

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

2018

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 10 septembre 2018 à POITIERS
par Mademoiselle PLASSART Anaïs
Née le 6 mai 1993

Devenir des enfants nés d'une mère psychotique

A propos d'étude de cas au sein du Centre Hospitalier
Psychiatrique Henri Laborit de Poitiers

Composition du jury :

Président : Madame le Docteur PAIN Stéphanie, Maître de Conférences

Membres : Monsieur le Professeur FAUCONNEAU Bernard
Madame le Docteur BAUDIN-HAJRI Cécile, Praticien Attaché, Co-directrice de
thèse

Directeur de thèse : Madame DEJEAN Catherine, Maître de Conférences, *in memoriam*

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

2018

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 10 septembre 2018 à POITIERS
par Mademoiselle PLASSART Anaïs
Née le 6 mai 1993

Devenir des enfants nés d'une mère psychotique

A propos d'étude de cas au sein du Centre Hospitalier
Psychiatrique Henri Laborit de Poitiers

Composition du jury :

Président : Madame le Docteur PAIN Stéphanie, Maître de Conférences

Membres : Monsieur le Professeur FAUCONNEAU Bernard
Madame le Docteur BAUDIN-HAJRI Cécile, Praticien Attaché, Co-directrice de
thèse

Directeur de thèse : Madame DEJEAN Catherine, Maître de Conférences, *in memoriam*



PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, Chimie Thérapeutique
- COUET William, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- IMBERT Christine, Parasitologie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- BARRIER Laurence, Biochimie
- BODET Charles, Bactériologie
- BON Delphine, Biophysique
- BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- BUYCK Julien, Microbiologie
- CHARVET Caroline, Physiologie
- DEBORDE Marie, Sciences Physico-Chimiques
- DEJEAN Catherine, Pharmacologie
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie Clinique
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GIRARDOT Marion, pharmacognosie, botanique, biodiversité végétale
- GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie
- HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique
- INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile Pharmaco chimie

- PAIN Stéphanie, Toxicologie
- RAGOT Stéphanie, Santé Publique
- RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- TEWES Frédéric, Chimie et Pharmaco chimie
- THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Pharmaco chimie, Produits naturels

AHU

- BINSON Guillaume

PAST - Maître de Conférences Associé

- DELOFFRE Clément, Pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, Pharmacien

Professeur 2nd degré

- DEBAIL Didier

Maître de Langue - Anglais

- SIMMONDS Kévin

Poste d'ATER

- JUIN Camille

Poste de Doctorant

- BERNARD Clément
- DOUMAS Manon

A Catherine Dejean,

Dont le destin a interrompu trop brutalement nos échanges, et la poursuite de ce travail.

Attristée, je n'oublierai jamais votre gentillesse et votre bienveillance, ainsi que votre professionnalisme tant convoité, et apprécié. Je vous serai éternellement reconnaissante d'avoir accepté d'être mon maître de thèse, de m'avoir aidé dans ce travail, et de m'avoir tant appris.

Vous allez nous manquer.

Remerciements

A ma Présidente de Jury,

Madame le Docteur Stéphanie PAIN,

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de présider la soutenance de ma thèse et d'évaluer mon travail, je vous en remercie.

A ma co-directrice de thèse,

Madame le Docteur Cécile BAUDIN-HAJRI,

Pour faire partie de mon jury et m'avoir tant aidé dans les corrections de cette thèse.

Je ne te remercierais jamais assez pour ton soutien, ta gentillesse, tes conseils, ainsi que ton investissement et toute ton implication dans la poursuite de ce travail.

Sache que je te serais éternellement reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Bernard FAUCONNEAU,

Pour avoir accepté de m'aider dans la direction de cette thèse, malgré les circonstances. Je tiens sincèrement à vous exprimer mon profond respect, et vous remercier pour votre disponibilité et l'entraide que vous avez eues à mon égard.

A Monsieur Erick PIGEOT, technicien supérieur hospitalier au département d'information médical du centre hospitalier Laborit de Poitiers,

Pour vos recherches, m'ayant permis de présenter les cas cliniques exposés dans ma thèse. Je vous suis très reconnaissante et vous remercie pour votre travail si précieux.

A l'équipe de la pharmacie de l'hôpital Henri Laborit (Denis, Willy, Sophie, Éric, Bruno, Jérôme et Grégory)

Pour votre accueil, votre générosité, votre gentillesse, votre soutien et votre jovialité qui fait que l'on se sent toujours bien à vos côtés. Merci à vous tous pour cela et pour m'avoir fait découvrir, lors de mon stage de 2015, l'environnement psychiatrique.

A mon Choupinou, Hichem.

Pour ta compréhension, ta compassion, ton soutien, et ta patience lors de mes études, ainsi que ton amour, ton écoute et tes attentions au quotidien. Merci de m'avoir épaulé dans les moments compliqués et de m'avoir motivé pour finir ce travail. Sans toi je n'aurais pas réussi. Tu es mon pilier, sache que je t'aime à la folie.

A ma famille, si précieuse pour moi,

Maman je te remercie pour ton soutien à chaque épreuve de ma vie, ainsi que ta disponibilité, ton réconfort et tes précieux conseils, indispensables pour moi.

Papa, je te remercie pour ton écoute et la confiance que tu as en moi en toutes circonstances, ce qui est très appréciable.

