La grossesse et la naissance d'un enfant représente un moment clé dans la vie d'une femme et de son partenaire. Cette période entraîne inévitablement un accès à des soins médicaux généraux, dans un contexte particulier, physiologique. C'est une opportunité à saisir pour les professionnels du champ périnatal afin d'avoir contact avec des personnes présentant des vulnérabilités psycho-sociales. L'accès à la maternité offre très souvent un véritable tremplin pour permettre une entrée en soin à des patients jusque-là réfractaires ou inatteignables.

Intervenir comme spécialiste du soin psychique de l'enfant au sein de la maternité offre donc une magnifique opportunité en termes de santé publique et de prévention. Le pédopsychiatre de liaison formé à la périnatalité bénéficie là d'un lieu d'intervention privilégié où il pourra apporter son expertise à des situations complexes en se préoccupant à la fois de l'enfant à naître ou du nouveau-né, à ses parents ainsi qu'à la qualité des interactions parent-enfant. Il est important de rappeler aussi que l'arrivée d'un enfant est également souvent l'occasion de motiver des parents présentant une fragilité à entreprendre des soins psychiques pour eux-mêmes, ce qui a pour conséquence de favoriser une bonne alliance thérapeutique, indispensable au traitement psychothérapeutique. Prendre en soin de futurs parents est donc une formidable occasion d'assurer le meilleur devenir pour l'enfant afin de prévenir la survenue, pour lui-même et sa famille, de problèmes psychiatriques dans le futur.

Auteurs

Dr. med. Mathilde Morisod Harari, Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne

Dr. med. Carlo Delli Noci, Service de la psychiatrie de liaison, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne

Dr. med. Jean-Jacques Cheseaux, CAN Team, groupe hospitalier de protection de l'enfance, Service de pédiatrie, Département Femme-Mère-Enfant, CHUV, Lausanne

Dr. med. Hélène Legardeur, Service de gynécologie-obstétrique, Département Femme-Mère-Enfant, CHUV, Lausanne

Aline Yersin, Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne

Dr. med. Kerstin Jessica Plessen, Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne

Dr. med. Daniel S. Schechter, Service universitaire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

- 1) O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28:3-12.
- 2) Pires AJ, de Matos MB, Scholl CC, et al. Prevalence of mental health problems in preschoolers and the impact of maternal depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29:605-616.
- 3) Lewis AJ, Austin E, Knapp R, Vaiano T, Galbally M. Perinatal Maternal Mental Health, Fetal Programming and Child Development. *Healthcare (Basel)*. 2015;3:1212-1227.
- 4) Tough SC, Siever JE, Leew S, Johnston DW, Benzie K, Clark D. Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up of a community based trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8:16.
- 5) Sancho-Rossignol A, Schilliger Z, Cordero MI, et al. The Association of Maternal Exposure to Domestic Violence During Childhood With Prenatal Attachment, Maternal-Fetal Heart Rate, and Infant Behavioral Regulation. *Front Psychiatry*. 2018;9:358.
- 6) Giallo R, Cooklin A, Wade C, D'Esposito F, Nicholson JM. Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child Care Health Dev*. 2014;40:327-336.
- 7) Schechter DS, Willheim E, Hinojosa C, et al. Subjective and objective measures of parent-child relationship dysfunction, child separation distress, and joint attention. *Psychiatry*. 2010;73:130-144.
- 8) Dollberg D, Feldman R, Keren M. Maternal representations, infant psychiatric status, and mother-child relationship in clinic-referred and non-referred infants. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19:25-36.
- 9) Easterbrooks MA, Bureau JF, Lyons-Ruth K. Developmental correlates and predictors of emotional availability in mother-child interaction: a longitudinal study from infancy to middle childhood. *Dev Psychopathol*. 2012;24:65-78.
- 10) Reynolds AJ, Temple JA, White BA, Ou SR, Robertson DL. Age 26 cost-benefit analysis of the childparent center early education program. *Child Dev*. 2011;82:379-404.
- 11) Foster EM, Jones D. Can a costly intervention be cost-effective?: An analysis of violence prevention. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1284-1291.
- 12) Capgras-Baberon D. L'entretien prénatal précoce: mode d'entrée dans le réseau. *Spirale*. 2012;61:47-53.
- 13) Bailleau B, Pirc H. Interventions du psychologue en prévention périnatale. *Le Journal des psychologues*. 2008;262:32-36.
- 14) Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *Bmj*. 2020;371:m3048.
- 15) Morisod Harari M SD, Despars J, Yersin A, Sidiropoulou O, Villard E, Plessen K. Réorganisation d'un service de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le domaine «Périnatalité et petite enfance». *Rev Med Suisse*. 2020;16:1737-1740.
- 16) Wendland J, Couëtoux-Jungman F, Khun-Franck L, et al. La cothérapie: un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé/jeune enfant. *La psychiatrie de l'enfant*. 2015;58:53-84.