



HAL
open science

Qu'est-ce qu'être un bébé de parents souffrant de troubles psychiques ?

Natacha Collomb

► To cite this version:

Natacha Collomb. Qu'est-ce qu'être un bébé de parents souffrant de troubles psychiques ?. La parenté par les enfants : interroger la descendance. Université d'automne de l'ANR Origines, Centre Norbert Elias; Agnès Martial, Sep 2022, Carry-Le-Rouet (13), France. hal-03935059


HAL Id: hal-03935059

<https://hal.science/hal-03935059v1>

Submitted on 11 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Qu'est-ce qu'être un bébé de parent souffrant de troubles psychiques ?

LA PARENTÉ PAR LES ENFANTS. INTERROGER LA DESCENDANCE
UNIVERSITÉ D'AUTOMNE DU PROJET DE RECHERCHE « ORIGINES »



Que voyez-vous ?

Une vierge à l'enfant ?

Non. Une mère avec dépression du post-partum et son bébé en retrait relationnel



Adobe Stock | #42523850

« Déjà in utero, les bébés de parent souffrant de troubles psychiques sont parentifiés » (un psychiatre)

« Les mères psychotiques sont contenues par leur bébé » (une psychiatre)

Une lecture
possible en
termes de :

FORMES DE VIE

JEUX DE LANGAGE ?