Laura je te remercie énormément pour tous tes conseils, si précieux et précis, dans l'élaboration de cette thèse, et pour notre complicité sans faille.

Arnaud (Loulou), je te remercie tellement pour ta joie de vivre et ton empathie qui nous permettent de partager de très beaux moments ensemble.

Mon beau-frère préféré, Quentin, merci pour ton intérêt à ce sujet, et ton aide efficace dans la réalisation des schémas de cette thèse.

Je ne serais jamais arrivée là où j'en suis sans votre amour et tout le soutien que vous m'avez apporté pendant ces études. Merci du fond du cœur, je vous aime énormément.

A mes copines pharma du pôle chorée,

Merci Aurélie et Marion car à vos côtés, j'ai passé des moments extraordinaires que je n'oublierais jamais. Merci d'avoir été présentes lors des bons, et moins bons moments de nos études. Vous êtes deux filles au cœur énorme, que je suis si contente de vous avoir rencontré. Je vous aime fort.

A ma famille d'Auvergne, qui compte beaucoup pour moi,

Je remercie ceux qui ont cru en moi, ceux qui se sont intéressés à mon sujet, et ceux avec qui je passe d'agréables moments de partage.

A ma petite Mamie Guiguite, qui bien que de là-haut, m'a guidé et aidé dans l'écriture de cette thèse. Merci d'être toujours présente en moi.

J'espère réussir à te faire rire quotidiennement, mais aujourd'hui, j'espère te rendre fière par ce travail, en partie pour toi. Tu me manques.

Sommaire

Introduction.....	1
I. Généralités sur les troubles psychotiques, l'enfance et la parentalité	2
I.1 Les troubles psychotiques.....	2
I.1.1 Définition.....	2
I.1.2 Clinique et critères diagnostic des troubles psychotiques.....	3
I.1.2.1 La schizophrénie	3
I.1.2.2 Le trouble délirant.....	5
I.1.2.3 Le trouble psychotique bref	5
I.1.2.4 Le trouble schizophréniforme	5
I.1.2.5 Le trouble schizo-affectif.....	6
I.1.2.6 Le trouble de personnalité schizotypique	6
I.1.3 Epidémiologie	7
I.1.4 Physiopathologie de la schizophrénie.....	8
I.1.4.1 Théorie neurologique	8
I.1.4.2 Théorie génétique	8
I.1.4.3 Théorie biochimique	9
I.1.4.3.1 Hypothèse dopaminergique	9
I.1.4.3.2 Implication des autres neurotransmetteurs	11
I.1.5 Comorbidités.....	12
I.1.5.1 Facteurs influençant les comorbidités	12
I.1.5.2 Comorbidités physiques	13
I.1.5.3 Comorbidités psychiatriques	15
I.1.6 Traitements.....	17
I.1.6.1 Principes généraux.....	17
I.1.6.2 Traitement pharmacologique.....	17
I.1.6.2.1 Antipsychotiques de première génération	17
I.1.6.2.2 Antipsychotiques de deuxième génération.....	20

I.1.6.2.3	Autres traitements	22
I.1.6.3	Traitements non pharmacologiques	22
I.1.6.3.1	Electro-Convulsivo-Thérapie	22
I.1.6.3.2	Thérapies cognitives et comportementales	23
I.2	Développement de l'enfant : de sa conception à l'âge adulte	24
I.2.1	Les différentes périodes de la vie	24
I.2.1.1	Période anténatale	24
I.2.1.1.1	Phases de développement embryonnaire	24
I.2.1.1.2	Développement sensoriel fœtal.....	25
I.2.1.1.3	Interaction embryon/fœtus-mère	26
I.2.1.2	L'enfant.....	28
I.2.1.2.1	La naissance	28
I.2.1.2.2	Le nouveau-né	29
I.2.1.2.3	Le nourrisson	31
I.2.1.2.4	L'enfant de 2 à 5 ans.....	32
I.2.1.2.5	L'enfant de 6 à 11 ans.....	33
I.2.1.3	L'adolescent	33
I.2.1.4	L'adulte.....	35
I.2.2	Facteurs influençant le développement	36
I.2.2.1	Facteurs de société	37
I.2.2.1.1	Facteurs socio-économiques	37
I.2.2.1.2	Facteurs environnementaux.....	38
I.2.2.2	Facteurs familiaux	39
I.2.2.2.1	Famille monoparentale.....	39
I.2.2.2.2	La maltraitance.....	40
I.2.2.2.3	Séparation – placement	41
I.2.2.2.4	Facteurs liés à la mère.....	41
I.3	Mères psychotiques et parentalité.....	43
I.3.1	Concept de parentalité	43

