

Interventions pédopsychiatriques à domicile en périnatalité

Dr Julie Le Foll

*Unité Petite Enfance et Périnatalité
Service de psychiatrie infanto-juvénile
Hôpital Bichat- APHP*

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS


HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE
Bichat - Claude Bernard

Avant propos

- * La grossesse et le postpartum: périodes de crise identitaire et de maturation psychologique
- * Période majeure de réorganisation et donc de **vulnérabilité**
- * Situation de stress au regard de l'attachement (situation nouvelle, éprouvés émotionnels intenses...)
- * Épreuve pour le couple (conjugal => parental)


- * La **maladie mentale** est évidemment un facteur de vulnérabilité durant la grossesse et le postpartum
- * Rarement isolé
- * C'est l'accumulation des facteurs de risque qui crée la vulnérabilité
- * Notion de **familles à risques multiples**

Familles à risques multiples

- * Appellations différentes dans la littérature
- * Familles **multirisques** (Greenspan, 1987), familles **carencées** (David, 1984), familles **exclues** (Lebovici, 1987)
- * Familles confrontées de façon chronique à une détresse multifactorielle
- * Qui n'utilisent pas ou peu les lieux médico-sociaux à disposition
- * « **hard to reach families** » (McDonald, 2010)
- * Hard to reach cares?

Facteurs de risque multiples

- * **Psychopathologie parentale** (troubles de l'humeur, trouble de la personnalité, traumatismes graves, addictions...)
- * Milieu socio-économique et culturel défavorisés, situation d'immigration et d'isolement, organisation monoparentale
- * Conflits intrafamiliaux, **violence domestique**
 - ▶ Histoire trans-générationnelle d'**abus**, de **maltraitance** ou de **négligence**

- 
- * La plupart du temps des femmes (très) jeunes
 - * Ne demandant pas d'aide
 - * Peu connues / extrêmement connues des services sociaux
 - * Exclusion sociale qui s'inscrit souvent dans une histoire personnelle de rupture et de rejet

Quels risques pour ces familles et leurs enfants?

- * Risque accru d'exposition à des toxiques (TCAF, RCIU...)
- * Risque accru de pathologie somatique (mort subite, maladies récurrentes, malnutrition ou retard de croissance)
- * Carences sanitaires, éducatives et sociales pour les enfants
- * Absence d'organisation de la vie quotidienne
- * Situations de crise fréquentes

- * Plus de retard de développement, de difficultés d'apprentissage et de maltraitance (Armstrong, 1999)
- * 60 à 80% d'attachements inséculres dans les familles à problèmes multiples

Pour les parents

- * Risque accru de décompensation d'une psychopathologie sous jacente
- * Plus de dépressions périnatales +++

Du point de vue des interactions précoces

Impact des vulnérabilités (en particulier psychiques) sur le **caregiving** du parent

