



HAL
open science

Recommandations pour la pratique clinique : “ Interventions pendant la période périnatale ”. Chapitre 7 : La mise en place des liens d’attachement du nouveau-né selon ses rythmes et besoins, l’accompagnement adapté des parents

Romain Dugravier, françoise Molenat, Pierre Fournernet, Catherine Salinier-Rolland

► To cite this version:

Romain Dugravier, françoise Molenat, Pierre Fournernet, Catherine Salinier-Rolland. Recommandations pour la pratique clinique : “ Interventions pendant la période périnatale ”. Chapitre 7 : La mise en place des liens d’attachement du nouveau-né selon ses rythmes et besoins, l’accompagnement adapté des parents. [Rapport de recherche] Collège National des Sages-Femmes de France. 2021. <hal-03283279>

HAL Id: hal-03283279

<https://uca.hal.science/hal-03283279v1>

Submitted on 18 Jul 2021

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

C7

INTERVENTIONS PENDANT LA PÉRIODE PÉRINATALE

Recommandations pour la pratique clinique - 2021



ÉDITIONS DU
COLLÈGE DES
SAGES-FEMMES
DE FRANCE

RPC 2021 - Interventions pendant la période périnatale

Chapitre 7

La mise en place des liens d'attachement du
nouveau-né selon ses rythmes et besoins,
l'accompagnement adapté des parents

Romain Dugravier¹
Françoise Molenat^{2,3}
Pierre Fourneret^{4,5}
Catherine Salinier-Rolland⁶

Affiliations

1. Centre de psychopathologie Périnatale Boulevard Brune ;
GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, 26, boulevard brune – 75014 Paris
2. Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement
3. Société francophone de psychologie périnatale 15 rue Cité-Bousquet 34 090 Montpellier
4. Service Psychopathologie du Développement - Hôpital Femme Mère Enfant, Hospices Civils de Lyon
5. Institut des Sciences Cognitives Marc Jeannerod - UMR CNRS 5229 & Université Claude Bernard Lyon, Bron cedex
6. Association Française Pédiatrie Ambulatoire. 108 rue du moulineau, 33170 Gradignan.

Correspondance

Dr. Romain Dugravier
Centre de psychopathologie Périnatale Boulevard Brune
GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences
26, boulevard brune
75014 Paris
r.dugravier@ghu-paris.fr

Résumé

Les rythmes de veille et de sommeil d'un nouveau-né sont très spécifiques, neurologiquement déterminés, différents du rythme des adultes et nécessitent une réponse adaptée et prévisible des parents. Cette réponse favorise les liens d'attachement, qui se construisent aux étapes précoces du développement, et influenceront la qualité des relations psychoaffectives ultérieures et l'adaptation aux événements de la vie. Cette adaptabilité de la parentalité sera soutenue par un accompagnement pluri-professionnel dès la période périnatale, attaché au dépistage et à la prise en charge des vulnérabilités psychiques.

Mots clés : Sommeil du bébé, cris du nouveau-né, liens d'attachement, dépression périnatale, soutien parental.

1. Introduction

Les jeunes parents sont souvent soumis à divers messages contradictoires ou injonctions impérieuses concernant les soins à prodiguer à leur nouveau-né : d'un bébé, qui pleure, ils peuvent ainsi entendre qu'« il fait des caprices », ou recevoir le conseil de « ne pas le prendre trop dans les bras pour éviter qu'il ne s'habitue ». A contrario, sont encore véhiculées des conceptions passivistes d'un nourrisson « passif » qui ne se développerait que grâce aux stimulations de l'environnement. La révolution amorcée à partir des années 60-70 par les travaux sur les compétences précoces du nourrisson nous permet de mieux comprendre quelles sont les ressources du bébé et de battre en brèche ces lieux communs. On reconnaît aussi comment les interactions parent-enfant, par leur continuité, contribuent au développement émotionnel, cognitif et social du jeune enfant, ce qui sera crucial tout au long de la vie.

Un bébé humain n'a aucune autonomie d'action ni pour se nourrir, se mouvoir, se déplacer, comprendre ce qui se passe autour de lui. Il est totalement dépendant de son entourage immédiat (sa mère les premiers temps) pour se construire en sécurité (préfigure son développement ultérieur ?), il a besoin que l'on réponde à ses besoins physiques (contact, nourriture), cognitifs (stimulation) et psychoaffectifs (émotion) : c'est l'expression de la théorie de l'attachement qui fixe le cadre conceptuel et expérimental le plus communément partagé actuellement pour rendre compte de l'importance des interactions mutuelles parent-bébé permettant au bébé de se construire harmonieusement.

Un tel ajustement nécessite une réponse adaptée et rapide à ses besoins par la mère et le père (ou l'autre partenaire ou figure d'attachement). Une disponibilité physique et psychique des parents est nécessaire. Ceci fait appel à des parents qui vont suffisamment bien sur le plan psychique pour se rendre disponibles et attentifs aux besoins physiques et de relation affective de leur enfant. Il est donc important que les parents soient informés et soutenus dans ce rôle par leur entourage proche familial et amical ou, à défaut, d'être accompagnés si l'un ou l'autre ne va pas bien par une équipe professionnelle adaptée.

Les futurs parents se préparent à l'accueil de leur enfant tout au long de la grossesse, grâce à leurs relations propres et, si besoin, l'accompagnement attentif des professionnels (médecins, sages-femmes). Le futur co-parent est un(e) partenaire nécessaire pour sa compagne, pour l'enfant, mais aussi pour les professionnels.

Si l'on veut améliorer l'ajustement parental aux rythmes et besoins du bébé à venir, il suffit d'avoir en tête que les futurs parents éprouvent le même type de besoins qu'un enfant, si la vie les a confrontés à des expériences négatives fragilisant leur propre sentiment de sécurité : qualité d'accueil, écoute, protection, cohérence et fiabilité des liens. Dans ces cas, on peut parler de soin du « devenir parent ». La disponibilité émotionnelle ne se commande pas, les adultes doivent l'avoir éprouvée dans leur propre construction ou lors de l'accompagnement périnatal.

Les processus de lien entre l'enfant et le monde extérieur commencent dès la grossesse, via l'état physique et émotionnel de la femme enceinte qui teinte les sensations déclenchées chez le fœtus (rythme, sons, odeurs, contact). La qualité de la relation conjugale modifie les sensations et les émotions maternelles, se répercutant sur le bébé in utero.

Le suivi global aux différentes étapes périnatales est une donnée récente, favorisée par le rapprochement des disciplines. La compréhension des étapes précoces dans la construction de l'enfant constitue un changement profond. Le concept des « 1000 premiers jours » vient consacrer l'opportunité neuve d'une prévention efficace des troubles du développement sous toutes leurs expressions, en même temps que l'accueil personnalisé des futurs parents doit permettre de prévenir les perturbations dans la construction des liens familiaux. L'objectif commun à l'ensemble des professionnels qui se succéderont autour d'une même famille est le bien-être de l'enfant. Toutes les composantes, biologiques, sociales, psychiques doivent donc être prises en compte, à partir des besoins du nourrisson via ceux des adultes aux différentes étapes de la procréation, et ce dès le projet d'enfant.

Chaque consultation de suivi de grossesse, chaque consultation pédiatrique doit être le lieu d'information, de prévention, de dépistage autant que des soins.

Nos résultats ont donc été développés autour de 4 thématiques, à savoir : le développement physiologique des états de veille et sommeil de l'enfant, un focus sur l'apport des neurosciences, les relations parent-enfant et la théorie de l'attachement et le rôle de l'environnement humain dans la construction psycho-affective de l'enfant : la mère, le père ou co-parent, les professionnels.

2. Matériels et méthodes

Cette recherche n'ayant pas pour but l'exhaustivité, nous avons conduit une revue narrative de la littérature en nous focalisant sur les articles jugés les plus pertinents. Nous avons identifié les articles scientifiques à partir de mots clés ou de recherches manuelles sur la base de données Medline. Les rapports ou les recommandations de pratiques existantes ont été recherchés manuellement sur les moteurs de recherche "grand public". Nous nous sommes limités aux documents publiés en anglais ou en français. La sélection des articles s'est faite sur la lecture du titre et des résumés.

3. Le développement physiologique des états de veille et sommeil de l'enfant

3.1 Rythmes veille et sommeil du bébé, les cris du nouveau-né

Les jeunes parents ont, avant la naissance, une image idéalisée d'un bébé. Or la réalité n'est pas celle-ci. Les périodes de veille et sommeil d'un nouveau-né ne sont pas du tout rythmées selon des horaires d'adulte. Cela impose une adaptation du rythme de vie à celui du bébé.

Du nouveau-né à l'adulte, le sommeil soutient d'autres grandes fonctions biologiques. La santé somatique mais aussi psychique et sociale sont étroitement liées au temps et à la qualité du sommeil. Un mauvais sommeil chez le bébé peut être un marqueur, conséquence ou cause, de particularités relationnelles avec son entourage, de difficultés psychologiques ou de vie. Banal la plupart du temps et relevant d'une prise en charge de premier recours de soutien à la parentalité, un trouble du sommeil pourra avoir, mal pris en compte, des conséquences somatiques, métaboliques, cognitives ou psychologiques [1].

Chez le bébé, les parents se plaignent des cris du bébé quand il ne dort pas. Les cris du bébé sont un appel, simplement une manifestation d'éveil et, s'ils sont la manifestation d'un inconfort, il convient d'évoquer d'abord un inconfort relationnel (sensation d'être seul, besoin d'être pris dans les bras) plutôt que de craindre à un inconfort physique (douleur).

La structuration du sommeil, ses différentes phases, leurs rythmes, sont variables au cours du développement et il importe d'en informer les parents dès la période anténatale (séances de préparation à la naissance) puis après la naissance (aux examens systématiques de suivi du nouveau-né) dans une optique d'adaptation de leurs comportements vis-à-vis du bébé, de prévention des troubles des interactions et d'attitudes thérapeutiques inadaptées : arrêt d'allaitement, changements incessants de lait ou médicaments injustifiés [2]. Le recours au pédiatre en ville ou en PMI sera nécessaire avant toute prescription (en particulier à visée digestive) ou régime alimentaire non documentés. Seront exclus les troubles du sommeil d'origine organique (voir Figure S1, en annexe).

3.2 Structuration du sommeil, variation de rythme du nouveau-né au nourrisson : conséquences pratiques [3]

Le sommeil est une activité cyclique spontanée et automatique à partir d'une commande hypothalamique [4] qui règle le sommeil en cycles répétés entrecoupés de micro-réveils. Les cycles de sommeil dès la fin de la vie fœtale se modifient dans leur structuration de la naissance à l'adolescence puis à l'âge adulte.

Les particularités des rythmes des bébés doivent être expliquées aux parents dès avant la naissance. La question du sommeil ou des pleurs doit être posée à chaque consultation, même si les parents n'expriment pas de plainte d'eux-mêmes.

0-6 mois : Cycles veille/sommeil sur un rythme ultradien : [5, 6]

Le sommeil des nouveau-nés comprend deux phases : le sommeil agité et le sommeil calme. Le sommeil agité est indispensable à la structuration neuronale qui soutiendra les acquisitions psychomotrices. Il représente à la naissance 50% à 80 % du temps de sommeil. Au cours de cette phase, le bébé bouge, gémit, grogne, a des mimiques, des gaz digestifs, sa respiration est irrégulière avec de petites apnées et des sortes de sanglots. Des parents inquiets, et non prévenus, prennent souvent ces manifestations pour un état de mal-être de leur bébé, voire de douleurs ou de faim. Voulant l'apaiser, ils prennent le bébé dans les bras et lui proposent le sein ou un biberon. En fait, ils le réveillent, désorganisant son sommeil parfois pour longtemps. Puis suit, une phase de sommeil calme, qui dure 10 à 20 minutes par cycle. La période d'éveil qui suit comprend une phase d'éveil calme où le bébé fait des mouvements de succion, regarde autour de lui, bouge calmement. C'est alors qu'il est le plus apte à prendre le sein. Une phase de veille active suit, où il est encore disposé à téter, puis une phase de veille agitée où il s'agite de plus en plus, crie et ne sera plus disponible. Puis il s'endort, souvent après quelques pleurs. (Figure 1)

Le bébé s'endort en veille agitée et la première phase de sommeil est du sommeil agité, ce qui est déroutant pour les parents. Le sommeil, qu'il soit calme ou agité, doit être respecté tant que le bébé n'appelle pas franchement. Les tétées et les interactions se feront en veille calme ou active. Lors de la phase de veille agitée, il conviendra de bercer le bébé, ce qui facilitera son endormissement

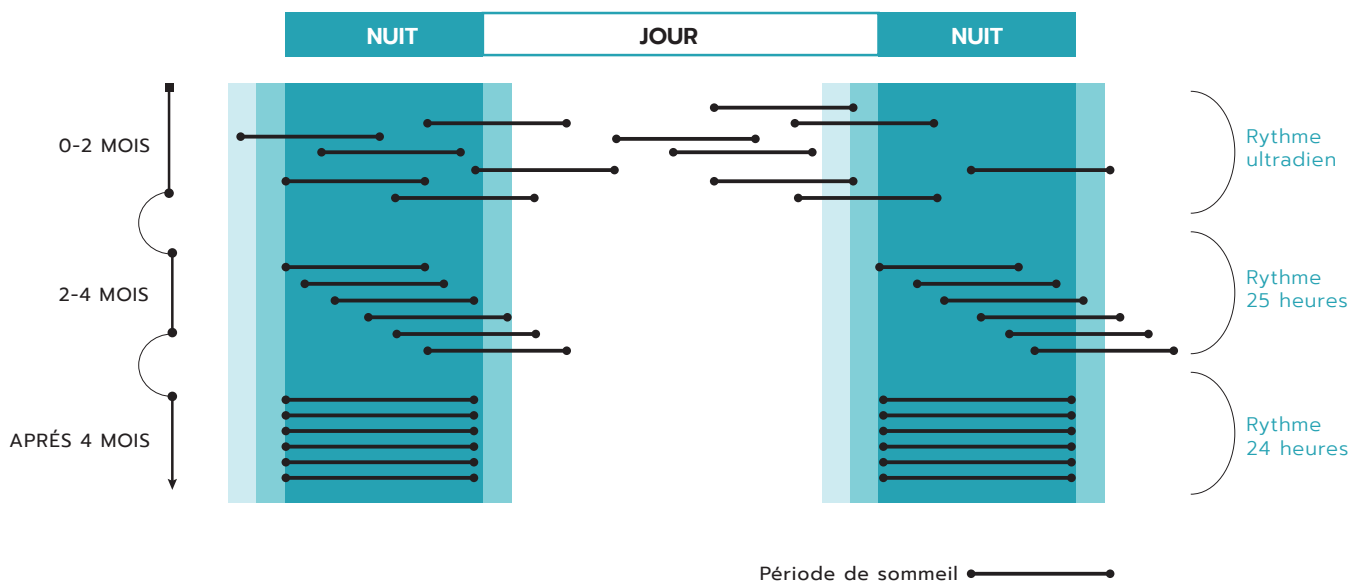


Figure 1. Développement des rythmes circadiens

Ce cycle complet dure 45 mn environ puis le bébé peut se réveiller ou enchaîner plusieurs cycles pour de longues phases de sommeil. La succession de ces cycles successifs se fait sur un rythme ultradien (de plus de 24h) ce qui explique qu'ils n'ont aucune régularité d'un jour à l'autre, qu'il fasse jour ou nuit. Il faut 4 à 6 mois pour qu'un nouveau-né adopte un rythme circadien (sur 24h) (Figure 1).

Au total, il est recommandé d'informer les parents des phases de sommeil agité, qui ne nécessitent pas d'intervention parentale (Accord d'experts) et de profiter des phases d'éveil pour les interactions (Accord d'experts).