I.3.1.1	Définitions.....	43
I.3.1.2	Devenir mère, processus de parentalité	44
I.3.1.2.1	Désir d'enfant.....	44
I.3.1.2.2	Parentalité et grossesse.....	44
I.3.1.2.3	Parentalité et fonctions maternelles	45
I.3.2	Lien mère-enfant.....	46
I.3.2.1	Concept de l'attachement.....	46
I.3.2.1.1	Lien d'attachement.....	47
I.3.2.1.2	Figure d'attachement	47
I.3.2.1.3	Comportement d'attachement.....	47
I.3.2.2	Evolution de l'attachement aux différents âges	48
I.3.2.2.1	Attachement chez l'enfant de 0 à 12 ans	48
I.3.2.2.2	Attachement chez l'adolescent.....	50
I.3.2.2.3	Attachement chez l'adulte	51
I.3.2.3	Différents types d'attachement et conséquences	52
I.3.2.3.1	Attachement sécuritaire	52
I.3.2.3.2	Attachement insécure	53
I.3.2.3.3	Attachement désorganisé	53
I.3.3	Femmes psychotiques et désir d'enfant.....	54
I.3.3.1	Epidémiologie.....	54
I.3.3.2	Sexualité des femmes psychotiques	54
I.3.3.2.1	Impact de la maladie psychotique.....	55
I.3.3.2.2	Impact des psychotropes	56
I.3.3.3	Besoin maternel d'une femme psychotique.....	58
II.	Devenir des enfants de la conception à l'âge adulte	60
II.1	Risques pour l'embryon / fœtus <i>in utero</i>	60
II.1.1	Vulnérabilités de la femme psychotique.....	60
II.1.1.1	Interruption volontaire de grossesse	61
II.1.1.2	Santé maternelle négligée et comportements malsains	61

II.1.1.2.1	Surveillance obstétricale insuffisante	61
II.1.1.2.2	Hygiène de vie néfaste.....	62
II.1.1.3	Conditions de vie défavorables	66
II.1.1.3.1	Violences	66
II.1.1.3.2	Monoparentalité, précarité et isolement	67
II.1.2	Emotions maternelles de la femme psychotique.....	67
II.1.2.1	Stress maternel	68
II.1.2.1.1	Physiologie du stress chez la femme enceinte	68
II.1.2.1.2	Impact du stress chez l'embryon/fœtus.....	69
II.1.2.1.3	Impact du stress prénatal/périnatal à tous les âges	69
II.1.2.1.4	Facteurs modulant le stress prénatal/périnatal	71
II.1.2.2	Influence de la santé mentale.....	72
II.1.2.2.1	Grossesse et détérioration de la maladie mentale	72
II.1.2.2.2	Vulnérabilités psychiques inhérentes à la maladie.....	72
II.1.3	Toxicité des psychotropes	73
II.1.3.1	Modifications physiologiques de la grossesse et conséquences médicamenteuses.....	74
II.1.3.1.1	Impact sur l'absorption médicamenteuse.....	75
II.1.3.1.2	Impact sur la distribution médicamenteuse	75
II.1.3.1.3	Impact sur le métabolisme moléculaire	76
II.1.3.1.4	Impact sur l'élimination rénale moléculaire	77
II.1.3.1.5	Modifications cinétiques des psychotropes	77
II.1.3.2	Psychotropes et retentissement sur l'embryon / fœtus.....	78
II.1.3.2.1	Tératogénicité	78
II.1.3.2.2	Risque fœtal.....	79
II.1.3.3	Place du traitement antipsychotique chez la femme enceinte	80
II.1.3.3.1	Rapport bénéfice / risque	80
II.1.3.3.2	Recommandations	81
II.2	Troubles dès la naissance du nouveau-né / nourrisson	84

II.2.1	Toxicité médicamenteuse néonatale.....	84
II.2.1.1	Risques médicamenteux néonataux	84
II.2.1.1.1	Signes d'imprégnation.....	85
II.2.1.1.2	Signes de sevrage	86
II.2.1.2	Allaitement.....	88
II.2.1.2.1	Bienfaits généraux de l'allaitement.....	88
II.2.1.2.2	Risques liés à la maladie psychotique	88
II.2.1.2.3	Risques toxiques de l'allaitement.....	89
II.2.2	Psychoses maternelles, troubles et conséquences chez le nouveau-né / nourrisson.....	91
II.2.2.1	Complications obstétricales et néonatales	91
II.2.2.1.1	Epidémiologie.....	91
II.2.2.1.2	Clinique des complications de l'accouchement et de la néonatalogie.....	92
II.2.2.2	Troubles du post-partum	93
II.2.2.2.1	Généralités.....	93
II.2.2.2.2	Post-partum des femmes psychotiques	94
II.2.2.2.3	Troubles chez le nouveau-né/ nourrisson	95
II.2.2.3	Infanticide	96
II.2.2.4	Troubles du développement et troubles fonctionnels	96
II.2.2.4.1	Troubles fonctionnels.....	97
II.2.2.4.2	Troubles du développement.....	98
II.2.3	Maltraitements.....	99
II.2.3.1	Facteurs de risque de maltraitance	99
II.2.3.2	Maladie psychotique et maltraitance	100
II.2.3.3	Différents types de maltraitance	102
II.2.3.3.1	Séviesses physiques	102
II.2.3.3.2	Maltraitance psychologique.....	102
II.2.3.3.3	Négligences et carences.....	102