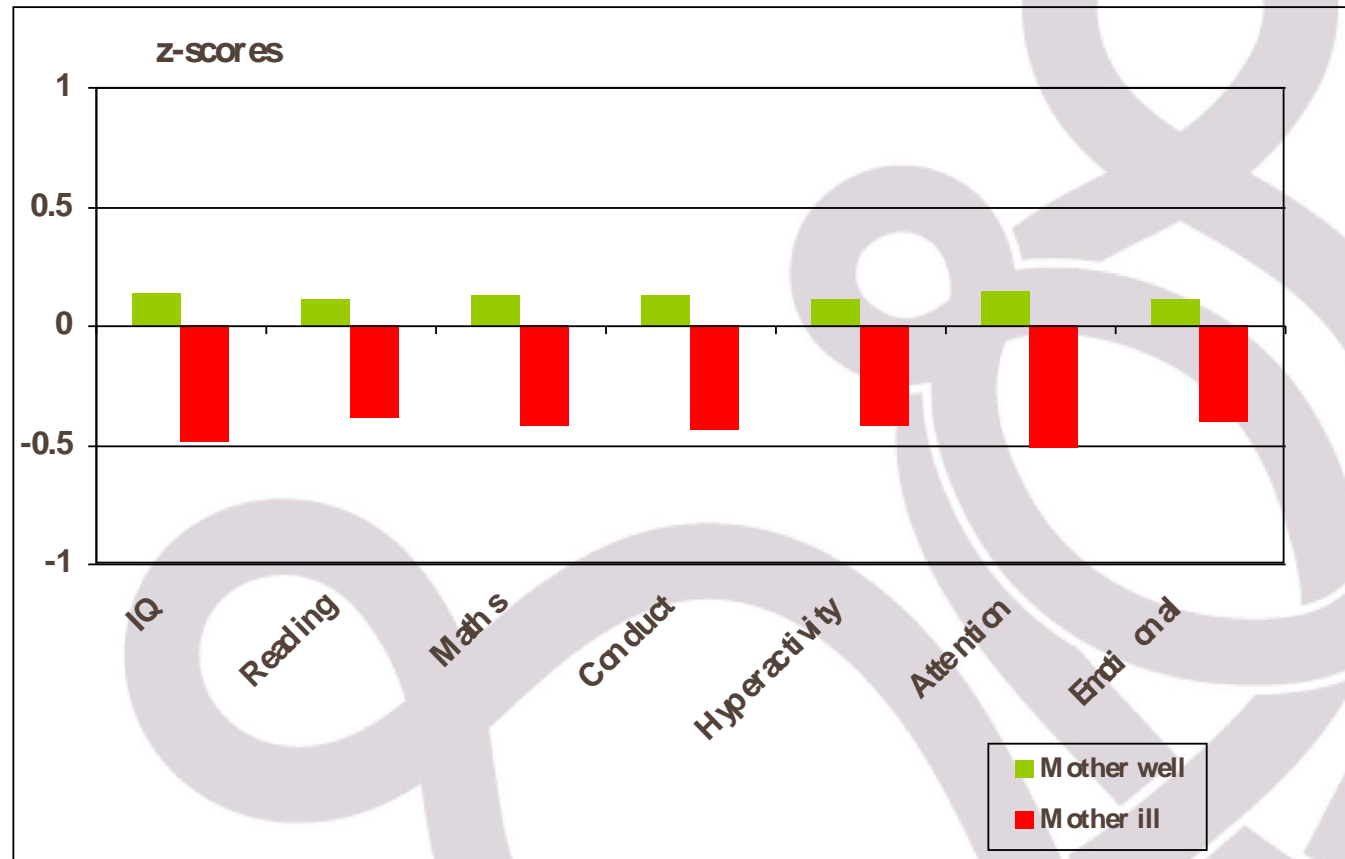
Les 1000 premiers jours

Là où tout commence

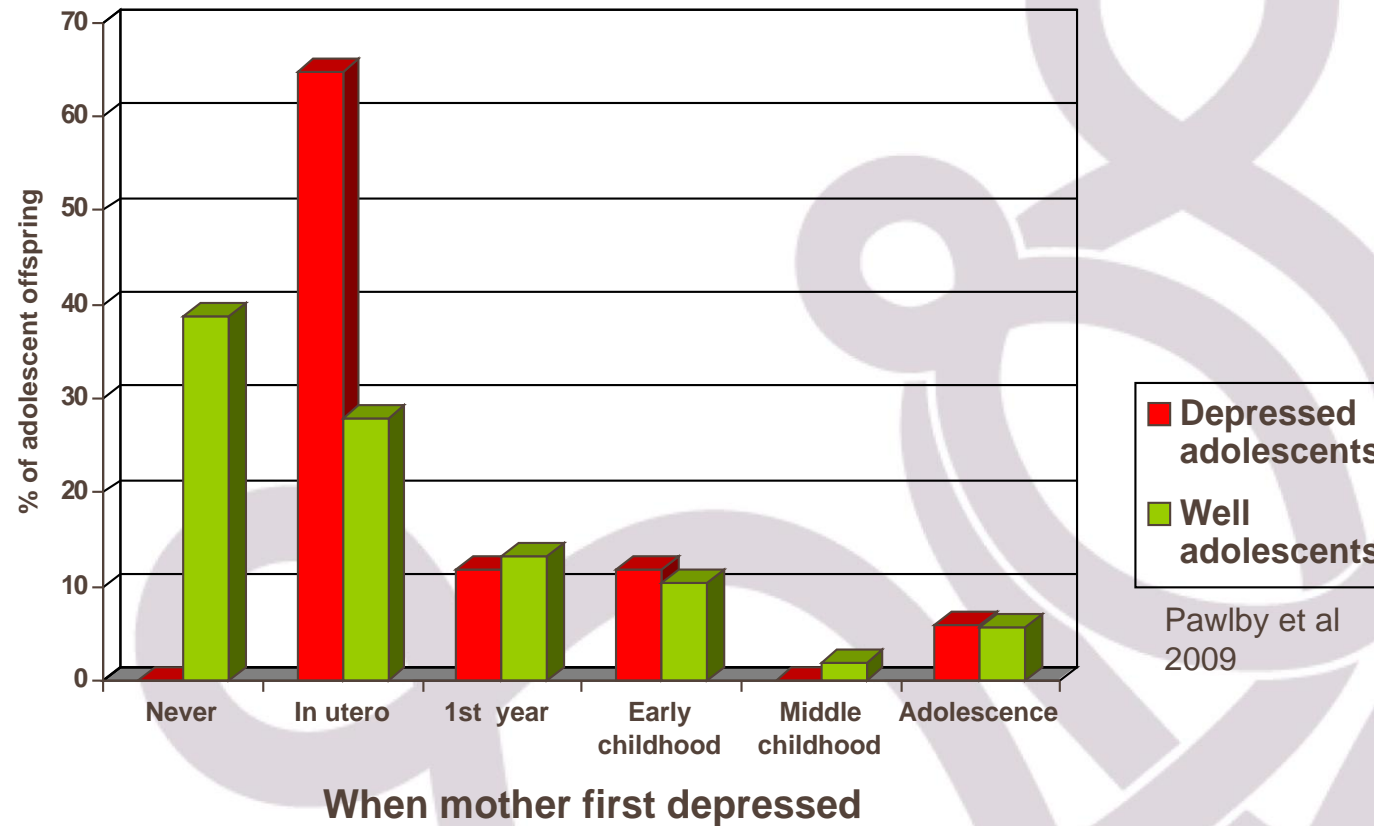
Rapport de la commission
des 1000 premiers jours
SEPTEMBRE 2020

- Les 1000 premiers jours : objet d'une attention des pouvoirs publics
- Les bébés de parents souffrant de troubles psychiques : un nouvel enjeu de santé publique (plaidoyer pluriprofessionnel, dimension psychique de la parentalité)
- Argumentaire épidémiologique (côté mère et côté bébé)
- Argumentaire médico-économique

Depression postnatale effets sur enfants à 11 ans (Hay et al 2008)



Dépression à 16 ans → 100% mères avaient une dépression, 60% pendant la grossesse



Le terrain 2018-2019 : une unité de traitement des troubles de la relation précoce

Les unités mère-enfant



Un lieu adapté

Un lieu propice à la construction du **lien mère-enfant** par la **prise en charge conjointe de maman et bébé**.



