

Une parentalité prématurée. Expérience et point de vue du pédopsychiatre de liaison en périnatalité

Early parenthood: Experience and point of view of the liaison child psychiatrist in perinatality

L. Woestelandt

© Lavoisier SAS 2022

Résumé La nombre de bébés prématurés (entre 22-23 et 37 semaines d'âge gestationnel) augmente en France depuis bientôt 15 ans. Ces naissances, surtout lors de l'extrême prématurité, surviennent parfois dans des contextes traumatiques et nécessitent une hospitalisation du bébé, souvent de plusieurs semaines, en soins intensifs de néonatalogie ou de réanimation pour les cas les plus sévères.

Cette fin brutale de la grossesse, les circonstances parfois traumatiques de l'accouchement, la séparation parents-bébé lors l'hospitalisation immédiate du nouveau-né sont des facteurs de risques de trouble du lien parents-bébé, de difficultés dans les interactions et de dépression du post-partum.

Dans ce contexte l'intervention d'un pédopsychiatre de liaison peut aider à soutenir les premiers liens entre ces bébés prématurés et leurs parents, et le processus de parentalité, prématuré lui aussi.

Mots clés Grossesse · Prématurité · Parentalité · Pédopsychiatrie

Abstract The number of premature babies (between 22-23 and 37 weeks of gestation) has been increasing in France for almost 15 years. These births, especially in cases of extreme prematurity, sometimes occur in traumatic contexts and require hospitalization of the baby, often for several weeks, in neonatal intensive care or intensive care unit for the most severe cases.

This abrupt end of pregnancy, the sometimes-traumatic circumstances of the delivery, the brutal separation of parents and baby during the immediate hospitalization of

the newborn are risk factors for disturbances in the parent-baby bonding, difficulties in interactions and post-partum depression.

In this context, the intervention of a liaison child psychiatrist can help to support the first links between these premature babies and their parents, and the process of parenthood, which is also premature.

Keywords Pregnancy · Premature Newborn · Parenthood · Child Psychiatrist

Introduction

Entre 55 000 et 60 000 bébés naissent prématurés chaque année, en France. Un chiffre en augmentation depuis 15 ans environ. Selon les résultats de la cohorte EPIPAGE 2 [1], un tiers de ces enfants présenteront au cours de leur développement des difficultés motrices sensorielles, cognitives, comportementales.

De la naissance, parfois compliquée voire traumatique, à l'apparition d'un retard de développement, quels rôles peut tenir un pédopsychiatre de liaisons périnatales dans un service de soins intensifs et de médecine néonatale, auprès des familles et auprès des équipes soignantes ?

Histoire

L'histoire de la pédopsychiatrie de liaison est étroitement liée à celle de la pédiatrie.

L'ouvrage « *L'enfant et son corps* » 1999 [2] témoigne de cette première rencontre et collaboration entre un pédiatre, un pédopsychiatre-psychanalyste et un psychanalyste.

L'histoire se poursuit depuis quelques années avec l'essor de la psychiatrie « périnatale », secteur d'activité véritablement transversal et interdisciplinaire, qui implique la collaboration des gynécologues obstétriciens, pédiatres, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, puéricultrices,

L. Woestelandt (✉)

Unité petite enfance et parentalité Vivaldi, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Pr Cohen, 28, allée Vivaldi, F-75012 Paris, France
e-mail : laure.woestelandt@aphp.fr

DMU ORIGYNE, hôpital Pitié-Salpêtrière, F-75013 Paris, France

éducatrices de jeunes enfants, partenaires extrahospitaliers (HAD, PMI, CAMSP, crèche, équipe mobile périnatale).

Prévention, évaluation, orientation

Le développement de la psychiatrie périnatale, renforcé par les recommandations du rapport des 1 000 premiers jours, a permis, sur le site Sorbonne Université, la création d'une Unité de Psychiatrie Périnatale où un binôme de psychiatre et pédopsychiatre intervient dans des services de maternité et néonatalogie sur les sites de Tenon, Trousseau et la Pitié-Salpêtrière à Paris.

Cette collaboration étroite permet le repérage précoce des situations à risques psycho-sociale, de vulnérabilité maternelle et parentale (pathologies psychiatriques maternelles, grossesse à risques, vécu traumatique de l'accouchement, accouchements compliqués, naissances prématurées, découvertes de pathologies fœtales avec un pronostic fonctionnel et/ou vital mis en jeu).