II.2.3.4	Conséquences de la maltraitance	104
II.2.3.4.1	Hyperadaptation.....	104
II.2.3.4.2	Hypervigilance.....	104
II.2.3.4.3	Stress chronique précoce	105
II.2.3.4.4	Troubles psychomoteurs.....	106
II.2.3.4.5	Troubles affectifs.....	106
II.2.4	Lien mère-enfant compromis	106
II.2.4.1	Expression du lien d'attachement chez la mère psychotique	107
II.2.4.1.1	Troubles des interactions précoces.....	107
II.2.4.1.2	Type d'attachement mère psychotique-bébé	110
II.2.4.2	Attachement non sécure et conséquences chez le nouveau-né / nourrisson	112
II.2.4.2.1	Troubles dits « de l'attachement »	112
II.2.4.2.2	Troubles externalisés.....	112
II.2.4.2.3	Troubles internalisés	113
II.2.4.2.4	Autisme infantile.....	113
II.2.4.2.5	Carences affectives.....	113
II.2.4.2.6	Trouble de la régulation du stress	116
II.2.4.2.7	Regard et troubles associés.....	116
II.2.4.2.8	Trouble de séparation-individuation	117
II.2.4.2.9	Troubles fonctionnels.....	117
II.2.5	Placement du jeune enfant et séparation précoce.....	118
II.2.5.1	Placement : généralités.....	118
II.2.5.1.1	Epidémiologie.....	118
II.2.5.1.2	Indications.....	118
II.2.5.1.3	Lieux de placement.....	119
II.2.5.1.4	Facteurs protecteurs évitant le placement	119
II.2.5.1.5	Placement spécifique du nourrisson	119
II.2.5.2	Conséquences du placement chez le nourrisson	120

II.2.5.2.1	Aspects positifs	120
II.2.5.2.2	Difficultés rencontrées.....	120
II.3	Perturbations chez l'enfant, adolescent et adulte	122
II.3.1	Troubles en lien avec la maladie maternelle	122
II.3.1.1	Transmission des troubles maternelles	122
II.3.1.1.1	Part purement génétique.....	122
II.3.1.1.2	Part due aux facteurs environnementaux.....	123
II.3.1.2	Déficiences mentales	123
II.3.1.3	Folie à deux.....	124
II.3.1.4	Pandysmaturation	125
II.3.1.5	Trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites	125
II.3.1.6	Hypermaturation	127
II.3.1.7	Parentification.....	128
II.3.1.7.1	Troubles chez l'enfant	128
II.3.1.7.2	Troubles chez l'adolescent.....	128
II.3.1.7.3	Troubles chez l'adulte	129
II.3.1.8	Détresse sociale	129
II.3.2	Troubles en lien avec les conditions de vie.....	130
II.3.2.1	Maltraitance et conséquences développementales	130
II.3.2.1.1	Hypervigilance et conséquences dépressives	130
II.3.2.1.2	Répercussions propres à l'enfant.....	131
II.3.2.1.3	Répercussions propres à l'adolescent	132
II.3.2.1.4	Répercussions propres à l'adulte	133
II.3.2.2	Troubles de l'attachement	133
II.3.2.2.1	Anxiété de séparation	133
II.3.2.2.2	Evolution des troubles de l'attachement.....	135
II.3.2.2.3	Attachement et troubles spécifiques de l'adolescent.....	137
II.3.2.2.4	Attachement et troubles chez l'adulte (282)	139
II.3.2.3	Placement et conséquences	140

II.3.2.3.1	Evolution du placement des nourrissons.....	140
II.3.2.3.2	Placement tardif et conséquences	142
II.3.2.3.3	Placement et trouble de l'attachement	144
II.3.3	Ressenti concernant la maladie maternelle	144
II.3.3.1	Ressenti des enfants	144
II.3.3.1.1	Culpabilité	144
II.3.3.1.2	Honte et isolement	145
II.3.3.1.3	Méfiance et mépris lors de placement.....	145
II.3.3.1.4	Sentiment d'insécurité et difficultés quotidiennes	146
II.3.3.2	Ressenti des adolescents.....	147
II.3.3.2.1	Stigmatisation et isolement	147
II.3.3.2.2	Peur de ressembler à la mère	147
II.3.3.3	Ressenti d'adultes	147
II.3.3.3.1	Frustration et impuissance	147
II.3.3.3.2	Difficultés relationnelles	147
III.	Cas cliniques	149
III.1	Cas bibliographiques :.....	149
III.1.1	Cas n°1	149
III.1.2	Cas n°2	150
III.1.3	Cas n°3.....	151
III.1.4	Cas n°4	153
III.1.5	Cas n°5	154
III.1.6	Cas n°6.....	156
III.1.7	Cas n°7	157
III.1.8	Témoignage d'un enfant né d'une mère psychotique (202).....	158
III.2	Cas au centre hospitalier psychiatrique Henri Laborit de Poitiers	159
III.2.1	Démarche de recherches.....	159
III.2.2	Résultats :	160
III.2.2.1	Cas n°8	160

III.2.2.2 Cas n°9	163
III.2.2.3 Cas n°10.....	165
III.2.2.4 Cas n°11.....	169
III.2.2.5 Cas n°12.....	171
III.2.2.6 Cas n°13.....	173
III.2.2.7 Cas n°14.....	175
III.2.2.8 Cas n° 15 :.....	178
III.2.2.9 Cas n°16.....	179
III.2.3 Discussions.....	180
Conclusion.....	183
Annexes.....	185
Lexique :.....	187
Bibliographie.....	189

Liste des abréviations :

ACOG : Collège Américain des Obstétriciens et Gynécologues

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DSM : Statistical Manual of Mental Disorders

ECT : Electro-Convulsivo-Thérapie

FDA : Food and Drug Administration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SF-DOHaD : Société Francophone Origines Développementales de la Santé