Il est fréquent de ne pas pouvoir calmer un bébé en période de veille agitée. Bien sûr il est normalement instinctif (la mère est sous l'influence de la sécrétion d'ocytocine) et raisonnable de tout tenter pour calmer les cris d'un bébé [7]. Il est observé que, portés 80% du temps contre leur maman, les bébés crient quand même au moins 2h par jour (en temps cumulé). Les bébés qui ne sont pas portés ou moins portés crient deux fois plus longtemps [8]. Aussi, quand le bébé ne se calme pas et que « rien n'y fait », il est préférable d'accepter ces cris comme on accepte les mouvements des bras ou des jambes d'un bébé qui bouge. On peut considérer ces cris comme une activité phonique non articulée équivalant à une activité motrice non coordonnée vers un but (9). Il est donc conseillé de prendre le plus possible les bébés dans les bras lorsqu'ils crient. Cependant si le contact, le bercement et le sein ne les calment pas, il faut admettre qu'on ne peut rien pour eux à ce moment-là et les laisser se calmer seuls, pour leur re-proposer les bras un moment plus tard. Ces périodes de cris inconsolables des bébés débutent à 2 semaines de vie, culminent à 7 semaines et sont beaucoup plus rares à partir de 3 mois [8]. Trois mois est un âge où, d'ailleurs, le bébé a un développement psychomoteur tel qu'il peut davantage explorer l'environnement.

Sont classiquement considérés comme excessifs et anormaux des cris inconsolables qui dépassent 3h par jour de façon régulière.

Il conviendra alors de consulter et d'envisager une cause somatique éventuellement digestive. (Figures 2 et Tableau 1). Les symptômes digestifs sont à analyser soigneusement avant de tout étiqueter « coliques » et les traiter sans discernement ou les accepter avec fatalisme.

Une période de cris inconsolables se situe, chez la grande majorité des bébés, en fin de journée de 20h à 24h : c'est la fameuse période des « pleurs du soir ». Durant la grossesse, cette période de veille agitée est observée, par enregistrement des mouvements fœtaux, aux mêmes heures et pendant la même durée. Elle continue après la naissance « avec le son » et il convient de bien la comprendre et de bien l'accepter sans impatience plutôt que de penser que le nouveau-né est angoissé ou malade et de mettre en place des mesures médicales, paramédicales, comportementales ou interactives inadaptées.

Quand un bébé crie de façon vigoureuse et ne peut être consolé par le bercement, il vaut mieux considérer que c'est quelque chose qu'il « fait » plutôt que quelque chose qu'il « a » et éviter de s'impatienter, de s'inquiéter et de le déstabiliser (9).

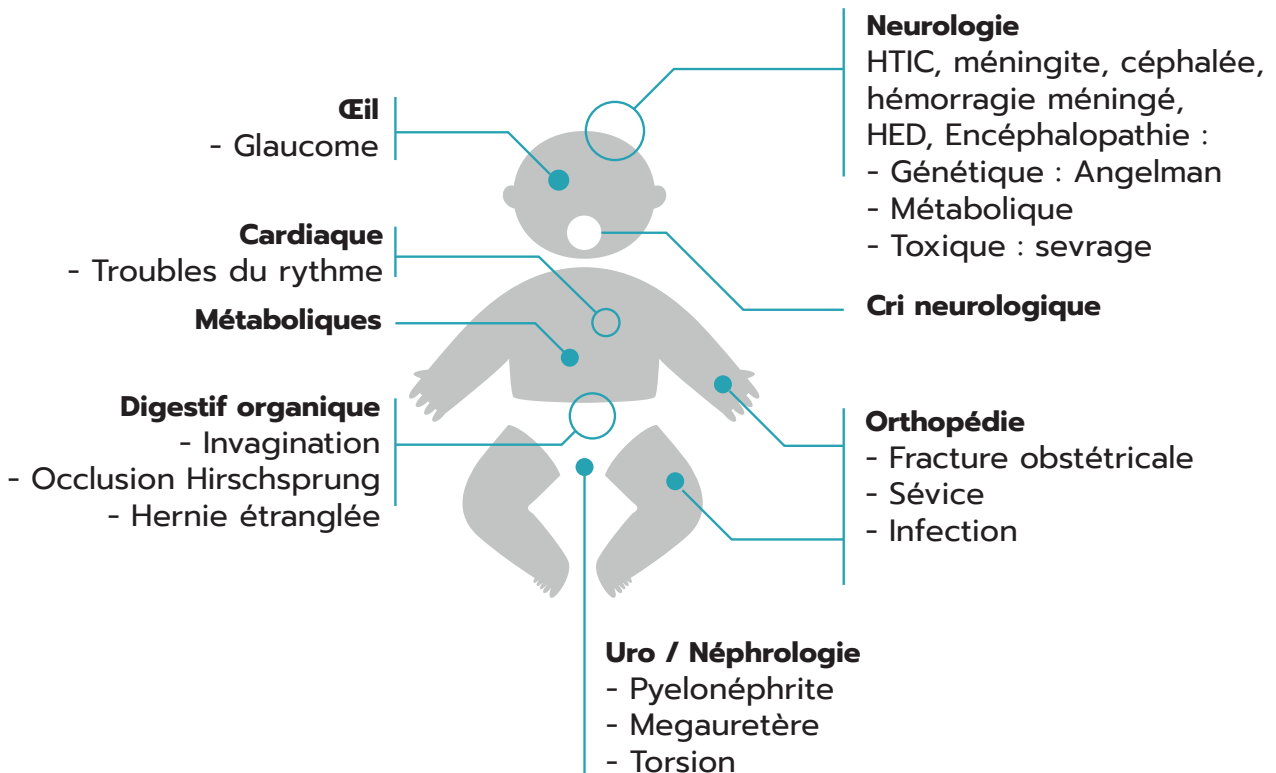
Ces longs mois où le bébé réclame une réaction parentale plusieurs fois la nuit imposent un repos, par des siestes concomitantes des périodes de sommeil du bébé, au parent le jour. Cette adaptation du rythme de la maman qui allaite à celui du bébé lui évitera l'épuisement, souvent facteur déclenchant de dépression post-natale.

Dans certaines situations, ce ne sont pas les cris du bébé qui sont excessifs mais la tolérance des parents qui est dépassée. Mal informés, fatigués, anxieux par nature ou par le fait d'être parents, isolés, privés de la proximité de famille ou d'amis, en conflit entre eux, ou encore déprimés, certains parents ne supporteront pas des cris de leur bébé qui en eux-mêmes pourtant ne sont pas excessifs. Ces situations sont tout autant à risque de conséquences délétères pour le bébé que pour la relation parents-bébé.

Tableau 2. Identification des étiologies digestives des cris

| PATHOLOGIE | HORAIRE / TÉTÉE | PATHOGÉNIE | CAT |
|-----------------------|--------------------|--|---------------------------------------|
| Réflexe gastrocolique | Immédiat / pendant | Péristaltisme | Ralentir la tété |
| RGO | À distance (acide) | Grosse ration Béance cardia | Fractionner Épaissir |
| Maldigestion lactose | Décalé (digestion) | Primitive / exception 2aire à gastro-entérite | Lait pauvre lactose Apport lactase |
| Biotope | Coliques ? | Déséquilibre flore | Recherche à venir ? |

D'après Alain Bocquet, Groupe nutrition AFPA



D'après Pr. Alain Martinot

Figure 2. Causes organiques de diagnostic urgent des cris des bébés

Tous les nouveau-nés de moins de 3 mois crient par périodes plus ou moins longues dans la journée et en particulier un long moment le soir, avec une durée totale maximale des cris de 2h par jour.

Au total, dans les premiers mois, un bébé a besoin de passer du temps dans les bras de ses parents (Accord d'experts). Il convient d'essayer toujours de calmer le bébé en le berçant dans les bras mais de le laisser tranquille sans s'alarmer si les mesures d'apaisement échouent (Accord d'experts).

Une consultation dédiée sera justifiée en cas de cris inconsolables et/ ou inhabituels durant, cumulés, plus de 3h par jour ou en cas de cris insupportables pour les parents (Accord d'experts).

Après 4-6 mois : approche du rythme circadien

Ce n'est que vers 4 à 6 mois que le bébé se cale sur le rythme circadien de 24h, tant attendu par les parents, fait des siestes à heures fixes et dort longtemps la nuit.

Il y parviendra parce que son horloge interne hypothalamique mûrit progressivement et spontanément, plus ou moins vite selon les bébés. En même temps, cette mutation de rythme se fait aussi grâce à des « donneurs de temps » qui peuvent être environnementaux (clarté et bruits du jour, silence et obscurité de la nuit) et donnés par les parents (moins grande disponibilité la nuit avec réponse à l'appel de l'enfant à minima, par une tétée ou un geste de réassurance). Plus le bébé grandit et plus ces signaux doivent être nets et aident l'enfant à régulariser ses rythmes et à « faire ses nuits ».

Chez le bébé allaité [5], l'allaitement maternel est dit « à l'éveil » les 3 premières semaines. La maman doit profiter de chaque éveil de son bébé pour le nourrir sans attendre qu'il crie car il peut se rendormir pour de longues heures après une courte phase de veille calme sans avoir appelé. Cela suppose une proximité et une attention très soutenue. Puis l'allaitement passe à « l'allaitement à la demande ». À ce stade, le bébé actif se met à crier dès qu'il se réveille et la maman répond, et le nourrit. Puis l'enfant fait des acquisitions psychomotrices qui lui permettent d'élargir ses centres d'intérêt (exploration visuelle de l'environnement et jeu avec ses mains) et les interactions se précisent entre lui et la maman (réponses aux sollicitations de regard ou aux paroles de la maman par des sourires et gazouillis). Un tout début de distanciation s'installe entre la mère et le nouveau-né. Des parents non anxieux et/ou rassurés par l'éveil du nouveau-né, ses acquisitions psychomotrices, ses réponses de plus en plus orientées et gratifiantes aux interactions relâcheront spontanément leur disponibilité totale et immédiate envers le nouveau-né. Cette nouvelle distance permet progressivement à l'enfant de surseoir peu à peu à son besoin immédiat de succion et de lait et le conduit, à un âge fort variable selon les enfants, autour de 6 mois, à « l'allaitement à l'amiable ». Le bébé peut dormir dans sa propre chambre, ce qui est aussi un « donneur de temps » lui permettant de s'accorder doucement à un rythme circadien de sommeil. Cela vient doucement en fonction de la capacité du bébé à se rendormir seul, sans sein, biberon ou bercement, et de la capacité de la maman (des parents) à lui donner une petite chance de se rendormir seul sans intervenir immédiatement et intempestivement lors de ses manifestations d'éveil. C'est en cas de difficulté parentale à mettre en place cette juste distance « amiable » que l'on voit des allaitements désordonnés de longs mois avec, au-delà de 6 mois, de très nombreuses tétées de jour et de nuit (en sommeil partagé) épuisants pour la maman. (9)

Au total, il est recommandé d'informer les parents que les enfants ont besoin de 4 à 6 mois pour adopter un rythme circadien (Accord d'experts).

Les troubles du sommeil du bébé

Les appels multiples et répétés la nuit sont probablement dus à cette difficulté de prise de distance en douceur entre la mère et son bébé. Il est certain que la physiologie de l'allaitement (tétées fréquentes à la demande, proximité totale y compris la nuit) et la physiologie du sommeil du bébé (sur un rythme longtemps ultradien) ne sont pas en accord avec les exigences sociales d'une maman qui travaille et/ou qui a plusieurs enfants aux rythmes de vie différents. Il est primordial devant une allégation par les parents de troubles du sommeil du nourrisson de juger de ce qui est supportable ou non pour eux, d'évaluer ce qui est d'une exigence excessive des parents dans la mise en place progressive mais normale des rythmes de sommeil du bébé ou d'un accordage inadéquat de l'attitude parentale aux besoins du bébé. Telle mère qui répondra systématiquement et immédiatement aux appels de son bébé de plus de 6 mois sans aucune distanciation ne l'aide pas à enchaîner ses cycles de sommeil sur de longues périodes, en particulier la nuit. Telle autre, au contraire trop pressée, laissera trop crier son bébé sans intervenir et mettra à mal ses conditions d'attachement. L'attitude des mamans et des parents est déterminée par leur culture, leur connaissance de la physiologie du sommeil des bébés mais aussi leurs conditions de vie, leur état psychique, en particulier une dépression post natale ou même ante natale dont on sait le lien avec le sommeil de la maman et celui du bébé. Le sommeil et la dépression post natale sont l'un et l'autre liés comme causes mais aussi comme conséquences de dys-régulation des interactions mère-bébé. Le praticien consulté aura à évaluer tout cela et à conseiller et orienter au mieux.

Le bien-être des parents et celui du bébé sont tout aussi importants et sont étroitement liés.

Au total, l'enfant a besoin de la disponibilité de sa mère ou des autres figures d'attachement les 3-4 premiers mois. Cette disponibilité doit être nuancée au-delà, ou lorsque les parents émettent une plainte légitime et sont épuisés (Accord d'experts).

Le sommeil à partir de 6 mois

Le sommeil, après la phase d'endormissement, s'organise progressivement en cycles de 1h30 à 2h comprenant une phase de sommeil lent léger, puis de sommeil lent profond, puis de sommeil paradoxal qui correspond au sommeil agité du nouveau-né. Celui-ci ne sera plus que de 30% de temps de sommeil à 6 mois. Entre deux cycles survient un micro-réveil qui dure moins de trois minutes.

La phase d'endormissement

L'endormissement nécessite un lâcher-prise face aux stimulations sensorielles mais aussi psychiques. L'enfant doit pouvoir tolérer la séparation d'avec ce qui rassure et contient (le parent) qui doit être intériorisé et lui permettre une sécurité interne suffisante pour aboutir à cet apaisement. Cette tolérance à la séparation est un des marqueurs du type d'attachement de l'enfant à sa mère, à ses parents. La sécrétion de mélatonine, qui favorise cet endormissement, débute en fin de journée puis diminue vers le matin, régulant ainsi le temps de sommeil. Cette sécrétion, automatique, est aussi sensible à la luminosité. Les signaux de sommeil et de mise en condition de sommeil sont importants chez l'enfant qui n'a pas la conscience de l'heure ni de la nécessité du sommeil contre lequel il lutte, souvent par intérêt pour les activités de la journée et par sa réticence à se séparer dans notre culture où parents et enfant ont un lit et une chambre chacun (usage que certaines familles peuvent, selon leur perception, remettre en question). Ces signaux de sommeil seront formalisés dans un rituel assez immuable aidant l'enfant à s'endormir tranquillement. Ce rituel, s'il est nécessaire par sa fonction de signal d'anticipation de séparation, sera d'autant plus apaisant que les parents eux-mêmes sont à l'aise avec cette séparation, même si l'enfant s'y oppose. Certains parents eux-mêmes en difficulté de séparation peuvent l'induire chez leur enfant par un rituel compliqué, interminable et de nombreux allers-retours qui ne contiennent pas du tout l'angoisse de séparation de l'enfant mais la nourrissent au contraire.

Les stades de sommeil

Pendant le sommeil lent (4 stades progressifs), le niveau de conscience s'enfonce avec une activité cérébrale de plus en plus lente, la température s'abaisse, les rythmes cardiaques et respiratoires ralentissent. Ce sommeil est reconnu pour être le plus réparateur, il est majoritaire en première partie de nuit, d'où l'importance d'un coucher peu tardif. C'est au cours du sommeil lent qu'est sécrétée l'hormone de croissance.

Le stade de sommeil paradoxal arrive environ 1h30 après l'endormissement. L'activité cérébrale redevient intense et rapide, presque comme à l'éveil. La respiration est irrégulière et le rythme cardiaque s'accélère. Pourtant, le dormeur dort profondément et n'a plus de tonus musculaire. C'est au cours de ce stade qu'on peut observer des mouvements rapides des yeux sous les paupières ainsi que des petits sursauts. C'est le stade des rêves. Il ne dure pas très longtemps, environ 10 à 20 minutes et est plus long en fin de nuit que le sommeil lent expliquant les rêves ou cauchemars dont se souvient le dormeur. Une des fonctions des rêves, serait de permettre au cerveau de métaboliser les émotions, les agressions mais aussi les acquisitions apportées par l'environnement.