Intervenir en néonatalogie et en suite de couche offre une opportunité en termes de prévention et de santé publique et de repérages des situations à risques. En effet, le lien entre la santé psychologique de la mère et le développement de l'enfant n'est plus à démontrer [3,4]. Le développement psycho-affectif et cognitif de l'enfant dépend étroitement, en plus de facteurs génétiques et biologiques, de l'environnement interactif, c'est-à-dire de la qualité du lien et des interactions parents-bébé [3].

L'évaluation précoce du lien et des interactions parents-enfants, domaine complexe où plusieurs facteurs s'intriquent, est donc fondamentale, et ce, dès les premiers jours.

À ce stade d'intervention, plutôt que d'identifier une pathologie du lien mère-enfant (trouble du *bonding*) il s'agit de repérer des difficultés dans la mise en place du lien précoce et des facteurs pouvant entraver sa mise en place. Ces perturbations peuvent provenir d'une pathologie psychiatrique ou d'une fragilité psychologique maternelle ou parentale, d'une pathologie somatique du bébé, ou de l'environnement lié à l'hospitalisation [5,6]. C'est en considérant et agissant sur ces trois facteurs (parents-bébé-environnement hospitalier) que nous pouvons aider les parents à établir les premiers liens avec leur enfant. Une naissance prématurée et une hospitalisation en service de soins intensifs ou médecine néonatale illustrent l'intrication potentielle de ces trois facteurs : la naissance prématurée, souvent inattendue, parfois en lien avec un accouchement compliqué (césarienne d'urgence, risque vital pour la mère et/ou le bébé) surtout avant 32 semaines d'aménorrhée (SA), est perçue et vécue comme traumatique pour les parents, quelle que soit l'étiologie (prématurité spontanée, RCIU, prééclampsie, pathologie fœtale, hémorragie de la délivrance).

La séparation précoce mère-enfant qui en découle, même de quelques heures, peut être associée à un retard des manifestations de l'affection maternelle et paternelle [7].

La séparation doit être, dans la mesure du possible, aussi brève que possible afin de ne pas retarder la rencontre entre la mère et son bébé.

Les complications de la naissance et a fortiori une séparation mère-bébé augmentent le risque de dépression du post-partum, fréquemment associée à un trouble du lien mère-enfant [4,5].

Le bébé prématuré, même en l'absence de pathologie entravant ses capacités interactives, peut par son aspect morphologique différer d'un bébé à terme et imaginé par les parents, tenir ces derniers à distance, dans la crainte de « *ne pas savoir faire ou de lui faire mal en le prenant* », et freiner ainsi les premiers échanges de peau-à-peau ou l'implication dans les premiers soins. Plusieurs pathologies liées à la prématurité peuvent aussi entraver les échanges et le lien mère-bébé, par exemple lorsque le bébé est très excitable, irritable, difficile à calmer. Cette impossibilité à calmer son bébé peut entacher le sentiment de compétence maternelle et renforcer le sentiment d'impuissance qui peut, s'il n'est pas verbalisé et explicité, entraver le lien à l'enfant, l'investissement de ses parents dans les soins, et leur présence auprès de leur enfant.

Dès le pré-partum des situations à risques peuvent exister, soit par l'existence d'une pathologie psychiatrique maternelle, soit par la découverte d'une pathologie ou d'anomalies fœtales qui peuvent affecter les représentations, l'état émotionnel maternel [8] et mettre à mal l'attachement prénatal.

Il convient donc au pédopsychiatre de repérer, traiter et d'orienter, si besoin, les dyades les plus à risques vers des soins spécialisés : unité d'hospitalisation mère-bébé, hôpital de jour mère-enfant, unité petite enfance et parentalité, traitements médicamenteux et suivi psychiatrique de la mère le cas échéant.

Rencontre et liens : bébé-parents-équipe

Au-delà des pathologies psychiatriques maternelles, du risque majoré de dépression du post-partum dans les contextes de stress pré- et post-natal (grossesse à risque, anomalies fœtales, accouchement compliqué), le pédopsychiatre de liaison périnatale aide tous les parents, à leur demande ou à celle de l'équipe, à rencontrer leur enfant prématuré après cette arrivée au monde particulière et parfois traumatique. En effet, « *si toute naissance est une rupture, la naissance prématurée et l'hospitalisation en soins intensifs est arrachement* » [9]. La prématurité interrompt le temps psychique de la grossesse, temps de passage et de transformation de la femme enceinte à la mère, d'élaboration et de rêverie autour bébé à venir. Ce travail psychique ne s'opère plus ou s'opère

en accéléré, dans le même temps que les premières rencontres avec le bébé. L'accouchement prématuré, effraction temporelle, psychique et physique, crée alors un sentiment d'effroi, de sidération et parfois de déréalisation (« *ni tout à fait enceinte ni tout à fait mère* » ...). À ce vécu traumatique s'ajoute un vécu de honte, d'échec et de culpabilité. C'est dans la formulation de cette culpabilité qu'un travail de remise en lien et en activité de penser pourra s'effectuer. Leur montrer, malgré le sentiment de culpabilité originaire, qu'ils ne sont pas coupables de ce qui arrive à leur enfant, en accueillant toutefois avec bienveillance l'expression répétée de cette culpabilité, ce qui nécessite une formation et une préparation des équipes.