Table des illustrations

Figure 1 : Les quatre principales voies dopaminergiques.....	10
Figure 2 : Distribution de tous les types de comorbidités en fonction de l'âge chez des schizophrènes et individus sains.	14
Figure 3 : Distribution des comorbidités, tous âges confondus, chez les schizophrènes et individus sains.	15
Figure 4 : Représentation schématique en semaine d'aménorrhée des différentes phases du développement embryonnaires et leurs enjeux (51).	25
Figure 5 : Âge des premières manifestations du développement physiologique des garçons et filles au cours de la puberté (48).....	34
Figure 6 : Facteurs propres à l'enfant, la famille ou la société influençant le développement des individus (71).....	36
Figure 7 : Schéma récapitulatif de l'évolution de l'attachement chez l'enfant de 0 à 12 ans.....	50
Figure 8 : Schéma résumé de l'impact du stress de la femme enceinte et de ses facteurs modulants.	71
Figure 9 : Devenir du médicament dans l'organisme.....	74
Tableau 1 : Toxicomanie chez des patients schizophrènes comparée à celle retrouvée dans la population générale d'après Nora D. Volkow (23).....	16
Tableau 2 : Caractéristiques majeures des neuroleptiques les plus utilisés (4) (20) (38) (41) (42)	19
Tableau 3 : Caractéristiques majeures des antipsychotiques atypiques les plus utilisés (4) (20) (38) (41) (42).....	21
Tableau 4 : Description des différents états de vigilance du nouveau-né d'après Mazet et Stoléru (59).....	29
Tableau 5 : Développement moteur, social, et cognitif du nourrisson, mois par mois (51).	31
Tableau 6 : Profil de l'affinité de liaison des antipsychotiques à leurs récepteurs, d'après de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H (123) .	57
Tableau 7 : Effets à tous les âges de l'exposition prénatale au cannabis (144)	64
Tableau 8 : Effet de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse sur le développement de l'enfant à tous les âges de sa vie (56) (80) (142) (145) (143).....	65

Tableau 9 : <i>Effets principaux du stress prénatal/ périnatal maternel sur le développement cognitif de l'individu selon son âge (152) (153)</i>	70
Tableau 10 : <i>Effets principaux du stress prénatal / périnatal maternel sur le développement émotionnel de l'individu selon son âge (152) (154) (155) (156)</i>	70
Tableau 11 : <i>Impact sur l'absorption médicamenteuse des modifications physiologiques inhérente à la grossesse (164).....</i>	75
Tableau 12 : <i>Recommandations selon le Collège Américain des Obstétriciens et Gynécologues des molécules les plus utilisées dans le traitement des troubles psychotiques (169).</i>	83
Tableau 13 : <i>Effets des principaux traitements des troubles psychotiques sur la période néonatale d'après C. Bascoul, L. Franchitto, O. Parant, J-P Raynaud (168).....</i>	87
Tableau 14 : <i>Quantité absorbée par le nouveau-né, via le lait maternel, des principales molécules du traitement des troubles psychotiques et les recommandations qui en découlent ,d'après C. Bascoul, L. Franchitto, O. Parant, J-P Raynaud (168) et le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (172).</i>	90
Tableau 15 : <i>Risque de maltraitance infantile en fonction de l'enfant lui-même, de sa famille, et des conditions de vie, d'après Baccino E. (206) et Bednarek S., Absil G., Vandoorne C., Lachaussée S, Vanmeerbeek M. (207)</i>	100
Tableau 16 : <i>Résultats résumés d'une méta analyse de 2015 concernant les interactions précoces et comportements entre mères schizophrènes ou atteintes de troubles psychotiques et leur nourrisson (221).</i>	108
Tableau 17 : <i>Interactions précoces comportementales et affectives des mères psychotiques et de leur enfant, observées lors de l'étude française de 2012 d'après S. Gandillot, J. Wendland, M. Wolff et P. Moisselin (209).</i>	109
Tableau 18 : <i>Signes cliniques des troubles des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation selon le DSM-V (1).</i>	126
Tableau 19 : <i>Troubles et conséquences d'un lien d'attachement désorganisé entre une mère et son enfant, selon la classification de Zeanah, Mammen et Liberman (281).</i>	136
Tableau 20 : <i>Description résumé des différents symptômes retrouvés dans les troubles dissociatifs selon le DSM-5 et la CIM-10 (3).</i>	138
Tableau 21 : <i>Résumé des caractéristiques de l'étude française de 2014, sur le devenir de 128 enfants placés en pouponnière avant 4 ans (283).....</i>	141
Tableau 22 : <i>Cas n°1 : Maternité d'une schizophrène et impact sur son enfant (222).</i>	149

Tableau 23 : <i>Cas n°2 : Impact de la schizophrénie maternelle sur le développement de l'attachement mère-enfant (222)</i>	150
Tableau 24 : <i>Cas n° 3 : Schizophrénie de la mère et impact sur le développement des interactions précoces entre le bébé et sa mère (18)</i>	152
Tableau 25 : <i>Cas n°4 : Impact jusqu'à l'enfance d'un lien d'attachement non sécure entre une mère psychotique et son enfant (208)</i>	153
Tableau 26 : <i>Cas n°5 : Impact de la maltraitance d'une mère schizophrène à toutes les étapes de vie d'un enfant (202)</i>	155
Tableau 27 : <i>Cas n°6 : Mère schizophrène et risque d'infanticide (214)</i>	156
Tableau 28 : <i>Cas n°7 : Impact chez l'enfant de son retour de l'enfant chez sa mère psychotique, après un placement (246)</i>	157
Tableau 29 : <i>Cas n°8</i>	162
Tableau 30 : <i>Cas n°9</i>	164
Tableau 31 : <i>Cas n°10</i>	168
Tableau 32 : <i>Cas n°11</i>	170
Tableau 33 : <i>Cas n°12</i>	172
Tableau 34 : <i>Cas n°13</i>	174
Tableau 35 : <i>Cas n°14</i>	177
Tableau 36 : <i>Cas n°15</i>	178
Tableau 37 : <i>Cas n°16</i>	179
Tableau 38 : <i>Pourcentage de schizophrènes et individus sains ayant une comorbidité en fonction de leur âge</i>	186