Les cycles complets de sommeil se suivent, séparés de micro-réveils le plus souvent non perçus par le dormeur, sauf si des interférences sensorielles (bruit, lumière ...) ou psychiques (stress, préoccupation, anxiété ...) provoquent le réveil nocturne complet qui nécessite une nouvelle période d'endormissement comme au coucher pour laquelle l'enfant sollicitera souvent l'intervention parentale.

Le respect de la succession des stades et des cycles de sommeil joue un rôle fondamental dans diverses fonctions de l'organisme. Le sommeil en permettant de trier et consolider les connaissances impacte les acquisitions chez l'enfant en favorisant les fonctions de mémorisation, d'attention et de concentration. La qualité du sommeil intervient également dans la régulation de l'humeur, du contrôle des émotions. Ainsi, un défaut de sommeil quantitatif et/ou qualitatif peut favoriser l'expression de perturbations diurnes du comportement sous la forme d'une irritabilité émotionnelle, d'une impulsivité voire d'une authentique hyperactivité.

Au total, le cadre de l'endormissement et du sommeil (rituel) doit être fixé progressivement à partir de 6 mois sachant que l'enfant cherchera toujours à l'élargir si la séparation est difficile. Au parent de rester dans la fermeté attentive et bienveillante (Accord d'experts).

3.3 La consultation pour troubles du sommeil rencontrés en pédiatrie [9] (Annexe 1)

Cette consultation doit être dédiée au trouble, le problème ne peut pas être évacué en fin de consultation pour un autre motif. Il n'y a jamais de conduite à tenir standardisée mais la solution viendra d'une ou de plusieurs consultations avec les deux parents et l'enfant où le praticien les amènera à trouver leur solution à défaut de LA solution.

4. Focus sur l'apport des neurosciences

On a longtemps cru que l'influence de l'environnement sur le développement du bébé, puis de l'enfant, débutait avec son arrivée sur la scène du monde. Les progrès réalisés par les techniques d'imagerie fœtale (IRM structurale et fonctionnelle, échographie en 3 puis 4D), complétés par l'essor récent de l'épigénétique ont profondément bouleversé cette représentation et renouvelé nos connaissances des interactions entre notre capital maturatif et notre milieu de vie. Une proto histoire du fœtus est ainsi en train de s'écrire progressivement, mettant en avant à la fois ses capacités sensorielles et de discrimination précoces (entre le 2^o et le 3^o trimestre de gestation) [10], et ses capacités de mémorisation voire d'apprentissage [11]. Surtout se discute depuis peu, l'émergence de ses compétences communicationnelles, tant avec son environnement « extérieur » (par exemple à sa mère via le toucher ou sa voix) [12] que gestationnel (en cas de grossesse gémellaire). Pour illustration, Umberto Castiello et al. [13] ont montré par analyses échographiques des mouvements cinématiques que deux fœtus sont capables, dès la fin de la 14^o semaine de gestation, de « distinguer » entre deux actions motrices : celle de se toucher de celle de se toucher entre eux, ce qui tendrait à montrer les prémises d'une distinction proprioceptive entre soi et autrui ! Ces compétences

in utero - bien évidemment non conscientes pour le fœtus - soulignent toutefois sa formidable prédisposition et réceptivité aux rencontres à venir.

Ces nouvelles connaissances s'ajoutent aux travaux neurobiologiques objectivant l'impact délétère d'un stress maternel - et plus globalement environnemental - trop intense ou durable sur la qualité du neurodéveloppement fœtal [14–16], qui peut lui-même affecter la qualité des premières interactions et donc rapidement celle de l'accordage émotionnel et relationnel de la mère à son bébé (et réciproquement) par effet de désynchronisation des échanges (visuels, vocaux et mimiques faciales) et des ajustements tonico posturaux [17, 18]. Si cette séquence peut concourir à faire le « lit » de difficultés d'attachement durables, il est important de préciser que l'on parle ici de stress intense et/ou chronique.

Ne faisons pas d'amalgame avec les petites frustrations que peut connaître naturellement tout bébé et qui n'ont rien de toxique pour son développement. Les parents doivent, en effet, savoir qu'un excès de proximité avec leur jeune enfant, même s'il est motivé par un souci de réassurance, peut être tout aussi dommageable pour sa santé mentale que la négligence éducative [19]. Comme pour beaucoup de nos activités, l'équilibre vient de la tempérance, et la surprotection a aussi ses limites [19]. Une étude longitudinale sur une cohorte australienne de plus de 3 000 bébés a bien montré qu'une forte anxiété de séparation maternelle, ou encore des attitudes parentales jugées trop surprotectrices (vigilance excessive, anxiété de séparation voire surveillance accrue avec le risque de voir apparaître des comportements plus intrusifs) étaient associées à un fonctionnement socio-émotionnel plus faible de l'enfant à l'âge de 2 à 3 ans [20].

L'ensemble de ces données scientifiques suggèrent une circularité et une dynamique des interactions mère – fœtus bien plus complexes et subtiles. Elles entérinent l'importance du « bien-être » de la dyade mère/bébé et la nécessité de veiller sans excès à la sécurité affective de ce duo, dès les premiers jours de la grossesse [21].

5. Relations parent-enfant et théorie de l'attachement

5.1 Interactions : réciprocité, compétences du nourrisson

Ainsi, à partir des années 70, les travaux d'auteurs comme Brazelton ou Trevarthen soulignent les compétences précoces du nourrisson. On sait maintenant que le bébé naît avec des aptitudes visuelles, auditives olfactives et gustatives, et des compétences sociales et langagières. S'il ne peut accommoder, il perçoit le monde en couleurs, a une vision binoculaire et possède ainsi une certaine perception de la profondeur, de la distance relative entre des objets. Il est capable de poursuite oculaire si l'objet ne bouge pas trop rapidement. Le bébé montre des préférences visuelles importantes pour les intensités lumineuses moyennes, les stimuli nouveaux et les dessins contrastés. Très tôt, le bébé montre un intérêt préférentiel pour le visage humain. De même, il peut s'orienter vers la source sonore et réagit plus aux voix familières ; il montre aussi des préférences gustatives et olfactives.

Le bébé peut agir sur le monde et faire preuve d'initiatives, bases des interactions parent-enfant. Cependant, le défaut ou l'excès de stimulations de l'environnement peuvent malmener ces compétences initiales. Ainsi, la relation du nourrisson avec son entourage est conçue comme un processus bidirectionnel : le bébé est à la fois soumis à l'influence de ses parents et ses réactions peuvent modeler et moduler les réponses de l'adulte pour constituer un système de communication dynamique et interdépendant.

Les bébés sont très sensibles à la régularité et la prévisibilité des rythmes d'échange et donc à la rupture de ceux-ci. La continuité des expériences de vie et de pensée du bébé est essentielle à sa future sécurité affective. Se retirer de la relation peut dans certaines circonstances pour celui-ci, être un moyen de se préserver.

5.2 Stress et attachement chez le bébé : besoin de proximité, caregiving, sécurité émotionnelle [22–24]

L'attachement, selon la théorie développée par Bowlby [23, 24], est un système motivationnel inné parmi d'autres (le système exploratoire, le système de caregiving, etc). Durant la première année de vie, le bébé consacre une grande part de son énergie à constituer une relation d'attachement avec un adulte disponible, « plus fort et plus sage » (ses parents, habituellement).

Le système d'attachement a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un sentiment de sécurité face aux dangers ou tout ce qui génère du stress, que ce soient des facteurs internes, comme la fatigue ou la douleur, ou des facteurs externes, liés à l'environnement (tout stimulus effrayant, par exemple la présence d'étrangers, la solitude, l'absence de la figure d'attachement). Ce système semble constamment activé, comparable au fonctionnement d'un thermostat : sous certaines conditions, le système d'attachement est fortement activé, ce qui conduit l'enfant à chercher et à n'être satisfait que par le contact ou la proximité avec la figure d'attachement. En revanche, lorsque les

conditions sont perçues comme normales, l'enfant est libre de poursuivre d'autres buts et d'autres activités, même si le système continue de contrôler l'environnement comme possible source de stress. Le système d'attachement est actif tout au long de la vie.

Les comportements d'attachement

Le nourrisson use de divers comportements innés tels que les vocalisations, le fait de s'agripper, les pleurs et, plus tard, la marche. Ces comportements, bien que présents dès la naissance, ne sont pas encore dirigés vers une figure particulière et apparaissent plutôt indifférenciés dans un premier temps.

Mais, très tôt, les cris ou les pleurs de l'enfant sont mieux calmés par la mère que par n'importe quelle autre personne. Vers 4-5 mois, un enfant dont la mère quitte la pièce va crier ou pleurer, essayant ainsi de la ramener auprès de lui. L'enfant sourit aussi préférentiellement et plus intensément aux personnes qui lui sont familières, et encore plus à sa figure d'attachement principale. L'enfant babille de plus en plus avec celle-ci, instaurant de véritables dialogues, et beaucoup moins devant les personnes étrangères ou les objets inanimés.

C'est la répétition des expériences de réconfort en situation de détresse qui permet l'émergence progressive d'une meilleure discrimination par l'enfant de ses figures d'attachement.

Le système exploratoire

Quand le système d'attachement n'est plus activé, que l'enfant est rassuré alors entre en jeu le système exploratoire grâce auquel l'enfant apprend sur son environnement et développe des capacités qui seront importantes pour les stades ultérieurs du développement. Ce système se développe surtout à partir de 7 mois, période qui correspond à la mise en place du système d'attachement et à la constitution de figures d'attachement spécifiques. Avec ses progrès moteurs, sa capacité à se déplacer, l'enfant peut s'éloigner pour explorer et étendre ainsi considérablement son horizon. Il devient ainsi particulièrement actif dans la régulation de la distance avec l'adulte.

La figure d'attachement [25]

Après 7 mois, alors que l'enfant différencie de mieux en mieux les personnes qui lui sont étrangères ou familières, celui-ci commence à développer une relation d'attachement, franche et sélective, à une personne spécifique.

La figure d'attachement est la personne vers laquelle l'enfant dirige son comportement d'attachement. Est susceptible de devenir une figure d'attachement tout adulte (dans les conditions normales) qui s'engage dans une interaction sociale et durable animée avec le bébé, et qui répondra facilement et de manière adaptée à ses signaux et à ses approches.

On peut repérer dans le réseau social de l'enfant les figures d'attachement ayant une fonction de caregiver à partir des trois critères suivants : il s'agit d'une personne prenant soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, ayant une présence importante et régulière

dans sa vie et l'investissant émotionnellement. Dès 1969, Bowlby [26] soutient que l'enfant développe une hiérarchie de relations d'attachement ; celle-ci s'établit en fonction de la force du sentiment de sécurité que lui apporte chaque relation avec ceux qui s'occupent de lui, liée à la quantité et à la qualité des soins donnés. Le plus souvent, la mère devient la figure d'attachement principale parce que c'est celle qui, autour des soins de routine, passe le plus de temps avec le bébé dans les premiers temps.

La base de sécurité et le havre de sécurité

Les relations de l'enfant avec sa figure d'attachement évoluent avec l'âge et le développement de ses capacités motrices et de ses aptitudes cognitives. Quatre phénomènes marquent cette phase. L'enfant approche de manière spécifique la figure d'attachement lors des retrouvailles ou des situations de détresse : il va vers elle sans hésitation si elle est présente. L'enfant suit, de manière tout aussi spécifique, sa figure d'attachement principal quand celle-ci s'éloigne de lui. La figure d'attachement de l'enfant représente la base à partir de laquelle il peut s'autoriser à explorer le monde environnant. Son aptitude à explorer repose sur la qualité de ses liens d'attachement. Parallèlement, lors de ses pérégrinations, tout signal d'alarme incite l'enfant à retourner vers sa figure d'attachement qui constitue alors un havre de sécurité.

En lien avec ces phénomènes apparaissent la peur de l'étranger et l'angoisse de séparation : l'enfant suspend ses activités quand il est confronté à une personne inconnue, s'en éloigne pour aller vers sa figure d'attachement en témoignant de l'activation de son système d'alarme. Après un certain temps, si l'étranger apparaît bienveillant et n'est pas intrusif, l'enfant peut interagir avec lui, mais en maintenant un certain niveau d'alerte. Tout éloignement ou absence de la figure d'attachement active de manière spécifique l'attachement de l'enfant et déclenche les comportements d'attachement.

Il existe une véritable balance dynamique entre les comportements d'attachement et les comportements d'exploration : ce n'est que quand ses besoins de proximité sont satisfaits et qu'il a un sentiment de sécurité suffisante que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur.

L'attachement va bel et bien servir l'autonomie et non la dépendance.

Les notions de base et de havre de sécurité renvoient ainsi à la confiance, pour une personne, dans l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible en cas de besoin, et cela quel que soit l'âge de l'individu. La proximité physique, nécessaire au début de la vie, devient progressivement un concept mentalisé, et rejoint celui d'accessibilité.

Différents styles d'attachement

Mary Ainsworth a défini les différents styles d'attachement, à savoir l'attachement sécure, les attachements insécures évitant et ambivalent/résistant et comment les évaluer chez l'enfant de 12 mois grâce à l'expérience de la Situation Étrange [27]. Cette procédure expérimentale de quelques minutes consiste à faire subir à un enfant un léger stress comparable au stress quotidien.

Les styles d'attachement reflètent les prédispositions de l'enfant, son tempérament et la cohérence des réponses parentales en situation de stress. Ces différentes catégories d'attachement sont des stratégies adaptatives sans conséquence psychopathologique. Il est pourtant évident qu'avoir des stratégies d'attachements sécures est un facteur de protection contre l'adversité. Ces enfants explorent leur environnement plus librement, ils régulent mieux leurs émotions lors d'événements de vie stressants. Parallèlement, les catégories insécures sont des stratégies adaptatives plus rigides, facteurs de vulnérabilité.

Plus tard, George, Main et Kaplan (1991) décrivent l'attachement désorganisé, lorsque l'enfant n'a plus aucune stratégie pour s'adapter aux situations de stress. Ce style d'attachement est, quant à lui, beaucoup plus fortement corrélé avec la psychopathologie et justifie de développer des interventions thérapeutiques centrées sur cette problématique.

La notion de caregiving

Le terme de caregiving peut être traduit par celui de « donneur de soins » se définit comme réciproque du système d'attachement et aurait une fonction adaptative: la protection des jeunes enfants ; c'est le versant parental de l'attachement. C'est la capacité à prodiguer des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi, aussi bien de pourvoir à ses besoins physiologiques que ses besoins affectifs.

Ce sont donc les comportements parentaux (motivés par les besoins, le stress de l'enfant) ayant pour objet de favoriser la proximité et le réconfort. Le caregiving repose donc sur l'engagement et le sens de la responsabilité dans la protection de son enfant ; le parent a ainsi tendance à faire passer la protection et le bien-être de son enfant avant même ses propres besoins. Il se montre sensible aux besoins d'attachement de son enfant par sa disponibilité émotionnelle, son aptitude à le consoler et l'apaiser. Le caregiving parental dépend ainsi des propres expériences de ceux-ci concernant leurs relations d'attachement et les parents insécures peuvent être plus en difficulté pour répondre aux besoins de leur enfant.

La théorie de l'attachement permet ainsi d'étudier comment l'enfant stressé demande et obtient du réconfort de la part d'un adulte, sa figure d'attachement. Ces interactions précoces vont modeler les représentations concernant l'image de soi et d'autrui. C'est donc une théorie du développement psychique dans le cadre des relations interpersonnelles. Les différents styles d'attachement sécure ou insécure doivent être considérés comme des facteurs de protection ou de vulnérabilité qui s'intriquent avec d'autres aspects tels que le tempérament, les conditions et événements de vie.