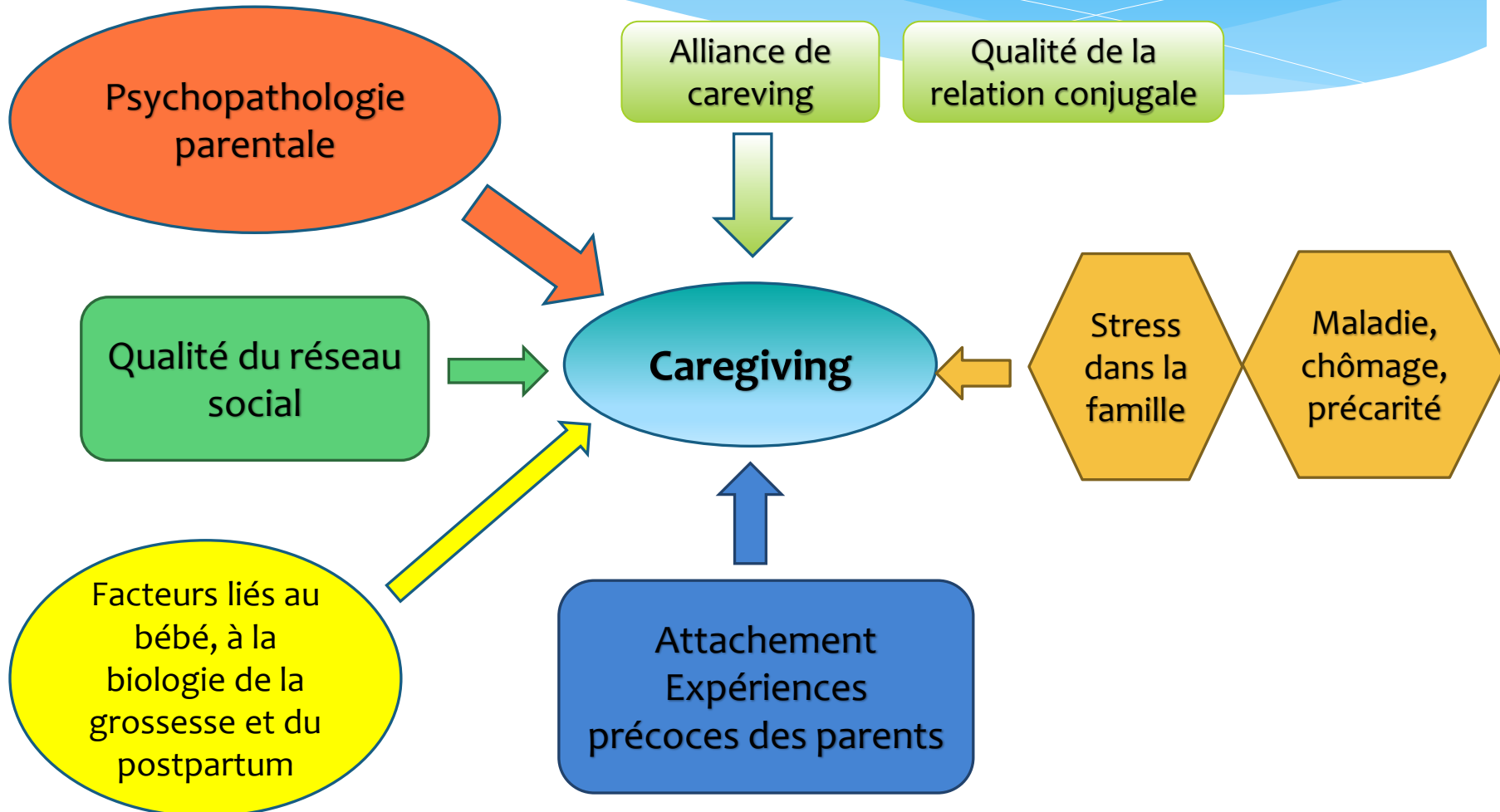
C'est à dire la capacité du parent à prendre soin de l'enfant, à répondre à ses besoins de protection et de sécurité émotionnelle

Surtout si les vulnérabilités s'accumulent

Répondre aux besoins d'attachement d'un jeune enfant

la complexité du système de *caregiving*

Belski, 1999; Kobak & Mandelbaum, 2003; Greenberg, 2005



Violence conjugale et caregiving

- * **Un risque majeur pour le caregiving ++**
- * Indisponibilité émotionnelle, moindre sensibilité aux signaux de l'enfant
- * Risque de concurrence entre le besoin de se protéger et celui de protéger ses enfants
- * Risque d'extinction du caregiving pour le parent violent et le parent violenté
- * Insécurité majeure pour le bébé, risque de désorganisation

Impact des vulnérabilités sur les interactions précoces

- * Moindre disponibilité émotionnelle du parent
- * Impact sur le couple => plus de conflit et altération du **co-parenting**
- * Stress permanent
- * Difficultés d'organisation du quotidien, des rythmes du bébé

- * Plus de **discontinuité** dans les interactions
- * Plus d'interactions dysfonctionnelles (intrusion, retrait, manque de réciprocité...)