Introduction

Vous êtes-vous déjà demandé ce que vous seriez devenu si vous aviez vécu dans une autre famille ? Quelles seraient les conséquences sur vos comportements, vos pensées et votre développement en règle générale ? Ces questions je me les suis posées au cours de mon stage hospitalo-universitaire réalisé en 5^{ème} année de pharmacie, au sein du centre hospitalier psychiatrique Henri Laborit. En m'intéressant de plus près aux enfants hospitalisés, en visitant leur pavillon psychiatrique dédié, et en lisant des comptes rendus de leurs troubles, je me suis demandée si la raison de leur hospitalisation pouvait être en lien avec leur mère.

Parallèlement, je me suis intéressée à la clinique de patients adultes psychotiques, qualifiés vulgairement de « fou ». Je souhaitais en découvrir plus sur la cause de leurs troubles, la diversité de leurs signes cliniques, les différents traitements existants, les risques pouvant s'ajouter à la maladie, ...

Finalement, en regroupant ces deux centres d'intérêt découverts lors de ce stage, je me suis demandée quel pouvait être l'impact de troubles psychotiques d'une mère sur la vie de son enfant à toutes les étapes de son développement. Nous essayerons de répondre au mieux à cette question au travers de la théorie et de cas cliniques retrouvés au sein du centre hospitalier Henri Laborit.

Dans une première partie, nous traiterons de généralités concernant les troubles psychotiques, le développement « normal » d'un enfant de sa conception jusqu'à sa mort et la parentalité regroupant le lien mère-enfant et le désir de maternité de la femme psychotique. En seconde partie nous développerons toutes les conséquences de la conception jusqu'à l'âge adulte des enfants nés d'une mère atteinte de troubles psychotiques. Enfin la troisième partie est dédiée aux différents cas cliniques retrouvés dans la littérature ou au sein du centre hospitalier psychiatrique Henri Laborit de Poitiers.

I. Généralités sur les troubles psychotiques, l'enfance et la parentalité

I.1 Les troubles psychotiques

Les troubles psychotiques sont nombreux et complexes. Ils sont maintenant plus communément classés dans les troubles du spectre de la schizophrénie (1).

I.1.1 Définition

Selon le Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), manuel de diagnostic psychiatrique de référence, rédigé sous l'égide de l'American Society of Psychiatry (2013), les troubles psychotiques comprennent : la schizophrénie, le trouble psychotique bref, le trouble schizophréniforme, le trouble délirant, le trouble de personnalité schizotypique et le trouble schizo-affectif. La catatonie ainsi que les troubles psychotiques induits par des substances, médicaments ou autre type d'infection, ne seront pas traités.

Pour qualifier un trouble de psychotique, celui-ci comporte au moins une de ces 5 anomalies : hallucinations, symptômes négatifs, pensées désorganisées, idées délirantes et/ou comportement moteur anormal ou désorganisé (1).

Les **hallucinations** sont des expériences de perception sensorielle survenant sans stimuli extérieur. Elles apparaissent lorsque le sujet a la conscience parfaitement claire, c'est-à-dire non endormi ou juste réveillé. Ces hallucinations sont majoritairement auditives et bien distinctes de ses pensées. Le sujet ne se parle pas au travers de ses pensées, mais il entend des voix extérieures, identifiables, qu'il connaît le plus souvent (voisin, proche, célébrités, Dieu...) et qui lui sont adressées.

Les **symptômes négatifs** sont caractérisés par une diminution de l'expression émotionnelle qui se manifeste par peu, voire aucune expression faciale (hypomimie ou amimie), et peu de contact visuel du sujet avec les autres (évitement du regard). De plus ces symptômes comprennent : une diminution de motivation (aboulie), une diminution de plaisir même soumis à des stimuli plaisants (anhédonie), une associabilité bien marquée et une pauvreté du discours.

Les **pensées désorganisées** sont des troubles du cours de la pensée de l'individu entraînant des réponses inadéquates aux questions, des changements brusques de sujets ou encore un discours incompréhensible.

Les **idées délirantes** sont des convictions erronées de la réalité, persistantes, malgré les preuves qui les contredisent. Les plus fréquentes sont les idées dites de persécution. Le sujet est alors certain qu'il est harcelé ou sous la menace d'autres personnes. Les idées délirantes de référence sont aussi assez retrouvées. Dans ce cas, l'individu pense que certaines remarques, gestes ou éléments environnementaux lui sont destinés. Il voit des signes le concernant, partout et de façon excessive. Mais il existe aussi d'autres types d'idées délirantes comme les idées mégalomaniaques, de grandeur, ...

Le **comportement moteur anormal ou désorganisé** correspond à des mouvements ou attitudes imprévisibles et exagérés pouvant basculer vers un mutisme ou une activité motrice nulle. Ces comportements sont associés à des stéréotypies comme des mimiques, des grimacements ou des regards fixes (1).