Au total, il est recommandé d'informer les parents que répondre aux besoins du bébé favorise un attachement sécure, et donc l'autonomie et non la dépendance (Accord d'experts). L'enfant a besoin de la disponibilité de sa mère ou du substitut les 3-4 premiers mois. Cette disponibilité doit être nuancée au-delà, ou lorsque les parents émettent une plainte légitime et sont épuisés (Accord d'experts).

5.3 Impact des dépressions parentales (pré et postnatale)

Longtemps trop peu considérées, les dépressions périnatales sont pourtant un enjeu de santé publique en raison de leur prévalence (10 à 15% des mères feront une dépression postnatale, et tout autant durant la grossesse, par exemple) et de leurs conséquences à court, moyen et long terme aussi bien pour la mère que pour l'enfant et le couple. C'est un enjeu aussi car ces dépressions sont trop peu dépistées (communément 50% des dépressions postnatales maternelles seraient diagnostiquées) et pas toujours bien prises en charge [26, 27].

Un diagnostic trop tardif : plusieurs motifs

C'est souvent une symptomatologie discrète ou atypique qui révèle les dépressions périnatales : irritabilité, sentiment d'impuissance ou d'incompétence, troubles somatoformes, troubles du sommeil, etc... De plus, un certain nombre de parents qui dépriment dans cette période redoutent de faire part de leur détresse alors que tout devrait concourir à ce qu'ils soient heureux. C'est souvent après coup, nombre de femmes racontent leur culpabilité face aux émotions éprouvées et leur difficulté, parfois à investir leur enfant.

Par ailleurs, les professionnels de santé sont encore trop peu formés aux manifestations cliniques et au repérage de ces dépressions. Plus encore, il peut être difficile de rechercher une telle symptomatologie quand le réseau de soin est peu structuré ou mal coordonné et qu'on ne connaît pas les services à même de recevoir ces familles ou pire encore que ces services n'existent pas.

Un outil de dépistage simple

Pourtant, il existe un outil simple de dépistage des dépressions périnatales, l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), auto-questionnaire en 10 items, validé en pré et en postnatal [28, 29]. C'est un outil utile pour le repérage mais aussi pour ouvrir le dialogue avec les femmes et aborder ce sujet délicat.

Au total, informer les parents sur les symptômes et la fréquence de la dépression périnatale. Il est recommandé de dépister la dépression périnatale, et au besoin réorienter le parent concerné vers un spécialiste et d'associer le médecin traitant (Accord d'experts).

Des conséquences délétères

Les dépressions périnatales prolongées peuvent être préjudiciables pour les femmes (difficultés professionnelles, dévalorisation de soi, conduites à risque éventuellement) ainsi que pour la vie familiale (désaccords conjugaux, etc). De multiples travaux ont mis en exergue les effets des dépressions périnatales sur l'enfant et son développement. Ainsi, à court terme, les interactions maternelles sont altérées comme en témoigne le modèle expérimental dit du « visage impassible [25]». Dans ce procédé, on observe les réactions d'un bébé (2-9 mois) quand sa mère interagit d'abord normalement puis reste subitement inexpressive face à lui. Celui-ci tente d'abord de faire réagir sa mère en vocalisant, s'agitant ; face à son inexpressivité, ensuite, il semble désemparé, puis il fond en larmes, inconsolable ; si cela se poursuit, il finit par se détourner du visage de sa mère. Les réactions intenses du bébé face à l'inexpressivité de son parent reflètent ici l'importance de la synchronie et de la réciprocité interactionnelle. On retrouve aussi des effets de la dépression à moyen terme avec des enfants plus insécures ou un retrait relationnel. Plus tard, ce sont des enfants plus à risque de dépressions, de troubles anxieux, de troubles du comportement [30–32].

Le retrait relationnel durable du bébé est un signe d'alerte à connaître, observable dès l'âge de 2 mois et jusqu'à 24 mois avec l'échelle alarme détresse bébé (ADBB) [33]. C'est un symptôme important qui peut révéler de nombreux troubles (sensoriels, neuro-développementaux, douleur chronique). C'est aussi un élément majeur de la réponse du bébé à l'altération de la relation qui se produit, par exemple, lors de la dépression maternelle.

Au total, le retrait relationnel durable du bébé est un signe d'alerte à connaître, observable dès l'âge de 2 mois (Accord d'experts). Ce symptôme n'est pas un diagnostic en soi mais justifie un suivi plus intense et l'exploration des facteurs en cause (Accord d'experts).

5.4 Accompagnement des troubles de santé mentale

Avec les progrès des thérapeutiques, et l'évolution de la place de l'enfant dans notre société, nombre de femmes ayant un trouble psychiatrique chronique (schizophrénie et troubles bipolaires) font part de leur désir d'avoir des enfants et de s'en occuper [34, 35]. La proportion de grossesses dans cette population est maintenant similaire à celle de la population générale.

Or, dans cette période particulière de la grossesse et des premiers mois de vie de l'enfant, ces femmes sont souvent moins bien suivies que le reste de la population aussi bien pour leur grossesse que pour leur trouble psychique [33]. Trop souvent encore, quand elles prennent des psychotropes ceux-ci sont interrompus de manière impromptue devant la crainte de tératogénicité sachant que le risque est bien plus sérieux de rechutes de leur trouble psychique et de parcours chaotiques afférents. Il est donc important, dans l'intérêt des femmes, des hommes et des futurs enfants, de considérer ces grossesses comme à haut risque justifiant un parcours coordonné de soin dès l'anténatal voire en préconceptionnel :

- Intensification du suivi psychiatrique
- Amorce d'un suivi pédopsychiatrique en période anténatale,
- Consultation avec le psychiatre de la maternité,
- Consultation anténatale avec le pédiatre de la maternité (explication des effets potentiels des psychotropes sur le nouveau-né).

Comme toutes les femmes enceintes, mais plus encore, elles doivent être informées des différents dispositifs existants, tels que les TISF, la PMI, les différents professionnels de médecine libérale et, le cas échéant, des Unités mère-bébé.

Le dispositif CICO [36–39] illustre ce travail d'anticipation et de coordination des projets de grossesse et d'enfant. Précédé d'un entretien infirmier qui doit préciser la demande et la problématique, il consiste en une consultation menée conjointement par un psychiatre et un pédopsychiatre, dédiée aux futurs parents ayant un trouble psychiatrique. Il a pour objet de les accompagner dans leur parcours de soin (choix du psychotrope, orientation vers la maternité et les professionnels appropriés, évaluation du soutien social et des professionnels engagés dans le suivi, etc...). À la fin de cet entretien un compte-rendu est rédigé, destiné aux divers professionnels impliqués afin de soutenir un parcours coordonné.

Au total, les parents présentant une vulnérabilité psychique nécessitent un suivi spécialisé et un parcours de soins coordonné (Accord d'experts). Chaque situation complexe doit être coordonnée par un professionnel de la grossesse référent (Accord d'experts).

6. Rôle de l'environnement humain dans la construction psycho-affective de l'enfant : la mère, le père ou co-parent, les professionnels

6.1 Généralités

Les processus de lien entre l'enfant et le monde extérieur commencent dès la grossesse, via l'état physique et émotionnel de la femme enceinte qui teinte les sensations déclenchées chez le fœtus (rythme, sons, odeurs, contact). La qualité de la relation conjugale modifie les sensations et les émotions maternelles, se répercutant sur le bébé in utero. Ainsi, dans les séances d'haptonomie, il est observé que la qualité de relation qu'entretient le couple impacte les mouvements fœtaux. La femme enceinte éprouve des sensations différentes si le conjoint est présent ou non [40]. Les tensions, le stress, s'atténuent si l'atmosphère créée par la sage-femme favorise l'engagement du futur père auprès de sa compagne.

Au total, une évaluation de l'état psycho-émotionnel de la femme enceinte et du futur père (ou du partenaire) doit être réalisée au fil du suivi, et notamment au moment de l'entretien prénatal précoce (EPP) et durant le 8^{ème} mois. Les éventuels facteurs de stress des parents doivent être recueillis afin de rechercher avec eux les moyens et les ressources leur permettant de les réduire. La qualité et la cohérence des professionnels autour des parents jouent là un rôle majeur (avis d'expert).

6.2 La question du stress (ou anxiété maternelle)

Les effets d'un stress prénatal trop intense sur le développement ultérieur de l'enfant sont bien documentés [40–42]. Il s'agit ici non pas d'un stress normal d'adaptation mais d'un état de stress qui serait majoré dans sa brutalité ou sa chronicité.

En postnatal, l'anxiété pourra brouiller l'ajustement parental aux besoins du bébé par des réponses inadéquates, d'où l'intérêt de la repérer au plus tôt dans la grossesse et d'y apporter des réponses. Les facteurs de protection ont également été analysés [43].

Facteurs prédisposants et facteurs de protection

Classiquement sont évoqués dans les facteurs prédisposants : conditions obstétricales (GHR), primiparité, antécédents de perte fœtale (NP 3). Derrière ces facteurs « objectifs » existent des éléments de fragilité liés à l'histoire personnelle des parents et à leurs propres expériences d'attachement (NP 3).

Les facteurs de protection cités relèvent de l'évidence : ajustement conjugal, soutien social, style d'attachement et capacité à demander de l'aide. Le soutien émotionnel est au centre de

tous ces éléments (NP 2). Le recours à la science parmi les stratégies de protection est également cité, avec son revers : une dépendance aux informations et une perte de l'intuition personnelle, pourtant nécessaire dans l'éducation d'un jeune enfant. La haute fréquence des consultations aux Urgences pédiatriques sans substrat organique dans les premiers mois signe le manque de confiance en soi (et l'absence d'interlocuteur disponible, source d'insécurité). Actuellement, du fait des évolutions sociétales, le sentiment de perte de contrôle, de passivité, et l'envahissement par des sensations corporelles inédites peuvent fragiliser certaines femmes, et tout l'effort sera de leur rendre un sentiment d'autonomie au travers du parcours périnatal désormais très médicalisé.

Anxiété et dépression sont étroitement corrélées dès la grossesse (NP 2). Cependant, la plus grande prudence s'impose lorsqu'on parle de stress avec les futurs parents afin de ne pas aggraver leur inquiétude déjà nourrie d'informations de tous ordres. On ne fait qu'augmenter le stress en soulignant le risque, qui n'est que statistique. Par contre, recueillir les éventuels facteurs de stress et chercher avec la future mère les moyens de les réduire l'aidera elle et par là son enfant (Avis d'experts).

En cas de stress précoce (1er trimestre)

L'anxiété du premier trimestre est un indicateur important d'un risque de troubles émotionnels et affectifs en post-partum [44]. Elle signe l'attaque du sentiment de sécurité du fait des changements induits : corporels, émotionnels, trans-générationnels et sociaux, même si la grossesse est le fruit d'un projet.

La grossesse s'accompagne inévitablement d'une perte de contrôle face aux facteurs internes (modifications) et externes (le système de soins, l'entourage). « On l'a tellement voulu cet enfant et je vais mal ! ». La culpabilité peut être envahissante, aggravée s'il s'agit d'un parcours procréation médicalement assistée (PMA). Le fait de se sentir entendue et en confiance est le premier facteur de réduction de l'anxiété. La recherche de points de sécurité se fera en fonction de la situation médicale et existentielle.

Au total, l'anxiété du premier trimestre est à dépister (Grade B), il s'agit d'un indicateur important d'un risque de troubles émotionnels et affectifs en post-partum (NP2).

La création d'un premier lien de confiance avec un professionnel de la grossesse est essentielle avant d'envisager une orientation psychologique ou sociale (Accord d'experts).

Une orientation trop rapide pourrait susciter un sentiment de lâchage ou de stigmatisation, ce que redoutent les femmes les plus en souffrance. Par exemple, une échographie rapprochée chez une mère inquiète pour le bébé in utero peut constituer, selon les cas, un élément de sécurité plus efficace que l'adresse mal préparée à un psychologue.

Dans les situations où prédominent plusieurs éléments d'insécurité, tout l'enjeu est de maintenir le fil de ce que la femme/mère (et son partenaire) ressent au long des étapes. Depuis une dizaine d'années, l'intérêt d'une fonction de coordination SF a pris sa place dans la littérature [45–49], avec des effets positifs sur les indicateurs obstétricaux, la santé mentale maternelle, le développement de l'enfant (NP1). L'un des objectifs de l'entretien prénatal précoce (EPP), suivi de l'attention ajustée durant la grossesse, est donc l'offre d'une écoute, d'une disponibilité, d'une réponse adéquate à ce qu'exprime la femme enceinte (et son partenaire),

Enfin, on peut retenir le risque à rassurer trop vite, quelle que soit l'origine des peurs. Il est désespérant pour une femme enceinte envahie d'angoisse de s'entendre dire : tout se passera bien, aucune raison de vous angoisser. Dans ce domaine, rationalité et subjectivité ne se rencontrent pas toujours, ce qui occasionne bien des ratages dans la communication. Les consultations itératives aux Urgences obstétricales constituent en ce sens un signe d'appel majeur.

6.3 Alliance au sein du couple, alliance parents/professionnels

L'ajustement de la mère et du père aux rythmes et besoins du bébé ne s'improvise pas. Si les parents bénéficient d'une solide sécurité intérieure, associée en général à un entourage familial bienveillant, et une relation de couple permettant une alliance parentale face à l'enfant, l'ajustement se fera aisément. En revanche, lorsque les conditions d'un tel ajustement ne sont pas réunies, la mise en place d'un environnement professionnel sécurisant prend toute son importance. Les travaux de l'école de Lausanne [50] ont en effet montré par des études précises vidéoscopées que l'alliance parentale en cours de grossesse à propos du bébé à venir était corrélée au développement cognitif et comportemental de l'enfant dans ses premières années (NP 2). La place de chacun pourra se réfléchir, les émotions ou conflits se dire dans une approche pluridisciplinaire, et ainsi anticiper la place du partenaire aux étapes importantes (échographies, salles de naissances, suites de couches), tant pour le bébé que pour la mère, mais aussi pour les professionnels.

Les modalités d'accompagnement actuelles, décrites plus loin, révèlent leurs effets remarquables sur la dynamique familiale si elles restent ancrées dans la réalité d'un bébé à venir, et d'un environnement professionnel protecteur. Dans les cas difficiles, offrir une nouvelle configuration de liens humains fiables via les professionnels est plus urgente que d'aller chercher les traumatismes. Une fois la confiance établie, l'orientation spécialisée sera plus aisée au titre de la préoccupation de tous pour le bien-être des futurs parents.

À propos des pères, ceux qui paraissent les plus en difficulté seront tout de même les pères de l'enfant quel que soit l'avenir du couple. Ceci impose que tout soit mis en œuvre pour qu'un père pris dans son mal-être, ses peurs ou sa violence, soit invité, accueilli, et que puissent se mettre en place dialogue et soutien. Une communication personnalisée avec le médecin traitant, lorsqu'il existe, peut aider à une approche globale de la dynamique familiale (alcool, dépression, chômage, toxiques...). Ce moment où un homme devient père sous le regard de tiers peut laisser une trace fondatrice, en positif s'il a trouvé sa place, ou en négatif s'il s'est senti délaissé, écarté, pas entendu. La collaboration médico-psychologique est nécessaire dès qu'il paraît possible de travailler dans une dynamique familiale complexe.

La présence de difficultés chez l'enfant réveillera les peurs, la culpabilité, le sentiment d'une répétition et risque de venir confirmer les incapacités et verrouiller les traumatismes. La plus grande difficulté, pour les équipes qui auront à suivre des enfants en souffrance, voire en danger, est de vaincre la peur des parents. Ces équipes hériteront en aval de ce qui se sera vécu ou non dans la période périnatale. Dans cette optique, éprouver autour de soi un réseau professionnel mû par le respect mutuel, l'attention, la cohérence sans complicité, la transparence (« tout ce que l'on fait est dit, tout ce que l'on dit est fait ») est la condition indispensable pour que se maintienne dans la durée la capacité à demander de l'aide si besoin. Si les peurs n'ont pas été désamorçées, tout sera difficile après, d'où le débordement des services dédiés à ces problématiques (pédopsychiatrie, aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile). Ainsi, la responsabilité des équipes périnatales est lourde, maintenant que nous détenons les arguments scientifiques sur la qualité indispensable de l'environnement humain aux étapes précoces.