Permettre l'effondrement

Un cadre qui permet de s'effondrer **sans mettre en danger la santé de bébé**.



Devenir mère

L'objectif des unités mère-bébé est de permettre aux femmes d'accomplir le travail de **devenir mère**, dans un **cadre sécurisant**.



Des unités dans un service de psychiatrie ou pédopsychiatrie offrant :

- HDJ
ou HDS/HTP
- Et/ou CMP- Ambulatoire
- Et Consultation
Et/ou Equipes mobiles
- **Consultations médicales**
- **Psychothérapie**
- **Soins dits « psychocorporels »**
- **Psychomotricité**

Ou Unité parents-bébé

Ou Unité de soins conjoints parents-bébé

Equipe pluriprofessionnelle (médecin, infirmières, puéricultrices, éducatrices, psychomotricienne, assistante sociale, ASH...)

Deux « portes d'entrée »

Le parent ou les parents

- Souffrance psychique (trauma, deuil périnatal...)
- Antécédents de troubles psychiques (bipolarité...)
- Troubles psychiques avérés (schizophrénie...)
- Décompensation de trouble psychique (DPP, « psychose du post-partum »...)
- « Situation psychosociale »

Le ou les bébés

- Prématurité
- Troubles de l'alimentation, du sommeil...
- Malformation
- Handicap
- ...

JOURNÉE DE (PSY)PÉRINATALITÉ : PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE ET SANTÉ MENTALE PÉRINATALES (ZPSMP)

Sous le Haut Patronage de Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès BUZYN
Avec MAMAN BLUES et le COLLEGE ZPSMP

**SOIGNER LES PARENTS (malades psychiques)
PRENDRE SOIN DES BÉBÉS (en souffrance)
... ET INVERSEMENT ?**

Mieux répondre aux besoins de soins psychiques conjoints (parents-bébé) en développant une offre graduée et coordonnée promouvant l'égalité dans l'accès aux soins

Matinée
Accueil : 9h-5

BESOINS ET ATTENTES
Allocation d'ouverture Valérie MEZGER (DR CUSP) - Anne-Myrille RIVOAL (membre honorifique)
Introductions Maternité soignée et traversée / Alain GREGOIRE (R.U., Global Maternal Mental Health Alliance)
Table ronde : ATTENTES ET RESSOURCES DES PARTENAIRES
d'une difficulté maternelle soignée et traversée / Olivier BERNARD (pédiatre, responsable à la PMI des Rouches-du-Pôble) -
Jean-François CÉSARINI (dépistage de la première circonvolution du fœtus) - Sylviane GIAMPIRO (vice-présidente
du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age) - Sophie GUILLAUME (présidente honoraire du CUSP) -
Israël NISAND (président du CNGOF) - Catherine SALINIER (représentante de l'AFPA)

Après-midi
EXISTANT ET PERSPECTIVES
Tables rondes :
POINTS DE VUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES
Modération : Sarah SAMANES / Florence GRESSIER (présidente de la SVEP) - Denis MELLIER
(co-présidente de la WAMH-F)

ASSOCIATIONS
Modération : Catherine MASSOUBE / Armelle BOISVON (UNAFAM) - Claude
FINKELSTEIN (FNAFST) - Elise MARCENDE (MAMAN BLUES)

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS
Modération : (à préciser) / François EDOUARD (FNAFP/CSF) - Sylvie NEZLOFF
(pédiopsychiatre, SVEP) - Sylvie VIAUX (pédiopsychiatre, WAMH-F)

POUR UN PARCOURS GRADUÉ ET COORDONNÉ DE SOINS CONJOINTS
Modération : Yvan HALIMI (président du comité de suivi "psychiatrie et santé
mentale HAS) / Raoul BELZEAUX (psychiatre) - Danièle CAPGRAS
BABERON (pédiopsychiatre) - Eve LUMBROSO (pédiopsychiatre) - Anne-Laure
SUTTER (pédiopsychiatre) - Pauline VIGNOLES (gynécologue-obstétricienne)