I.1.2 Clinique et critères diagnostic des troubles psychotiques

I.1.2.1 La schizophrénie

La schizophrénie est une **maladie chronique** car ses symptômes persistent au moins 6 mois pour pouvoir affirmer son diagnostic. De plus, au minimum 2 des 5 anomalies citées précédemment sont présentes, dont au moins une obligatoire qui est soit : les **hallucinations**, les **idées délirantes** ou les **pensées désorganisées**. Ces trois signes cliniques, dits positifs, sont présents de manière fréquente pendant au moins un mois. De plus, il est retrouvé chez ces sujets, à partir du début des troubles, une **diminution de leurs capacités** dans des domaines importants de la vie, tel que le travail, les relations sociales ou l'hygiène. Leurs aptitudes dans ces domaines sont diminuées en comparaison à la période précédant les troubles (1). De même, lorsqu'ils sont comparés à des individus sains, une baisse de leur fonctionnement cognitif et notamment une diminution de leur mémoire visuelle et verbale est observée (2). Par ailleurs, pour affirmer le diagnostic de schizophrénie, tous ces signes cliniques ne doivent pas être dus à la prise de substances ou médicaments, ni causés par une affection médicale (1).

La CIM-10, Classification Internationale des Maladies, apporte une subtilité à la schizophrénie. Elle la subdivise en plusieurs types, selon les signes cliniques prédominants du sujet (3).

La schizophrénie de type **désorganisée** comprend majoritairement des signes de désorganisation tels une confusion ou une discordance verbale, souvent associée à une pensée troublée ; des attitudes inappropriées et inadaptées aux situations de la vie ; une humeur instable avec notamment une discordance entre l'intensité des émotions qu'émet le sujet comparé à la cause de ses émotions ; un manque important d'adaptation et de l'indifférence affective. Ces schizophrènes sont des personnes instables, d'apparence et d'hygiène négligée. Dans leurs cas, les symptômes dits positifs comme les hallucinations psychosensorielles et idées délirantes sont souvent rares voire absentes, ou du moins peu exprimées (4) (5).

La schizophrénie de type **catatonique**, plus rare, est caractérisée par une prépondérance de syndromes psychomoteurs. Le sujet a un comportement désorganisé, il est inattentif et indifférent à son environnement. Il passe par des phases dites « positives » d'agitation soudaine et d'impulsion corporelle sans aucune cause, à des phases négatives caractérisées par une immobilité, voire une stupeur s'accompagnant de rigidité corporelle. Par exemple, il va maintenir une posture étrange, inappropriée ou épuisante pendant de longues heures. Ce type de sujet a un syndrome dissociatif complet de son corps. Bien qu'elle soit associée à la schizophrénie, la catatonie est aussi retrouvée dans d'autres troubles psychiatriques (5) (6) (7).

La schizophrénie de type **paranoïde** est la plus fréquente. La majorité de ses symptômes sont des délires paranoïdes. Le sujet malade a notamment des hallucinations auditives fréquentes, ainsi que des idées délirantes à type de persécutions ou de dépersonnalisation. Ce dernier phénomène se manifeste par un ressenti étrange de l'individu qui a une impression de changement corporel interne et externe. Il pense devenir un autre individu ou se sent habité par une personne autre que lui. Ces sujets sont souvent confus, angoissés et même aussi très agités. Ce type de schizophrénie connaît peu de signes de désorganisation ou de symptômes négatifs.

La schizophrénie de type **indifférenciée** a des caractéristiques cliniques plus vagues, ce qui ne permet pas de la classer dans une des trois précédentes catégories. Le patient présente des symptômes tels que des hallucinations, des idées délirantes,

un comportement ou discours désorganisé, voire même un comportement catatonique mais sans les caractéristiques spécifiques des autres types.

La schizophrénie de type **résiduelle** est retrouvée chez des sujets qui ont des antécédents de schizophrénie. Cependant, celle-ci n'a pas évolué et ces patients n'en gardent que des comportements bizarres, des pensées étranges ou une perte de relations affectives. Ces signes résiduels, qualifiés de séquelles, sont peu intenses et ne comprennent ni hallucinations, ni discours désorganisé ou idées délirantes (5) (7).

I.1.2.2 Le trouble délirant

Le trouble délirant est défini par la présence pendant au minimum un mois d'une ou de plusieurs idées délirantes, sans autres signes de psychose. Si des épisodes maniaques ou de dépression surviennent, ils devront être moins fréquents et plus brefs que les idées délirantes (1). De même, en aucun cas ce trouble n'est dû à une affection médicale ou à la prise de substances quelconques.

Les délires retrouvés chez ces malades sont souvent de types paranoïaques mais peuvent paraître en général crédibles car potentiellement possibles. En effet, le sujet s'invente des scénarios plausibles tels que l'infidélité de son époux(se) ou la certitude d'être aimé ou espionné par un voisin. Par ailleurs, dans tous les cas, ces sujets ne présentent pas de discours ou d'attitudes désadaptés (5).

I.1.2.3 Le trouble psychotique bref

Le trouble psychotique bref est caractérisé par la présence pendant une durée minimale d'un jour et maximale d'un mois, d'au moins un des symptômes suivants tels que les hallucinations, les idées délirantes, le discours désorganisé ou le comportement désorganisé – catatonique. Le sujet doit avoir repris un fonctionnement normal après cet épisode de psychose. Ce trouble n'est dû ni à la prise de substances ni à une affection médicale (1).