Pour des adultes ayant grandi dans des environnements peu cohérents ou carencés, la période périnatale est une occasion unique dans leur trajectoire de parents, parfois dans leur propre chemin. Perméabilité à l'environnement humain, construction d'une nouvelle place, projet socialement positif reconnu dans la valeur d'un enfant à naître, proximité corporelle et émotionnelle, ne se retrouveront plus.

Au total, les adultes ayant vécu dans des environnements peu cohérents ou carencés doivent faire l'objet d'un soutien renforcé et d'un suivi coordonné (Accord d'experts).

6.4 La sécurité émotionnelle des futurs parents

Quand il n'existe pas de facteurs de risque ajoutés, les femmes enceintes (et partenaires) ont simplement besoin d'être respectées dans leurs intuitions, guidées s'il le faut pour les étapes à vivre (accouchement, allaitement...) et, si possible, entourées de la qualité relationnelle qu'elles auront à procurer à leur enfant. La réalité des conditions d'exercice ne s'y prêtent pas toujours, les parents en témoignent après-coup. Dans ce moment de grande perméabilité, un mot de travers, une maladresse, un avis divergent peuvent fissurer le sentiment de sécurité. Ainsi le développement exponentiel des technologies de dépistage prénatal multiplie les occasions de décalages dans la communication et donc de fragilisation des parents : annonces par téléphone, divergence d'avis, absence du conjoint. La corrélation entre une annonce ou suspicion en faux positif, et des troubles de l'attachement ultérieurs a été démontrée. Mais tout peut se reprendre si ce décalage a été identifié.

La sécurité émotionnelle des femmes enceintes/mères et de leur partenaire doit s'aborder avec la même rigueur que la sécurité somatique (Accord d'experts).

Dans les situations à haut risque psycho-émotionnel, l'utilisation d'outils relationnels innovants et leur évaluation relèvent de processus complexes : l'état d'esprit avec lequel ils sont utilisés est déterminant. Dans ce domaine, de nombreux facteurs vont jouer : formation, esprit d'équipe, culture de réseau, stabilité des collaborations, transparence des transmissions, soutien en deuxième ligne.

La définition des niveaux de vigilance en fonction de l'état psycho-émotionnel de la femme enceinte et du futur père (ou partenaire)

Sur le modèle du diagnostic anténatal, le risque émotionnel peut se mettre en images et en mots, à condition qu'il s'élabore dans la relation avec les parents, et non sur des critères objectifs détachés de l'état émotionnel du moment. Toute démarche objectivante, hors dialogue, est contre-productive : la femme, le conjoint ne se sentent pas pris en compte dans ce qu'ils éprouvent et pensent. Par exemple, un antécédent de dépression n'aura pas la même signification si un suivi est en place, un traitement stabilisé, un entourage bienveillant et l'absence d'autres facteurs de risque ; ou si rien de tout ceci n'existe. Il en est de même en cas d'événement traumatique dans l'enfance, ou d'un antécédent de fausse couche, selon le degré d'accompagnement, la qualité de l'entourage, les relations qui en ont découlé...

S'engager dans la recherche conjointe de facteurs qui justifieraient un accompagnement renforcé, dont il faut décrire les objectifs avec beaucoup de tact, nécessite des conditions drastiques : collaborations stabilisées, arbre décisionnel pour introduire et analyser les orientations, suivi du suivi (coordination)... Il s'agit d'une prévenance active, à l'opposé d'une prédiction dans ce domaine mouvant des interrelations. Tout dépendra de la qualité du projet, de l'adhésion de la mère et du père ou partenaire, et de la rigueur à chaque instant, tant dans les consultations que dans les liaisons. On peut retenir que les femmes (couples) qui n'ont pas eu l'occasion d'élaborer en cours de grossesse un « projet de naissance » intégrant toutes les données, expriment souvent la sensation de s'être senties « volées de leur accouchement » qu'elles (ils) n'ont pu vivre de manière active.

Proposition de trois niveaux de vigilance

- **Niveau 1** : absence d'antécédents obstétrico-pédiatriques à potentiel traumatique, absence d'événements de vie récents négatifs, environnement sécurisant, partenaire concerné, pas d'antécédents de mauvaises relations avec le milieu de la santé, ni avec l'entourage. En ce cas, il suffit de ne pas introduire d'iatrogénie, de respecter les souhaits du couple, de favoriser leur autonomie, d'aménager la présence du père ou partenaire aux étapes importantes. La femme peut elle-même effectuer les transmissions utiles, sauf demande particulière.
- **Niveau 2** : psychopathologie stabilisée, ATCD obstétricaux ou pédiatriques accompagnés, bon contact dans la communication, absence de conflits familiaux majeurs ou dans la vie sociale. On ne sait pas ce qui peut survenir : réactivation d'un mal-être, peur immodérée de l'accouchement, événements de vie ébranlant un équilibre précaire. Balisage prudent, au cas où : suivi personnalisé, liaison lieu de naissance et proximité (SF

libérale) pour assurer la continuité post-natale, reprise avec un psychologue ou psychiatre en périnatalité (si possible vers le 7^e mois pour faire le point de l'évolution.

- **Niveau 3** : prise de psychotropes itérative sans suivi, décompensation récente, syndrome de stress post-traumatique d'origine obstétricale, isolement, évènements de vie en cours de grossesse (maladie ou deuil d'un proche), distorsion relationnelle dans la famille, contact fuyant et fragile, antécédent obstétricaux majeurs. Dans ces cas, les outils disponibles pour une équipe expérimentée (incluant l'intra et l'extra hospitalier) peuvent se déployer. S'appuyer sur les personnes de confiance aux yeux de la femme (couple), puis élargir la confiance

Remarque

Parfois le niveau 3 surgit en « code rouge » : l'urgence émotionnelle sous des formes diverses (décompensation, comportement violent, relation très difficile...). Elle ne survient pas dans un ciel serein. Il existe toujours des facteurs de risque mais qui ont pu rester méconnus (manque de suivi, manque de communication, clash avec les équipes...). La réactivité de tous avec l'aide d'un psychiatre en 2^{ème} et 1^{ère} ligne quand c'est possible est fort utile, voire nécessaire. *L'absence d'EPP réalisé est retrouvée quasiment dans tous les cas d'urgence émotionnelle imprévue.*

Mettre en place un cadre souple et protecteur

L'anticipation est indispensable : il s'agit de baliser les étapes à venir pour que l'imprévu des évènements surgisse dans un « contenant humain » suffisamment souple. C'est le rôle du projet de naissance élaboré au fil des consultations (de l'EPP à la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)), pour ces mères sans difficulté particulière et bien plus pour celles qui sont confrontées à des difficultés de vie actuelles et/ou anciennes. Si l'on se réfère à la théorie de l'attachement, une femme qui a grandi dans un contexte perturbé (carence, désordres familiaux en tous genres...), a besoin d'éprouver autour d'elle, dès les premières rencontres avec les professionnels, l'attention dont elle n'a pu bénéficier en d'autres temps (fiabilité et protection)[51] (NP4).

La relation duelle est nécessaire mais ne suffit pas dès que la situation se complexifie. L'expérience montre que c'est dans le croisement des regards qu'apparaît une distorsion, une divergence de points de vue signant un climat émotionnel instable. Chaque professionnel selon sa place reçoit une facette de la personnalité ou de la situation. Plus la future mère souffre d'un désordre intérieur, plus ces facettes paraissent contradictoires et risquent de mettre en désaccord les acteurs de soin. Au contraire, leur articulation permet de proposer une continuité externe, qui servira de miroir structurant à des parents blessés par la vie.

Décoder avec tact

Une des difficultés réside dans le dépistage de ces fragilités, derrière une façade souvent lisse, chez une femme enceinte (ou un futur père) qui fera tout pour ne pas ré-ouvrir les expériences négatives. Celles-ci touchent en effet à l'image de soi, et activent bien souvent la peur d'être

jugée, cataloguée, ou simplement de déranger. Ces « facteurs de risque » relèvent de conflits intérieurs, dont le sujet n'a pas les clés ni parfois la conscience claire. Les sages-femmes apprennent à déceler derrière un rendez-vous manqué, une attitude fermée, une expression décalée, quelque chose qui ne peut se dire ou même se penser. Telle cette jeune femme témoignant après-coup : « Si je me confie, je ne sais plus qui je suis ». Dans ces cas, pas de symptômes bruyants. Mais lorsque s'ouvre une vraie communication, peuvent se dire les traumatismes qu'il a bien fallu enfouir pour vivre. La possibilité s'offre alors d'une orientation vers le « psy » périnatal en complémentarité de l'accompagnement médical (et jamais « à la place de »).

Dans des témoignages après-coup, les parents expriment combien ils se sont sentis « nourris » par la cohésion d'une équipe, par les mots proposés sur ce qu'ils éprouvent, par l'attention dans les détails qui leur a permis d'éprouver ce sentiment parfois neuf d'être au centre de l'action. Nous entrons dans ce paradoxe difficile à accepter dans nos sociétés qui valorisent l'autonomie : la grossesse/naissance offre l'occasion d'une « *dépendance non dangereuse* » éprouvée auprès de professionnels attentifs, à travers les soins corporels et une disponibilité qui surprend les couples : « *Vous faites tout ça pour moi, pour nous ? Pour les autres aussi ?* » C'est l'occasion d'indiquer les besoins développementaux du bébé via le bien-être parental, dans une politique de santé élaborée collectivement

Assurer une continuité

S'ajuster aux besoins et aux rythmes du bébé passe ainsi par le maintien ou la reconstruction d'un « *sentiment continu d'exister* » que les 17 contacts (minimum dans notre organisation de soins obstétricaux classiques) doivent favoriser – et non attaquer comme il arrive encore trop souvent. Il s'agit, dans les situations de souffrance parentale, d'un véritable « tissage » fait d'aller-retours significatifs entre les professionnels qui se succèdent autour des futurs parents. Les « outils » interdisciplinaires (reliant parents et professionnels, mais aussi professionnels entre eux) élaborés au fil des années, particulièrement depuis le Plan Périnatalité 2005, favorisent la tenue de cette « *toile protectrice* » lorsqu'elle s'avère nécessaire. Ces « *outils* », dans leur succession, constituent l'Accompagnement Personnalisé en Réseau Coordonné (APRC) et ont récemment été validés grâce à une étude comparative portant sur un groupe de mères bénéficiant de l'APRC dès la grossesse, et un groupe de mères qui ont consulté en post-natal pour troubles anxio-dépressifs et impact sur le bébé [52] (NP3). La différence entre les deux groupes est très significative sur les items de l'état émotionnel des mères et du développement de l'enfant, mesurés à plusieurs étapes dans les deux premières années.

Le cadre médical comme pivot de l'accompagnement

L'axe essentiel pour construire cette « continuité externe » est le suivi médical, rassurant en principe, lisible par tous, positif puisque centré sur l'objectif d'une naissance heureuse, commun aux parents et aux professionnels, à partir duquel s'organiseront si besoin les orientations nécessaires. Le lieu de naissance est le point focal dans le maintien d'une continuité sensorielle et émotionnelle tant pour chaque parent que pour le bébé. L'expérience clinique en interdisciplinarité, et l'analyse prospective ou rétrospective de dossiers complexes

(comportant des facteurs de vulnérabilité psycho-émotionnels sévères), montre que plus une femme enceinte (couple) présente d'éléments d'insécurité, plus le suivi médical jouera un rôle protecteur, non stigmatisant, et qu'il faut dans ces cas asseoir d'abord une alliance solide avec les professionnels du champ somatique, avant d'orienter vers les acteurs sociaux ou psychiatriques – ce que l'on serait tenté de faire devant la lourdeur des situations [53]. Par contre, le professionnel médical (médecin, sage-femme) a besoin de ne pas rester seul dans l'attente d'une orientation acceptée (psy en 2^e ligne).

Exemples de questions de bons sens pouvant favoriser les entretiens avec les familles

Où en est la femme ? Son conjoint ?

- Comment ils vont ?
- Où ils en sont de la grossesse ? Découverte, annonce, consultations...
- Est-ce qu'ils ont des questions ? des souhaits ?
- Quelles sont leurs préoccupations (facteurs d'insécurité) ?
- Quels sont leurs points d'appui (facteurs de sécurité) ?

Quel est leur environnement professionnel ?

- Qui est déjà là pour cette grossesse ?
- À qui ils ont parlé de ce qui se révèle important ?

Quels sont les points d'appui dans la durée? (réalité, craintes)

- Entourage personnel (famille, amis)
- Entourage professionnel

Qu'est-ce qui est important pour la future mère au moment où on la rencontre ?

Définir les objectifs immédiats et garder en tête les objectifs ultérieurs qui ne peuvent pas toujours se dire à l'instant, pour la mère et pour le père ou le partenaire (à traiter en interdisciplinarité si compliqué).

Quelques règles à respecter pour que la consultation se passe bien. Si l'on pose une question hors champ strictement médical, on doit auparavant s'interroger sur trois points :

- **Pourquoi je pose cette question de ma place de professionnelle (expliquer)**
- **Quelle réponse je peux apporter (mieux vaut ne pas la poser si l'on ne sait pas quoi en faire)**
- **Quelle transmission je ferai et dans quel objectif**

La manière de poser les questions touchant à l'intime est essentielle, afin d'éviter un sentiment d'intrusion. Entrer dans le registre émotionnel se fait sans risque en questionnant les rencontres avec les professionnels, la disponibilité ou non de l'entourage. Sur une confiance chargée émotionnellement : « Vous en aviez déjà parlé à quelqu'un ? ». Une fois saisi le fil émotionnel (vécu actuel) de la femme enceinte, éventuellement de son ou sa partenaire, il s'agit de ne plus le lâcher pour que les actions s'organisent au plus près des vécus parentaux.

Au total, une attention particulière doit être portée sur la manière de poser les questions ayant trait à l'intime (Accord d'experts).

6.5 Les besoins des professionnels : pratiques et outils

Dans tout ce travail, les acteurs de soins confrontés parfois à des charges émotionnelles fortes, ont les mêmes besoins : ne pas être seuls, se sentir entendus dans ce qu'ils éprouvent, et validés dans leurs actions. Outre les conditions d'exercice pour chacun, l'organisation des collaborations est devenue l'outil majeur de prévention face au risque d'effets de miroir, d'épuisement professionnel, d'isolement... Maintenir la cohésion des divers acteurs impliqués autour de situations à forte charge psycho-émotionnelle demande la mise à disposition de référentiels spécifiques reflétant la réalité telle qu'elle se découvre, élaborés en général sous l'impulsion des Réseaux périnataux [54].

Le monde des spécialistes du psychisme est confronté à des difficultés propres : formations inadéquates, changement de culture à travailler collectivement, organisation de la disponibilité au rythme des étapes périnatales. La disponibilité du praticien « psy » est un impératif si l'on veut que soient respectés les rythmes du bébé à venir ou présent, ceux des parents, ceux des professionnels dits « *de première ligne* ».

L'expérience montre que l'élargissement des compétences de chacun par des formations mutuelles et le coude-à-coude clinique, favorise la fluidité des actions et est rapporté par les parents comme l'élément majeur de sécurité. « Nous nous sommes sentis portés ... » est la phrase entendue chaque fois qu'un accompagnement ajusté a permis de traverser les étapes parfois agitées.

Comment s'organiser en réseau

Chaque acteur de soins se doit de développer son propre « réseau personnalisé », par définition virtuel puisqu'enraciné sur celui préexistant de la femme enceinte. Les habitudes de collaboration le favorisent si l'on ne se contente pas de « faire rentrer la situation dans *notre* réseau » mais de respecter aussi les choix des parents.