Débat général animé par Michel DUGNAT (Collège ZPSMP)
Conclusion(s) Kaïa JULIENNE (dir. HAS) - (à préciser)

Fin : 17h15

5 juin 2019
Ministère des Solidarités et de la Santé - PARIS

Salle Laroque,
Ministère des Solidarités et de la Santé
14, avenue Duquesne - 75007 Paris
Métro Saint-François-Xavier ou Ecole Militaire

à scanner avec application ad hoc sur téléphone intelligent

Entrée gratuite / inscription obligatoire (nombre de places limité)
<https://www.surveio.com/survey/d/C314K8Q6L6B3R9C4F>

Sous l'égide de
Maman Blues
CNGOF
La Société Marcé Francophone
FNAFP/CSF Fédération de France à associer
INFRANT MENTAL HEALTH
Avec la soutien de l'Association Recherche Information Périnatale
Ministère des Solidarités et de la Santé

Lucien et Dominique

Maladie psychiatrique de la mère

Occultation ou euphémisation dans les conversations et les réunions cliniques des conditions de naissance de Lucien

Sœur aînée de 8 ans déscolarisée

Relation mère-bébé « adaptée »

Situation qui « hystérise » l'équipe, fabrique du fantasme ?

En conclusion : une information préoccupante et vers un placement de l'une ou des deux enfants ?

Deuil : fausse-couche avec vécu traumatique

Enfant de l'ASE / violences y compris sexuelles familiales

Violences conjugales

Grossesse pas investie, envisage accouchement sous X

Echo du 2^{ème} trimestre, garde le bébé

Premier enfant en difficulté (retard de langage, pas psychomotricité fine)

Relation mère-bébé compliquée

En conclusion : préparation de maternité partielle, aide éducative, souci pour Dalia

Être un bébé scruté

- ▶ Observation du parent, du bébé, de la relation contrainte par culture professionnelle incarnée dans et cadré par un langage commun cofabriqués dans la pratique professionnelle et dans le cadre de l'institution à partir de formations initiales et continues diverses – Le langage/la terminologie constituent la grille de l'observation
- ▶ Prémisse : doute sur la qualité de la relation et la santé psychique du bébé
- ▶ Principe d'absence de jugement : idéal discursif inconciliable avec évaluation concomitante à l'observation (« Je ne fais pas son procès »)
- ▶ Items orientant l'observation (portage, regard, bonne distance, ajustement, attachement, babillage, tonus, développement psychomoteur...)

Être un bébé interprété

- ▶ Expression de souffrance typique : retrait relationnel : silencieux
- ▶ Lecture des signes : comportement et somatique
- ▶ Bébé ventriloque ou caisse de résonance
- ▶ Bébé doté de compétences expressive et compréhensive
- ▶ Cadre de référence côté psychologues reste d'inspiration psychanalytique
- ▶ Un oubli dans le dispositif d'observation : s'observer soi-même ainsi que les effets de l'institution (cf. allaitement Dalia)
- ▶ Introduction d'échelles de cotation (Alarme Détresse Bébé)? Quels effets sur l'observation ?

En conclusion, deux questions

- ▶ Qu'est-ce qu'on verrait hors des contraintes de ce cadre d'observation ?
- ▶ Qu'est-ce que produirait une observation de ce type d'un bébé, parent, relation dans un contexte « ordinaire » ?

ALARME DETRESSE BEBE (ADBB) A. Guedeney, 2012©

Chaque item est coté de 0 à 4.

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait**
- 1 : Comportement discrètement anormal**
- 2 : Comportement nettement anormal**
- 3 : Comportement très nettement anormal**
- 4 : Comportement massivement anormal**

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. **En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**



1 EXPRESSION DU VISAGE. Diminution de l'expressivité du visage :

0 : 1 : 2 : 3 : 4

2 CONTACT VISUEL. Diminution du contact visuel :

0 : 1 : 2 : 3 : 4

3 ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 : 1 : 2 : 3 : 4

4 GESTES D'AUTO-STIMULATION. L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottements répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité' :

0 : 1 : 2 : 3 : 4

5 VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

0 : 1 : 2 : 3 : 4

6 VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION. Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note : ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; **l'absence de réaction ne permet pas de coter :**

0 : 1 : 2 : 3 : 4

7. RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

0 : 1 : 2 : .3 : 4 :

8 - ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen :**

0 : 1 : 2 : 3 : 4

Nom/N° :

Age : Examineur

Total :