Les entretiens réguliers permettent alors une élaboration de cette réalité traumatique, réintroduisent cette capacité de penser après l'accouchement et l'hospitalisation. Cette fonction d'attention et de réception des souffrances des parents, et parfois des équipes, incombe aussi au pédopsychiatre pour les aider à retrouver leur capacité de penser malgré le traumatisme et après lui.

En plus du travail d'écoute, de prévention, d'évaluation et d'orientation spécifiques à certaines situations, accompagner les équipes soignantes référentes des parents et de l'enfant est essentiel pour contenir et transformer ces angoisses, et particulièrement des angoisses de morts lors de bébé extrêmes prématurés, qui débordent et touchent aussi les soignants au contact quotidien avec les familles. Le travail de liaison, à double sens, inclue les liens institutionnels entre les équipes et les familles : « *Aider les parents dans le lien à leur enfant c'est aussi aider les équipes dans leurs liens aux parents* ».

En effet, les services de maternité et de néonatalogie ont leur rôle à jouer pour créer les conditions favorables aux parents pour exprimer leurs capacités et sentiments parentaux. Les équipes soutiennent la parentalité en accompagnant les parents dans les soins au bébé, dans l'ajustement au rythme et besoins du bébé, afin de savoir les repérer, les comprendre et y répondre de manière adaptée.

Pont entre les parents et les équipes, le pédopsychiatre de liaison transmet aux équipes soignantes les informations nécessaires à une meilleure compréhension des difficultés rencontrées par les parents (pathologies psychiatriques, contexte de vie, conditions sociales ou culturelles) qui entravent la mise en place des premiers liens et parfois même la présence des parents.

Dans certaines situations complexes (trouble de la personnalité limite, problématiques psycho-sociales intriquées et dimensions transculturelles des représentations de l'enfant et de la maternité), les liens avec les équipes (des échanges informels dans le poste de soins aux réunions d'équipes) peuvent permettre de mieux comprendre un comportement perçu comme étrange ou bizarre et rendre lisible une conduite qui déconcentre une équipe. Transmettre les informations,

échanger et partager le vécu des équipes autour d'une situation, peut délier des parents et une équipe des contre-attitudes et attitudes contradictoires qui se répondent et enlisent la situation, et dénouer une situation prise au piège d'une incompréhension mutuelle.

Il s'agit souvent de comprendre et d'expliquer que le symptôme perçu (retrait, désinvestissement, présence fluctuante des parents, etc.) correspond à des modalités adaptatives et défensives au stress des parents, selon leurs histoires et leurs propres modalités d'attachement. L'hospitalisation en soins intensifs déclenche un vécu intense de peur, de détresse et de menace. Si le style d'attachement parental est de type insécure et désorganisé ceci vient activer leurs modalités défensives et adaptatives dont les systèmes motivationnels d'attachement et de *care-giving* entrent en concurrence. Ainsi un parent peu présent auprès de son enfant n'est pas forcément désinvesti ou dénué de sensibilité parentale, mais peut être aux prises avec ses propres angoisses et ses stratégies de défenses habituelles qui, si elles relèvent d'un attachement insécure ou désorganisé, se révèlent inadaptées pour répondre aux besoins primaires du bébé [6]. Un tel dilemme peut être source de désorganisation psychologique et des systèmes de régulation au stress jusqu'à la dissociation, réaction de figement ou d'agressivité envers les équipes soignantes. Les sollicitations de l'équipe pour rappeler à un parent en retrait l'importance de venir voir son bébé risquent d'aggraver les choses en intensifiant le conflit motivationnel. La priorité est alors de créer un climat émotionnel où le parent peut librement exprimer ses inquiétudes, son sentiment d'impuissance afin de pouvoir coconstruire avec l'équipe soignante un lien de confiance et un projet de soin. À l'inverse, certains parents peuvent apparaître trop intrusifs auprès de l'équipe en pointant le manque de continuité dans les soins, les avis professionnels parfois changeants ou contradictoires. Ce comportement n'est pas toujours à interpréter comme une volonté de manipulation des équipes, ou de maîtrise totale, mais comme une stratégie pour exprimer, indirectement, leur motivation à protéger leur bébé et leurs craintes qu'il manque de protection en leur absence. Face à la souffrance des familles et des patients, le pédopsychiatre de liaison œuvre ainsi par l'échange d'informations, l'écoute des inquiétudes des parents et des soignants, la formation des soignants à l'observation et à la compréhension de certains comportements parentaux (retrait, rejet, agressivité, hyperprotection envers l'équipe ou son bébé) à promouvoir l'alliance entre les équipes pédiatriques et les familles autour d'un projet de soin commun. Le travail de liaison de pédopsychiatrie périnatale, en suite de couche et service de soins intensifs néonatal, exige une transversalité comprise comme une harmonisation des savoirs, un partage et une complémentarité des actions, afin de réfléchir ensemble (pédopsychiatre, infirmière puéricultrice, pédiatre, psychologues, psychomotriciens, assistante sociales, obstétricien) pour penser à des solutions nouvelles.