Le bien-être maternel prôné comme une nécessité dès les trois premiers mois de vie est le résultat d'une alchimie complexe qui s'élabore de la consultation pré-conceptionnelle à la petite enfance. Il faut, pour chacun, oser s'appeler, se reconnaître mutuellement. On peut dire que le moteur efficace « d'éducation à la parentalité » réside dans l'expérience vécue par ces parents d'être au centre d'un environnement coordonné et bienveillant, plutôt que des conseils ou injonctions qui auraient cassé leurs propres intuitions.

Dans les situations à haut risque psycho-émotionnel, il est impératif de ne jamais rester seul. Le risque d'opposer l'identification au bébé et l'identification à une mère en souffrance est majeur. Dans ces cas, la présence d'un « tiers » est nécessaire pour tenir ensemble les facettes apparemment discontinues, contradictoires dans l'instant, jusqu'à la prise en compte des émotions de chacun.

Les outils d'accompagnement personnalisé en réseau coordonné

Dans la majorité des cas, il suffit que soit balisé le chemin sur lequel les futurs parents vont avancer dans leur autonomie propre, dans un vrai « partenariat ». Selon le niveau de vigilance, sont désormais à disposition une succession d'outils d'accompagnement « en réseau », qui seront utilisés soit de manière systématique pour certains, soit dans la suite des risques identifiés à tel ou tel moment du parcours :

- la consultation pré-conceptionnelle,
- l'entretien prénatal précoce,
- la fonction de coordination,
- la reprise psy en 2^e ligne,
- les orientations psy ou médico-sociales,
- les méthodes de PNP,
- la reprise des antécédents obstétricaux par une sage-femme en cas de syndrome de stress post-traumatique d'origine obstétricale,
- la consultation anténatale du pédiatre,
- les modalités de collaboration médico-psychologique,
- le staff de préparation de l'hospitalisation,
- les méthodes de posturage du bébé,
- l'activation du réseau de proximité,
- l'anticipation du retour à domicile,
- la prévision d'un suivi adapté au bébé.

Ces pratiques ne sont pas exhaustives, chaque terrain invente des manières de faire. Mais, dans les situations extrêmes, l'ensemble de ces outils a démontré son efficacité validée par la méthode prospective d'analyse des dossiers (confrontation des hypothèses et actions anténatales avec le devenir de l'enfant et l'état psycho-émotionnel des parents en postnatal). Des pistes pour la conduite de ces temps de consultations sont décrites en annexe 3, l'EPP et le suivi en post-partum sera abordé plus loin dans le texte.

Rythme des actions

Deux facteurs vont particulièrement influencer le rythme des actions proposées après l'entretien :

- Le contexte de survenue de la grossesse et le moment des premières consultations
- Le contexte de travail local

Là gît toute la complexité d'un suivi global intégrant la diversité des composantes de santé (somatiques, psycho-émotionnelles, sociales). Les contextes et temporalités obligent à considérer chaque situation dans sa singularité. Si le haut risque émotionnel est repéré tardivement, il faudra aller très vite dans un accompagnement serré et pluridisciplinaire, au même titre qu'un haut risque somatique. La stabilisation de recommandations incluant les nouvelles pratiques d'accompagnement est nécessaire, à condition de respecter l'imprévu des

rencontres interpersonnelles, les événements de vie, l'évolution des parents en fonction des rencontres... D'où la prudence dans les informations inscrites au temps du 1^{er} trimestre qui auront pu évoluer au 3^{ème} trimestre.

Confidences et confidentialité

Le contexte interpersonnel dans lequel se dit un événement vécu est aussi significatif que le contenu en soi. Celui ou celle qui a reçu une « confiance » doit rester présent, disponible, sous une forme ou sous une autre ; il est traumatisant de perdre le professionnel à qui l'on a confié un élément douloureux. Quand ceci se produit, c'est la porte ouverte à tous les fantasmes en écho à du « déjà-vécu » (abandon, peur d'avoir dérangé, jugement...).

Les transmissions

Un transcodage qui s'élabore avec la femme (ou le couple)

Décodage : dégager les informations significatives à ses yeux, en proposant également des éléments utiles, sans trahir la confidentialité s'ils relèvent de l'intime, au titre de l'expérience acquise avec d'autres parents.

Recodage : penser aux besoins du (des) professionnels pour rester en sécurité face à une situation singulière et à éviter les maladresses ou contre-attitudes.

Ne pas oublier les deux niveaux de liens interprofessionnels (qui sont des transmissions en soi) :

- se présenter aux autres acteurs lorsqu'on entre dans une situation qui le nécessite (dont le médecin traitant), afin que chacun ait en tête l'ensemble ;
- se transmettre des contenus selon les règles ci-dessus, dans la transparence avec la femme, dans le souci de positiver la PEC.

La pratique montre que ces transmissions peuvent être brèves, et favoriser la vue d'ensemble du suivi pour chacun des acteurs impliqués. L'intérêt est leur rapidité afin de respecter la dynamique.

Au total, le contenu des transmissions aux autres professionnels s'élabore avec la femme (ou le couple) et ne doivent contenir que les éléments utiles (Accord d'experts).

Les transmissions vont infiltrer tout le suivi, du tout début de la grossesse au retour à domicile et suivi de l'enfant. Si par exemple sont proposées plusieurs SF à des places différentes (consultation hospitalière, PNP en proximité, hypnose...), il ne s'agit pas d'une dispersion mais au contraire de la prise en compte des divers registres en jeu dans une dynamique complexe, qui nécessite un ajustement permanent des places pour en maintenir la différenciation. Enfin, le retour d'information de l'aval sur l'amont fait partie des transmissions nécessaires pour valider le travail de l'équipe périnatale, éventuellement s'ajuster pour d'autres situations.

Au total, il est recommandé d'expliquer le fonctionnement du système de soin et le rôle de chaque professionnel, surtout si un soutien spécifique se profile en post-partum (Accord d'experts).

En conclusion, principes et outils relèvent d'un état d'esprit qui permet d'offrir un environnement cohérent à chaque couple et enfant. Une telle pratique « en réseau » se dégage progressivement des rencontres interdisciplinaires, du témoignage des parents, de l'élaboration de référentiels régionaux et des études prospectives. Elle est évolutive et s'enrichit sur chaque terrain en fonction des contextes et des pratiques locales. Plus le suivi se complexifie pour des raisons médicales, sociales ou psychiatriques, plus les transmissions simples et personnalisées seront utiles. Tout malaise intrafamilial nécessite une prise de recul pour rester à sa place en sécurité (équipe ; pédopsychiatre en 2^{ème} ligne ou en 1^{ère} ligne si acceptée). Il est nécessaire d'asseoir le suivi médical dans la confiance avant d'orienter si facteurs d'insécurité sociaux ou psychiques.

6.6 L'entretien prénatal précoce - EPP (dit du 4e mois)

Il est ici particulièrement détaillé car il constitue le point de départ du projet de soins ajusté (un entretien isolé n'a pas de sens). On peut en préciser les modalités et la trame, car il est la base sur laquelle se construira la suite. On peut le décrire comme un entretien semi-directif, dans un échange mutuel d'informations. Si le partenaire n'est pas là, y faire référence est important, en s'enquérant de ses disponibilités pour partager le suivi médical, au moins en partie.

La précocité de l'EPP a été souhaitée pour potentialiser la qualité du suivi global, mais aussi :

- avant d'éventuelles complications obstétricales ou des sentiments d'échec dans l'accompagnement
- pour anticiper les étapes sensibles lorsqu'existe un risque psycho-émotionnel (échographies, accouchement, post-partum, retour à domicile).

Cette « **échographie émotionnelle et environnementale** » est le résultat des éléments personnels apportés par la femme (couple), et des questions posées sur plusieurs registres, dans une trame d'entretien souple :

- le « fil obstétrical »
 - la grossesse actuelle : découverte, annonce à l'entourage, professionnels en place
 - les antécédents obstétricaux et les éventuelles résurgences émotionnelles
 - les antécédents familiaux côté mère et côté père ou partenaire (pertes d'enfant, accouchements traumatiques...) véhiculant des angoisses plus ou moins explicites
 - les facteurs de sécurité et/ou d'insécurité
 - les professionnels rencontrés : points d'appui ? difficultés ?
 - l'entourage familial : confiance ? proximité ? disponibilité ?
 - un éventuel isolement social ?
 - des évènements de vie récents à fort impact : deuil ? déménagement ? chômage ?

- les souhaits et les craintes dans le but de prévenir les effets d'un stress excessif
- les transmissions élaborées ensemble (cf règles ci-dessus) : informer que l'EPP a été mené, personnalisé quand nécessaire.

Les erreurs à éviter

Tout transmettre (inutilisable) ou ne rien transmettre (décourageant pour l'autre qui se sent annulé)

- mais penser ensemble avec la femme : à qui ? pourquoi ? à quel moment ? comment ?
- ne pas envahir le(s) professionnel(s) d'éléments non utiles pour son exercice

Orienter trop vite

- une orientation psychologique ou psychiatrique obéit à des règles pour être acceptée et efficace.
- si réticence, revoir et renforcer la confiance.
- ne pas orienter sur des antécédents ou comportements... mais sur ce qui est une priorité pour la patiente et son partenaire.
- éviter d'orienter sur plusieurs professionnels à la fois dans les cas compliqués, trop tôt, ce qui peut faire fuir, alors qu'on serait tenté de le faire au vu de nombreux facteurs de risque.
- personnaliser l'orientation (ne pas se contenter de « prenez rendez-vous avec le Dr Untel », ou « avec un psychiatre »).
- la même réticence peut se manifester vis-à-vis de la protection maternelle et infantile (PMI) en fonction des antécédents et sera à travailler.

Face à une situation qui s'avère complexe (haut risque émotionnel)

- ne pas rester seul
- psychologue/pédopsychiatre en 2^{ème} ligne (reprise régulière dans les cas difficiles)
- penser au médecin traitant, inscrit dans la continuité, place de confiance (alcool, psychotropes, difficultés sociales...)
- donner un rendez-vous proche
- se relier avec le praticien qui suit la grossesse
- transmettre ce qui permettra au professionnel l'accueil sécurisé d'une femme ou couple en grande difficulté, là où ils en sont
- s'enquérir de ce qui a été déjà partagé avec d'autres
- prêter attention à ne pas « figer » un état émotionnel transitoire dans les transmissions

Faire la synthèse de l'entretien

- traiter la sécurité émotionnelle au même titre que la sécurité somatique en définissant les niveaux de vigilance (cf plus haut)
- revoir si insuffisant ou organiser la vigilance dans la suite (transmissions), rapidement si l'EPP a été effectué tardivement
- transmettre la synthèse (ce qu'il y a faire) au praticien qui suit la grossesse (dossier patient informatisé ou personnel si nécessaire)

Au total, il est recommandé de ne pas rester seul face à une situation à forte charge émotionnelle (équipe, psy en 2^{ème} ligne ou en 1^{ère} ligne si acceptée) (Accord d'experts).

6.7 Les 3 premiers mois du post-partum « 4ème trimestre de grossesse »

[55]

Cette période s'inscrit dans la continuité des étapes périnatales. Toute rupture dans la communication ou défaut d'application ce qui était prévu est source de stress. L'attention doit se porter sur les 3 personnes concernées : le bébé, la mère, le partenaire. La situation familiale dépendra en grande partie de l'anticipation effectuée en fin de grossesse. Une fois le bébé présent dans sa réalité, les parents sont mobilisés par les soins et moins tournés vers eux-mêmes. Les questions précises permettent de retrouver la continuité émotionnelle des étapes parcourues. On peut, sans risque d'intrusion :

- Reprendre l'accouchement, en suites de couches ou au retour à domicile (fil émotionnel, entourage)
- Mesurer l'impact d'une éventuelle séparation mère-bébé précoce, même courte
- Veiller à l'état général de la mère (fatigue, douleurs, troubles du sommeil, humeur)
- S'intéresser à l'état global du père ou partenaire
- Qualité des interactions parents-bébé (aisance, plaisir ?)
- Adéquation de l'entourage familial et amical ? Les parents se sentent-ils entendus, respectés, dans leur volonté d'intimité ou dans leur besoin d'aide ?
- Vérifier si un référent professionnel est joignable en cas de besoin (médecin traitant, sage-femme, puéricultrice, pédiatre, psychiatre)

Si l'entretien prénatal n'a pas été réalisé, ou si les transmissions n'ont pas été faites et qu'un nouveau professionnel intervient, il devient habituel de pratiquer un entretien post-natal, même s'il n'est pas validé administrativement. En cas de difficultés exprimées ou pressenties, il est impératif de revoir la famille, de transmettre à un autre professionnel s'il y a lieu (médecin traitant, pédiatre), d'introduire un soutien médico-social s'il n'a pas été anticipé, et surtout de maintenir le contact le temps nécessaire.

Se rappeler que le suivi précoce d'un bébé à terme né dans un contexte de vulnérabilité est indispensable et efficace dans la prévention de toutes les formes de troubles chez l'enfant.

L'acceptation par les parents de ce suivi développemental ou d'un soutien spécifique est corrélé à la confiance établie ou non en période anténatale. La recherche avec la mère et le partenaire de dysfonctionnements éventuels dans la communication avec les professionnels rencontrés auparavant permet de mobiliser les expériences négatives et de reconstruire la confiance.

Au total, comme pour le somatique, en cas de facteurs de fragilité identifiés en prénatal, une attention particulière et un suivi pédiatrique précoce et prolongé doivent être mise en place pour l'enfant, sans attendre l'apparition d'un trouble (Accord d'experts).

En résumé, afin de garantir la rigueur d'un suivi ajusté, du début de grossesse aux trois premiers mois de vie, il faut veiller à :

- **Offrir un environnement ajusté, continu, parents au centre, professionnels informés de là ou en est la femme (couple).**
- **Asseoir la confiance des parents en eux-mêmes (ne pas trop en faire qui ne soit nécessaire), les aider à construire une relation de confiance avec le système de soins en expliquant le fonctionnement, le rôle de chacun, surtout si un support spécifique se profile en post-partum.**
- **Organiser minutieusement les places de chacun en salle de naissances : intérêt d'un projet de naissance élaboré en cours de grossesse avec chaque femme (couple).**
- **Préparer les conditions d'un suivi pédiatrique précoce du bébé si fragilité de l'enfant ou des parents. Ne pas attendre l'apparition d'un trouble.**

7. Conclusion générale

Une bonne adaptation des parents aux besoins du bébé passe par la dédramatisation de comportements qui peuvent être gênants ou parfois inquiéter : le sommeil, les pleurs, l'alimentation. Ce sont à la fois des marqueurs de l'état général, en même temps que les indicateurs d'une éventuelle fragilité de l'environnement humain. La disponibilité des adultes (de la mère en particulier), la possibilité de faire appel à un tiers professionnel si besoin, enfin l'évaluation de la situation familiale selon les cas, sont les conditions nécessaires à une mise en place sereine des échanges et des rythmes du bébé.

La connaissance approfondie par les professionnels des processus d'attachement humain permet de différencier le besoin de protection chez le bébé en même temps que son besoin inné de relation, et le mouvement du « donneur de soin » (caregiver), qui ne doit pas se confondre avec les sentiments parfois complexes éprouvés par les adultes.

Le bien-être parental ne s'improvise pas une fois le bébé venu au monde. Il doit faire l'objet d'une attention précise dans toutes ses composantes, sachant que l'environnement humain joue un rôle majeur dans le sentiment de sécurité des parents. C'est donc dès la grossesse que

doit se consolider ou se reconstruire la confiance en soi de la future mère et du partenaire, afin d'assurer l'ajustement du monde professionnel aux demandes et besoins exprimés par les parents, puis l'ajustement des adultes au nouveau-né. Les équipes de soins ont elles-mêmes besoin de se sentir entendues et soutenues face aux situations les plus chargées émotionnellement. La connaissance des dispositifs en santé mentale et l'organisation des collaborations sont des objectifs prioritaires sur chaque terrain. Parmi ces recommandations, un certain nombre relève d'une démarche clinique expérimentale qui n'a pu encore fait l'objet de validation scientifique. Relevante d'une éthique évidente, qui rejoint l'intuition des professionnels et surtout le ressenti des parents, quelques-unes se sont imposées dans la pratique. Ceci n'empêche pas l'intérêt d'études comparatives pour asseoir la rigueur d'une démarche interdisciplinaire.