Évaluer pour repérer les situations à risque et adapter les interventions précoces

- * Ces familles nécessitent des interventions précoces
- * Mais ces familles n'utilisent pas ou peu les ressources communautaires ++ (médicales, sociales, éducatives)
- * Besoin de **flexibilité et d'adaptabilité clinique** de ces familles (Fraiberg, 1981)
 - ⇒ Il faut adapter nos interventions au fonctionnement de ces familles, à leurs limitations, leur méfiance...
 - ⇒ Ne pas attendre la demande

Visites à domiciles périnatales en pédopsychiatrie

La VAD: une pratique historique

- * En psychiatrie
- * En médecine générale
- * En PMI (sages femmes, puéricultrices +++)

- * En pédopsychiatrie: pratique qui s'est beaucoup développée
- * Programmes de recherche (sous l'impulsion de D. Olds)
- * CAPEDP en France
- * Outil puissant et efficace en périnatalité (familles vulnérables++)

La question du lien

- * Familles qui ne tolèrent aucun lien (insécurité relationnelle)
- * Mettent en échec les tentatives d'aide
- * N'ont pas confiance dans les professionnels => expériences parfois douloureuses (professionnels interchangeables, pas toujours impliqués et/ou ne tenant pas leur promesse)

- * Très peu accessibles au soins psychiques
- * Peur du placement
- * Pourtant, elles mobilisent de nombreux professionnels +++
 - Problèmes sociaux au 1^{er} plan
 - Qui masquent les souffrances psychiques
- * Les interventions se font souvent à la demande des professionnels (PMI, service social...) => Méfiance

Adapter les interventions

Modalités d'intervention
théoriques optimales

Modalités d'intervention
possibles et pertinentes

Modalités d'intervention
acceptées par la famille

Qu'est-ce qui marche
pour qui? (Fonagy,
2002)

Adapter les interventions

- * Faire preuve d'une grande flexibilité
- * **Co-construire l'alliance** : le professionnel n'est pas décisionnaire de tout
- * **Définir le cadre de l'intervention avec la famille**
- * S'adapter à ce que peut supporter la famille
- * Définir des objectifs et les moyens à disposition

La VAD: du point de vue des familles

- * Le domicile est un environnement familial, donc plus sécurisant
 - * L'évaluation est **globale** et plus pertinente (situations diverses d'observation)
 - * Meilleure appréciation des **dysfonctionnements**, mais aussi **des ressources** +++ de la famille
- ⇒ On peut insister sur le positif: ce qui va bien, ce que les familles réussissent à faire
- ⇒ Pas uniquement sur ce qui inquiète

- * À domicile les parents sont **acteurs** de la prise en charge
- * Ils sont confortés dans leur place de parents, de **donneur de soins**
- * Le travail à domicile permet également d'**impliquer les pères** +++ et autres membres importants de la familles (GP...)

Objectifs des interventions pédopsychiatriques

- * **L'attention au bébé**
- * **Mais...il faut prendre soin de ceux qui prennent soin (Kobac et Esposito, 2003)**
- * **Soutien des compétences parentales**
- * **Travail sur les interactions => améliorer le caregiving ++**
- * **« voir c'est croire »: importance de la vidéo dans les approches thérapeutiques**
- * **Travailler sur le contexte ++ => développer les ressources d'aide interpersonnelles et diminuer les facteurs de vulnérabilité**

Mais aussi...

- * **Collaboration** avec les partenaires de soins (psychiatres adulte, pédiatre, médecins de PMI, puéricultrices...)
- * **Repérage précoce** des troubles du développement => évaluation et soutien des « bébés à risque » (psychomotricité, ...)

Pour la suite...

- * **Nécessité d'évaluer nos pratiques ++**
- * Mise en place de **recherches sur l'efficacité des VAD** en pédopsychiatrie
- * Cibler nos interventions => DPN ++
- * Création d'un véritable **parcours de soins** (avec une collaboration des différents partenaires de soins, en pré et en postnatal +++) et évaluation de son efficacité