Cette réflexion partagée permet à chacun d'évoquer son point de vue et possiblement d'en changer [10].

Conclusion

La parentalité « prématurée », souvent complexe, parfois difficile et douloureuse, peut nécessiter un accompagnement et écoute spécifique des vicissitudes qui en découlent.

Le parcours des enfants né prématurés et extrêmes prématurés, jamais linéaire, frôlant la mort impacte les processus psychologiques liés au devenir père et au devenir mère.

De la pathologie psychiatrique maternelle ou paternelle, à l'instabilité psychologique due à un l'accouchement prématuré, aux effets traumatiques possibles qui en découlent, et aux bouleversements émotionnels liés à la période du post-partum, la consultation de pédopsychiatrie de liaison donne aux parents un temps et un espace différents de celui des soins somatiques, pour favoriser la rencontre avec « cet enfant là, dans ce contexte-là » et renforcer la création des premiers liens parents-mère enfant. Le cadre de l'entretien, souple et malléable, varie en fonction de la disponibilité des parents (en chambre avec leur enfant, parfois pendant un soin ou un temps de peau-à-peau ou dans un bureau médical). Après une évaluation psychiatrique des parents, de leurs modalités d'attachement, de l'investissement du bébé en pré- et post-natal, des compétences et de la sensibilité maternelles et paternelles, le pédopsychiatre de liaison soutient les interactions précoces, favorise la mise en place du lien parents-bébé avec un travail sur l'ici et maintenant et sur les représentations parentales. Le suivi de pédopsychiatrie périnatal dès la maternité ou la néonatalogie offre ensuite la possibilité d'un relais précoce dès la sortie de l'hospitalisation vers les structures ambulatoires. S'occuper précocement des parents, du bébé et à ce qui se joue entre les deux, c'est veiller à la santé psy-

chologique des parents et prévenir la survenue de problèmes développementaux futurs de leurs enfants.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Pierrat V, Marchand-Martin L, Marret S, et al (2021) Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ* 373:n741
2. Kreisler L, Fain M, Soulé M (1995) L'enfant et son corps : études sur la clinique psychosomatique du premier âge. Paris, Puf; 552 p
3. Pires AJ, de Matos MB, Scholl CC, et al (2020) Prevalence of mental health problems in preschoolers and the impact of maternal depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 29(5):605–16
4. Lahti M, Savolainen K, Tuovinen S, et al (2017) Maternal Depressive Symptoms During and After Pregnancy and Psychiatric Problems in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 56(1):30-39.e7
5. Provenzi L, Fumagalli M, Bernasconi F, et al (2017) Very Pre-term and Full-Term Infants' Response to Socio-Emotional Stress: The Role of Postnatal Maternal Bonding. *Infancy* 22(5):695–712
6. Guédeney N, Beckechi V, Mintz AS, Saive AL (2012) L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. *Devenir* 24(1):9–34
7. Ruiz N, Piskernik B, Witting A, et al (2018) Parent-child attachment in children born preterm and at term: A multigroup analysis. *PLOS ONE* 13(8):e0202972
8. Viaux Savelon S, Decherf M, Bodeau N, et al (2020) Le dépistage anténatal sur puces ADN (ACPA) lors des anomalies mineures de l'échographie fœtale affecte les représentations et l'état émotionnel maternel : une étude exploratoire. *Devenir* 32(2):105–17
9. Golse B, Gosme-Seguret S, Mokhtari M (2001) Bébés en réanimation : naître et renaître. Odile Jacob, Paris, p. 160
10. Canoui P, Consoli SM (2012) Dix commandements du psychiatre de liaison et quelques codicilles pédopsychiatriques. In: Canoui P, Golse B, Seguret S (Eds) La pédopsychiatrie de liaison. Éditions Érès, Paris, p. 345–9