Remerciements

Les auteurs remercient les coordonnateurs (Chloé Barasinski, Clermont-Ferrand ; Rémi Béranger, Rennes ; Catherine Salinier, Gradignan ; Cécile Zaros, Paris) et les experts du groupe de travail (Julie Bercherie, Paris ; Jonathan Y. Bernard, Paris ; Nathalie Boisseau, Clermont-Ferrand ; Aurore Camier, Paris ; Corinne Chanal, Montpellier ; Bérénice Doray, la Réunion ; Romain Dugravier, Paris ; Anne Evrard, Lyon ; Anne-Sophie Ficheux, Brest ; Ronan Garlandézec, Rennes ; Manik Kadawathagedara, Rennes ; Marion Lecorguillé, Paris ; Cécile Marie, Clermont-Ferrand ; Françoise Molénat, Montpellier ; Fabienne Pelé, Rennes ; Brune Pommeret de Villepin, Lille ; Mélie Rousseau, Loos ; Virginie Rigourd, Paris ; Laurent Storme, Lille ; Anne Laurent-Vannier, Saint-Maurice ; Stéphanie Weiss, Chambéry), qui ont contribué aux échanges, ainsi qu'à la production et à la validation de ce texte. Les auteurs remercient également les membres du groupe de lecture qui ont relu l'ensemble des textes (liste complète présentée dans le texte de synthèse¹). Merci à Clara Liparelli et Marie-Cécile Moulinier pour leur assistance éditoriale, ainsi qu'à Bruno Enderlin pour son assistance infographique. Charte graphique : Rémy Tricot.

¹ Voir RPC "intervention pendant la période périnatale" : Synthèse (<https://hal.uca.fr/hal-03283227>)

Références

- 1 - Hiscock H, Cook F, Bayer J, Le HND, Mensah F, Cann W, Symon B, St James-Roberts I, (2014) Preventing early infant sleep and crying problems and postnatal depression: a randomized trial. *Pediatrics* 133: e346-354
- 2 - Douglas PS, Hill PS, (2013) A neurobiological model for cry-fuss problems in the first three to four months of life. *Med Hypotheses* 81: 816–822
- 3 - Challamel M, (2009) *Le sommeil de l'enfant*. Masson.
- 4 - Gronfier C, (2009) *Physiologie de l'horloge circadienne endogène : des gènes horloges aux applications cliniques*. *Médecine Sommeil* 6: 3–11
- 5 - Bayot I, (2006) *Eveils et compétences du nouveau-né. Les rythmes neurologiques et alimentaires du nouveau-né et leur évolution*. Disponible sur : <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2016/04/eveilsalimentationIB.pdf>
- 6 - Bayot I, *Mais pourquoi les bébés pleurent-ils? Eveils, pleurs et besoins du tout petit*. Disponible sur : <https://ccpsc.qc.ca/sites/ccpsc.qc.ca/files/Mais%20pourquoi%20les%20b%C3%A9b%C3%A9s%20pleurent-ils.pdf>
- 7 - Douglas P, Hill P, (2011) Managing infants who cry excessively in the first few months of life. *BMJ* 343: d7772
- 8 - St James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Sorgenfrei E, (2006) Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a “proximal” form of care. *Pediatrics* 117: e1146-1155
- 9 - Salinier C, *Troubles du sommeil chez le jeune enfant*. In: *Pédiatrie Pour Prat.*, 7th ed. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, pp 131–5
- 10 - Reid VM, Dunn K, Young RJ, Amu J, Donovan T, Reissland N, (2017) The Human Fetus Preferentially Engages with Face-like Visual Stimuli. *Curr Biol* CB 27: 2052
- 11 - Granier-Deferre C, Bassereau S, Ribeiro A, Jacquet A-Y, Decasper AJ, (2011) A melodic contour repeatedly experienced by human near-term fetuses elicits a profound cardiac reaction one month after birth. *PloS One* 6: e17304
- 12 - Marx V, Nagy E, (2017) Fetal behavioral responses to the touch of the mother’s abdomen: A Frame-by-frame analysis. *Infant Behav Dev* 47: 83–91
- 13 - Castiello U, Becchio C, Zoia S, Nelini C, Sartori L, Blason L, et al., (2010) Wired to be social: the ontogeny of human interaction. *PloS One* 5: e13199
- 14 - Qiu A, Rifkin-Graboi A, Chen H, Chong Y-S, Kwek K, Gluckman PD, et al., (2013) Maternal anxiety and infants’ hippocampal development: timing matters. *Transl Psychiatry* 3: e306
- 15 - Babenko O, Kovalchuk I, Metz GAS, (2015) Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neurosci Biobehav Rev* 48: 70–91
- 16 - Reissland N, Froggatt S, Reames E, Girkin J, (2018) Effects of maternal anxiety and depression on fetal neuro-development. *J Affect Disord* 241: 469–474
- 17 - Saint-Georges C, Chetouani M, Cassel R, Apicella F, Mahdhaoui A, Muratori F, et al., (2013) Motherese in interaction: at the cross-road of emotion and cognition? (A systematic review). *PloS One* 8: e78103
- 18 - Leclère C, Viaux S, Avril M, Achard C, Chetouani M, Missonnier S, Cohen D, (2014) Why synchrony matters during mother-child interactions: a systematic review. *PloS One* 9: e113571
- 19 - Farber MJ, Kim MJ, Knodt AR, Hariri AR, (2019) Maternal overprotection in childhood is associated with amygdala reactivity and structural connectivity in adulthood. *Dev Cogn Neurosci* 40: 100711
- 20 - Cooklin AR, Giallo R, D’Esposito F, Crawford S, Nicholson JM, (2013) Postpartum maternal separation anxiety, overprotective parenting, and children’s social-emotional well-being: longitudinal evidence from an Australian cohort. *J Fam Psychol* 43 27: 618–628
- 21 - Barrero-Castillero A, Morton SU, Nelson CA, Smith VC, (2019) Psychosocial Stress and Adversity: Effects from the Perinatal Period to Adulthood. *NeoReviews* 20: e686–e696
- 22 - Dugravier R, Barbey-Mintz A-S, (2015) *Origines et concepts de la théorie de l’attachement*. *Enfances Psy* N° 66: 14–22
- 23 - Bowlby J, (1973) *Attachment and loss, vol. 2. Separation : anxiety and danger*. Basic Books, New-York

- 24 - Bowlby J, (1980) Attachment and loss, vol. 3. Loss : sadness and depression. Basic Books, New-York
- 25 - Mintz A-S, Guédeney N, (2009) L'attachement entre 0 et 4 ans. In: Attach. Approche Théorique. Elsevier, pp 95–102
- 26 - Bowlby J, Kalmanovitch J, (2002) Attachement et perte. Volume 1. Puf, Paris
- 27 - Ainsworth MDS, (1978) Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates ; Distributed by Halsted Press Division of Wiley, Hillsdale, N.J.; New York
- 28 - Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T, (2005) Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet Gynecol* 106: 1071–1083
- 29 - Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C, (2014) Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 215: 341–346
- 30 - Adouard F, Glangaud-Freudenthal NMC, Golse B, (2005) Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health* 8: 89–95
- 31 - Guedeney N, Fermanian J, (1998) Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry* 13: 83–89
- 32 - Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A, (2018) Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry* 75: 247–253
- 33 - Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J, (2001) L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). *Psychiatr Enfant* 44: 211
- 34 - Pawlby S, Sharp D, Hay D, O'Keane V, (2008) Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. *J Affect Disord* 107: 241–245
- 35 - Charrois J, Côté SM, Japel C, Séguin JR, Paquin S, Tremblay RE, Herba CM, (2017) Child-care quality moderates the association between maternal depression and children's behavioural outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 58: 1210–1218
- 36 - Nezelof S, Dodane C, Herrera P, Isserlis C, Speranza M, Chauvin-Debie A, et al., (2011) 11. *Enfant et environnement*. In: *Psychiatr. L'enfant*. Lavoisier, pp 316–365
- 37 - Caton CL, Cournos F, Felix A, Wyatt RJ, (1998) Childhood experiences and current adjustment of offspring of indigent patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv Wash DC* 49: 86–90
- 38 - Dugravier R, Cassagnes S, Vacheron M-N, (2018) Anticiper pour mieux accompagner. La consultation cico et les dispositifs de soins en psychiatrie périnatale. *Enfances Psy* 77: 74
- 39 - Vacheron M-N, Morlent F, Dugravier R, (2018) Couples atteints de troubles psychiques et projet d'enfant : quel accompagnement proposer ? *Enfances Psy* 79: 51
- 40 - Austin M-P, Hadzi-Pavlovic D, Leader L, Saint K, Parker G, (2005) Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Hum Dev* 81: 183–190
- 41 - Van den Bergh BRH, Marcoen A, (2004) High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Dev* 75: 1085–1097
- 42 - Van der Bergh BRH, (2011) L'exposition prénatale au stress maternel associée à des altérations neuro-développementales ? In: *Stress Grossesse Quelle Prév. Pour Quels Risques*. ERES, Toulouse, pp 67–81
- 43 - McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ, (2016) Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post-partum: A cohort study. *Midwifery* 34: 15–20
- 44 - Reeves N, (2017) L'anxiété spécifique à la grossesse: une entité clinique distincte?: étude prospective et longitudinale comparée de l'évolution, de l'intensité, des facteurs de risque, des corrélats associés et de la prédiction de l'humeur maternelle postnatale. Thèse. Paris Descartes
- 45 - Alderdice F, McNeill J, Lynn F, (2013) A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery* 29: 389–399
- 46 - McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, et al. (2012) Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG* 119: 1483–1492

- 47 - Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D, (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD004667
- 48 - Kildea S, Simcock G, Liu A, Elgbeili G, Laplante DP, Kahler A, et al., (2018) Continuity of midwifery carer moderates the effects of prenatal maternal stress on postnatal maternal wellbeing: the Queensland flood study. *Arch Womens Ment Health* 21: 203–214
- 49 - Simcock G, Kildea S, Kruske S, Laplante DP, Elgbeili G, King S, (2018) Disaster in pregnancy: midwifery continuity positively impacts infant neurodevelopment, QF2011 study. *BMC Pregnancy Childbirth* 18: 309
- 50 - Favez N, Frascarolo F, (2011) Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant. *Devenir* 23: 359–377
- 51 - Molénat F, Panagiotou D, (2015) Impact of the perinatal environment on the child's development : implications for prevention policies. *Adv Neurobiol* 10:409-24
- 52 - Panagiotou D, (2019) Évaluation de l'impact de l'Accompagnement Personnalisé en Réseau Coordonné (APRC) des femmes enceintes souffrant de troubles anxiodépressifs et bipolaires et leurs bébés. Thèse. Université Bourgogne Franche-Comté
- 53 - Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement, Référentiel pour la mise en place et l'animation de formations au travail en réseau coordonné de soins. 31p
Disponible sur :
<http://www.afree.asso.fr/wp/wp-content/uploads/2015/02/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-pour-la-mise-en-place-et-l-animation-de-formations-au-travail-en-r%C3%A9seau-personnalis%C3%A9-de-soins.pdf>
- 54 - Kojayan R, Levy G, Havasi K, Molénat F, (2016) Grossesse et souffrance psychique: précis de nouvelles pratiques. Sauramps Médical, Montpellier
- 55 - Toubin R-M, Jacquot A, Boulot P, (2019) « Posturage du nouveau-né » et pratiques innovantes autour de la naissance : un défi collectif pour le développement précoce. *Périnatalité* 11: 14–25

Annexes - Chapitre 7

La mise en place des liens d'attachement du nouveau-né selon ses rythmes et besoins, l'accompagnement adapté des parents

| | | |
|-----------------|---|------------|
| Annexe 1 | La consultation pour troubles du sommeil rencontrés en pédiatrie | p43 |
| Annexe 2 | Quelques conseils pratiques pour le sommeil et les rythmes du nouveau-né | p47 |
| Annexe 3 | Pistes pour conduire les différents moments du suivi de grossesse | P48 |

Annexe 1. La consultation pour troubles du sommeil rencontrés en pédiatrie

I. Diagnostic des troubles du sommeil, Allégation des parents et évaluation de la gêne occasionnée

De quoi se plaignent les parents ? Quels troubles sont repérables chez l'enfant qui pourraient être liés à un manque de sommeil ? Il est en effet des situations où des particularités de mode de sommeil sont repérées à l'interrogatoire (enfant qui dort entre ses parents, parent qui passe sa soirée à endormir l'enfant...) mais où personne ne porte de plainte, ni les parents ni l'enfant. Quel droit alors pour le médecin d'intervenir sauf à amener les parents à réfléchir à leur pratique dans une optique de prévention de ce qui pourrait potentiellement être délétère un jour pour le développement global de leur enfant ou pour leur propre sommeil ou relation. Les appels multiples et répétés la nuit sont probablement dus à cette difficulté de prise de distance en douceur entre la mère et son bébé. Il est certain que la physiologie de l'allaitement (tétées fréquentes à la demande, proximité totale y compris la nuit), la physiologie du sommeil du bébé ne sont pas en accord avec les exigences sociales d'une maman qui travaille et/ou qui a plusieurs enfants aux rythmes de vie différents. Il est primordial devant une allégation par les parents de troubles du sommeil du nourrisson de juger de ce qui est supportable ou non pour eux, d'évaluer ce qui est d'une exigence excessive des parents dans la mise en place progressive mais normale des rythmes de sommeil du bébé ou d'un accordage inadéquat de l'attitude parentale aux besoins du bébé. Telle mère qui répondra systématiquement et immédiatement aux appels de son bébé de plus de 6 mois sans aucune distanciation ne l'aide pas à enchaîner ses cycles de sommeil sur de longues périodes en particulier la nuit. Telle autre au contraire trop pressée laissera trop crier son bébé sans intervenir et mettra à mal ses conditions d'attachement. L'attitude des mamans et des parents est déterminée par leur culture, leur connaissance de la physiologie du sommeil des bébés mais aussi leurs conditions de vie, leur état psychique, en particulier une dépression post natale ou même ante natale dont on sait le lien avec le sommeil de la maman et celui du bébé. Le sommeil et la dépression post natale sont l'un et l'autre liés comme causes mais aussi comme conséquences de dys-régulation des interactions mère-bébé. Le praticien consulté aura à évaluer tout cela et à conseiller et orienter au mieux.

II. Prise en charge des troubles du sommeil

Quel que soit l'âge de l'enfant, il est important de considérer les troubles du sommeil comme un marqueur pluridimensionnel. Avec deux grands axes de réflexion

Quel est le mode de vie de cet enfant ? Quel est le mode de relation de l'enfant avec ses parents ?

- **Le mode de vie de l'enfant**

Ses rythmes biologiques sont-ils respectés, son rythme de vie, l'ambiance de sa vie sont-ils compatibles avec le lâcher prise nécessaire à l'endormissement et à la sérénité du sommeil ? Les troubles du sommeil ont le plus souvent leur origine dans la journée, dans tout l'environnement de l'enfant. Beaucoup d'enfants ont une vie trépidante, sont ballottés par des parents aux multiples occupations qui ne perçoivent pas que du temps calme, serein, de partage de tendresse, de jeux est nécessaire les jours sans travail et les vacances et chaque jour en fin de journée. L'usage des écrans quel qu'il soient s'interposant dans les interrelations sera évité le plus possible.

Chez le nourrisson puis le petit enfant, il importe de comprendre les difficultés de séparation et l'anxiété qui peut en découler. La mise en crèche ou chez une assistante maternelle, la période du 9ème mois sont classiquement les premières expériences angoissantes de séparation qui se répèteront tout au long de l'enfance à chaque acquisition psychomotrice (marche, langage...) où chaque étape de la vie sociale un peu difficile (entrée en crèche, à l'école, au collège ...) Ces angoisses de séparation doivent être accompagnées en les comprenant et en les acceptant comme normales à cet âge. Des événements de vie de la famille (deuil, souci professionnel, désaccords) perturbant la sérénité des parents auront d'autant plus d'impact sur l'enfant qu'il ne les comprendra pas parce qu'ils ne lui auront pas été expliqués et que rien ne lui aura été dit pour contenir son anxiété.

- **Le mode de relation de l'enfant avec ses parents**

et la place de cet enfant dans cette famille, dans ce couple, détermine la façon dont les parents sont en mesure d'accompagner le trouble ou sa cause avec la compréhension, la bienveillance et la fermeté qui devraient prévaloir à l'éducation d'un enfant. Compréhension de la difficulté qu'exprime l'enfant, bienveillance pour l'accompagner à la dépasser mais fermeté qui doit rappeler le cadre qu'ils ont fixé. Certains parents ont des difficultés à fixer ce cadre rassurant, ne comprennent pas que la fermeté et leur détermination calme contient l'enfant, qu'elle n'est pas un manque d'amour (ce qu'ils croient) mais au contraire le rassure, que le trouble du sommeil n'existe ou perdure que parce qu'ils l'autorisent souvent inconsciemment. On doit tenter de les amener à réfléchir et à comprendre ce qui leur fait renoncer à de multiples soirées de calme pour eux car passées à endormir un enfant, d'accepter les nuits hachées. Il leur est possible de réfléchir à leur propre insécurité de parents, à leur propre anxiété de séparation en résonance avec celle de leur enfant.

C'est souvent après plusieurs consultations et surtout lorsque la limite d'acceptation des parents est atteinte qu'ils peuvent enfin trouver en eux la ressource de poser la limite à l'enfant et lui permettre d'être ainsi plus serein car contenu et rassuré.

II. Quand adresser l'enfant en consultation spécialisée ?

Dans la plupart des cas ces consultations de « guidance parentale » sont suffisantes à faire cheminer les parents vers un aménagement de leur compréhension de la physiologie du bébé, un aménagement de leur mode de vie, un changement de regard sur la place de l'enfant auprès (entre) eux et une redirection de leur attitude vers moins de complaisance mais plus de bienveillance ferme sans sévérité pour autant.

Lorsque le consultant de premier recours et les parents n'arrivent pas avancer ensemble plutôt que prendre le risque de voir la situation s'enkyster et dégrader les interactions, il est alors préférable de passer la main vers une consultation pédiatrique dédiée au sommeil pour une analyse plus fine de la situation et un traitement bien conduit sur le plan comportemental. Plus spécifiquement un psychologue sera conseillé surtout dans les cas où le trouble du sommeil n'est que le symptôme d'une anxiété plus globale de l'enfant, de son entourage ou d'un trouble plus large de l'économie relationnelle familiale.

0 - 6 MOIS

6 - 24 MOIS

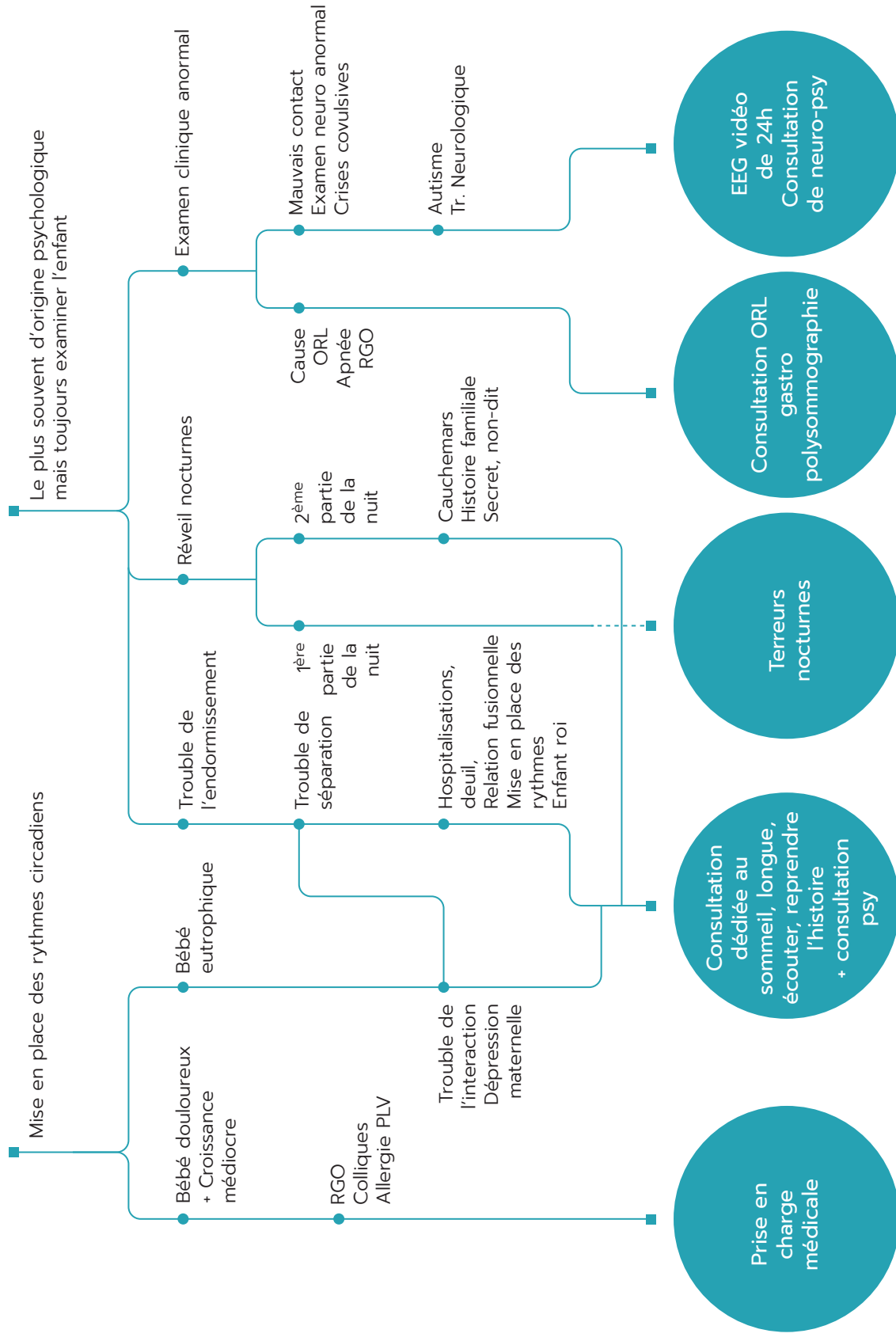


Figure S1. Algorithme de prise en charge des troubles du sommeil

Annexe 2. Quelques conseils pratiques pour le sommeil et les rythmes du nouveau-né

I. Chez le nouveau-né

Le portage en écharpe est parfois très utile à conseiller à une maman qui a plusieurs enfants, est seule à la maison pour bercer son enfant tout en vaquant à ses occupations. De même les berceaux « co-dodo » lui permettront de garder une proximité et un contact avec le bébé tout en respectant la sécurité. Mais ces outils peuvent être un piège à distance car pérennisent longtemps une proximité totale sans la distanciation physique progressive habituelle dans notre culture occidentale au-delà de 4-6 mois.

II. Chez le nourrisson de 9 mois

L'apprentissage de la séparation, la vérification de la permanence de l'objet par le jeu du « coucou-caché » par la non réponse à « l'exigence » de l'enfant d'être pris dans les bras à la moindre de ses demandes permettront de vaincre cette anxiété de séparation d'autant qu'un autre mode de réassurance (la parole, la caresse ...) est substitué progressivement.

III. Méthodes comportementales

Les méthodes comportementales de laisser pleurer l'enfant par paliers de temps progressifs ne seront à considérer qu'après 6 mois. Elles ne seront efficaces que bien expliquées à l'enfant (bienveillance) et bien tolérées par les parents déterminés (fermeté) Laisser hurler un enfant impunément sans être allé le voir et sans explication et plus de quelques minutes n'a pas de sens.

IV. Liens utiles à conseiller aux parents :

- Mpedia : site public d'aide à la parentalité de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire.
<https://www.mpedia.fr/cat-sommeil-3/> et <https://www.mpedia.fr/?s=pleurs+bébé>
- Dormium : site qui propose des consultations en ligne.
<http://dormium.fr/>

Annexe 3. Pistes pour conduire les différents moments du suivi de grossesse

I. La consultation préconceptionnelle

Elle est promue à la lumière des connaissances épigénétiques : permettre aux parents d'améliorer leur état global et leur mode de vie si nécessaire. Elle est assurée selon les cas par un gynécologue obstétricien, un médecin généraliste, un pédopsychiatre, un pédiatre, une sage-femme selon les problèmes. Le risque serait d'en faire un catalogue de conseils, et non une première occasion d'information mutuelle sur les difficultés et l'organisation possible pour y faire face. Le fait que cette consultation soit axée sur l'intérêt d'un bébé en projet favorise l'énoncé des peurs et dédramatise les comportements à valence négative.

Elle permet également aux parents, selon la manière de la mener, de se sentir co-responsables d'un projet de suivi adapté à leurs besoins : facteur de sécurité et d'adhésion ultérieure aux propositions.

Sur le plan psycho-émotionnel, sont explorés : les traitements, les spécialistes en place ou non, la qualité de l'entourage, l'inscription sociale, le support existant, etc.

A éviter en cas de psychopathologie :

- l'arrêt du traitement pour cause de grossesse, avec risque de décompensation
- le forçage à l'interruption médicale de grossesse du fait de l'entourage familial, parfois d'un professionnel, avec risque d'aggravation de la pathologie, et/ou de grossesses itératives

II. La coordination (suivi du suivi) dans les situations qui le justifient

- Fragilité familiale importante
- Syndrome de stress post traumatique d'origine obstétricale
- Situation médicale actuelle à forte charge anxiogène
- Antécédents traumatiques personnels ou familiaux
- Expériences précoces délétères (attachement, abus...)
- Conflits conjugaux aigus
- Grande fragilité psychiatrique
- Inquiétude pour l'enfant à venir (éventuel projet de protection)
- Diversité d'intervenants à prévoir sur le parcours périnatal jusqu'au suivi ultérieur du bébé

Modalités de mise en place de la coordination

Elles découlent :

- De la connaissance fine d'une situation grâce à l'entretien prénatale précoce ou dans la succession des consultations intra ou extra-hospitalières
- Des contextes organisationnels
- De la reconnaissance de la fonction sur un poste dédié, ou temps reconnu pour sage-femme de consultations
- Associées ou non aux consultations directes.

C'est une fonction encore mouvante, non généralisée, dépendant des décisions administratives.

Les axes de la coordination

- Transversal (dans l'instant présent)
 - Où en est la femme (couple)
 - Orientation difficile : proposition, préparation, reprise
 - Analyse d'un rdv raté
 - Mise en œuvre de ce qui a été proposé
 - Retour sur chaque professionnel significatif
- Longitudinal (dans la succession des étapes)
 - Vérification des retours d'information utiles
 - Anticipation des étapes sensibles
 - Auprès de la femme, du partenaire
 - Auprès des professionnels à venir
 - Transmettre les éléments utiles à chacun
 - Donner des images aux parents de ce qu'ils vont parcourir, en particulier les besoins des professionnels pour mieux les accueillir
 - Concernent : tous les acteurs de soin médicaux, psy, sociaux, selon la problématique
 - Veiller à personnaliser la transmission selon le moment et la place professionnelle

III. Les différentes méthodes de préparation à la naissance et à la parentalité

- choix du type (individuel ou en groupe, approche corporelle)
- liaisons en amont et en aval (avec le lieu d'accouchement)
- ne pas craindre les complémentarités si elles ont du sens pour tous (besoins particuliers)
- participation du futur père (important)
- visite de la salle de naissance
- approche corporelle si grande souffrance psychique (recentrage)
- intervision quand séances difficiles

IV. Les collaborations médico-psy (cf plus haut) à organiser sur chaque terrain

- ne pas rester seul si facteurs d'insécurité (staffs, relèves, reprises, téléphone...)
- se repérer entre les divers modes d'exercice dans le champ psy : psychologue in situ, pédopsychiatre, psychiatre adultes
- si ATCD psychiatriques prévoir consultation avant la naissance avec le psychiatre référent de la maternité, en accord avec le psychiatre libéral qui ne pourra se déplacer en post-partum

V. La consultation anténatale du pédiatre

Outil précieux, présent depuis longtemps en prévision d'une hospitalisation du bébé, en diagnostic anténatal. Plus récemment dans les situations d'addictions, d'antécédents douloureux concernant un enfant ou un post-partum difficile.

Elle ne peut pas se banaliser, doit se préparer de manière personnalisée. La sage-femme devra insister dans les cas d'addiction (crainte d'être confrontée à celui qui serait le témoin d'une « souffrance » du bébé). Cette rencontre aide l'équipe pédiatrique à accueillir les parents soit en post-partum ou en pédiatrie. On leur parlera de tout ce qu'on pourra faire pour aider leur enfant et combien leur rôle de parents sera important.

VI. Le staff interne de préparation de l'hospitalisation

- non ouvert à tous mais aux professionnels impliqués (sage-femme coordinatrice, unité kangourou, pédiatre, assistante sociale, psychologue)
- la SF de coordination rassemble les éléments significatifs
- anticipation de la durée du séjour
- anticipation des visites (place du père, entourage) à filtrer dans certains cas
- anticipation du retour à domicile
- prévision et organisation du suivi du bébé selon les cas (activation du réseau d'aval)

En d'autres lieux, peut se dérouler un staff hebdomadaire sous la houlette d'un PH pour les cas à haut risque psycho-émotionnel (CHU Angers). Chaque terrain invente son propre système.

Il s'agit d'ajuster l'accueil et la prise en charge aux étapes cruciales (SdN, post-partum, RaD)

VII. Méthodes de « posturage sensori-moteur du bébé »

C'est un remarquable outil (54) auprès des couples envahis de stress du fait de leur situation et parfois de leur passé (psychotropes, addictions, violences...). Il est associé au peau à peau et au bain enveloppé.

- L'invitation au père, en fin de grossesse, pour parler du cerveau du bébé, de l'impact de l'environnement humain, de sa place, du positionnement du bébé afin d'assurer sa continuité sensorielle est un moment chargé d'émotion pour des parents très inquiets

du fait de leur parcours, ou de leur état psycho-affectif actuel. L'aide au posturage à J1/J2, est acceptée sur ces motifs par des pères jusque-là fuyants.

- Ces moments sont source de confidences, d'émotions partagées, en particulier chez les pères.
- A J1-J2 la vision de leur bébé, détendu dans leurs bras, ouvrant les yeux, génère une grande émotion et peut activer des moments vécus dans le passé, jusque-là.

VIII. Les transmissions au réseau de proximité : pédiatre, sage-femme, médecin généraliste, puéricultrice, psychiatre, psychologue selon les cas

- La mise en place d'un suivi très précoce dans les situations à haut risque ne peut s'improviser
- Le suivi d'aval (support médical, social, psychologique) a été envisagé avant l'accouchement
- Tout doit être fait pour éviter le surgissement d'angoisses non accompagnées au domicile
- Venue de la sage-femme connue si possible
- Consultation du pédiatre à 15 jours
- Continuité de la prise en charge pédopsychiatrique
- Selon les terrains, la prolongation d'une durée d'hospitalisation permet d'affiner le projet de soins post-natal, tant du côté du bébé que du côté maternel en cas de souffrance psychique
- La question de la coordination du suivi d'aval est actuellement en discussion au niveau national

Licence

Cet article est en accès libre et a été rédigé dans le cadre d'une licence Creative Commons : « Attribution-NonCommercial-NoDerivs ». Cette licence permet de copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous formats. Les auteurs doivent être cités. L'utilisation commerciale et la diffusion de matériel modifié n'est pas autorisée.

© 2021 les auteurs.