I.1.2.4 Le trouble schizophréniforme

Le trouble schizophréniforme se rapproche beaucoup de celui de la schizophrénie. La clinique est la même, et tout comme la schizophrénie, ce trouble possède au moins 2 des anomalies citées en définition pour être diagnostiqué comme étant un trouble schizophréniforme. De plus, comme tous les autres troubles psychotiques, la cause des symptômes n'est pas due à la prise d'une substance, d'un médicament ou une affection médicale. Mais contrairement à la schizophrénie qui est

une pathologie chronique, les épisodes de ce trouble sont caractérisés d'aigus car ils ne durent pas plus de 6 mois (1). Par conséquent, ce trouble apparaît comme un trouble schizophrénique de bon pronostic (5). Mais bien qu'il puisse être unique dans la vie des gens, ou se répéter plusieurs fois, il arrive qu'il évolue de manière chronique en schizophrénie ou autre trouble tel que le trouble schizo-affectif ou le trouble bipolaire (6).

I.1.2.5 Le trouble schizo-affectif

On définit le trouble schizo-affectif par la présence simultanée de symptômes thymiques et de symptômes schizophréniques suivis ou précédés par un minimum de 2 semaines d'hallucinations ou d'idées délirantes sans aucun signe thymique durant cette période. Ces symptômes thymiques peuvent être des épisodes maniaques ou dépressifs, et les symptômes schizophréniques sont principalement les symptômes dits positifs c'est-à-dire les hallucinations, idées délirantes ou comportement et discours désorganisé. De même que les autres troubles, celui-ci n'est pas dû aux effets physiologiques d'un médicament ou d'une substance ou encore d'une affection médicale (1).

I.1.2.6 Le trouble de personnalité schizotypique

La CIM-10 considère le trouble de personnalité schizotypique comme spectre de la schizophrénie, d'où le fait que nous en parlons en tant que trouble psychotique. Cependant, le DSM-V classe plutôt ce trouble dans les troubles de personnalité.

L'individu à personnalité schizotypique présente pendant au moins 2 ans, de façon continue ou épisodique au moins 3 des symptômes répertoriés en annexes. Parmi ces symptômes on retrouve des comportements, des croyances ou des pensées bizarres. De plus, le sujet a des perceptions ou des illusions inhabituelles et étranges. Il peut par exemple croire qu'il est magicien et qu'il sait prévoir l'avenir en développant un monde magique dans ses pensées. On remarque que ces personnes sont distantes car elles fuient les relations sociales, et peuvent même être méfiantes à l'égard de leurs proches, avec des pensées de persécution (1) (6) (8).

Les troubles psychotiques sont caractérisés par une clinique lourde de conséquences car modifiant le comportement psychique et physique du patient. Ainsi, être mère avec de tels signes cliniques, peut-il avoir un impact, voire un risque sur le développement de son enfant tout au long de sa vie ?

I.1.3 Epidémiologie

La prévalence mondiale des troubles psychotiques est comprise entre 0,5 et 2% de la population (9). Selon une étude française de 2012, les hommes sont 1,5% de fois plus touchés par tous troubles psychotiques confondus que les femmes (9).

La **schizophrénie** touche environ 0,7% de la population mondiale dont 600 000 français (10). Son incidence est plus faible chez les femmes que chez les hommes (1). En France, les hommes sont 2% de fois plus touchés par la schizophrénie (9). Ce trouble apparaît souvent chez le jeune adulte, entre 18 et 35 ans, avec des premiers symptômes fréquemment plus tardifs chez la femme que chez l'homme (6). Une étude rétrospective de cohorte, parue en 2015 et réalisée aux Etats-Unis sur la mortalité montre que les populations schizophrènes âgées de 20 à 64 ans ont une mortalité prématurée. En effet, on remarque une perte de 28,5 année de vie chez les schizophrènes comparés à la population générale (11). De plus, en 2015, une méta-analyse américaine montre que sur 29 pays du monde, 350 000 **décès prématurés** par an, sont attribuables aux troubles psychotiques (12). Parmi ces causes de mortalité prématurée, on retrouve notamment le **suicide** qui touche 5 à 6% des schizophrènes (1). Par ailleurs, une étude chinoise publiée en 2017, montre qu'il n'y a pas de différence de durée de vie entre les hommes et les femmes schizophrènes (13).

Le trouble délirant, aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes a une prévalence faible d'environ 0,2% de la population générale (1). Ce trouble apparaît surtout entre 35 et 45 ans et cause 1 à 2% des hospitalisations en psychiatrie (3).

Le trouble psychotique bref est plutôt une pathologie féminine, car il est 2 fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme (1). Son incidence dans le monde est très faible (3), elle touche de 0,05 à 0,1% de la population (5).

Le trouble schizo-affectif atteint environ 0,3% de la population générale(1). 10% des hospitalisations en psychiatrie lui sont imputables (3), et 5% des patients à troubles schizo-affectifs décèdent suite à une tentative de suicide (1). Ce trouble touche principalement les femmes, plus sujettes à la dépression (1).

L'incidence mondiale du **trouble schizophréniforme** est sensiblement la même que celle de la schizophrénie. Malgré tout, l'incidence du trouble schizophréniforme est plus faible que la schizophrénie dans les pays développés, mais plus forte dans les pays en voie de développement (1).

Le trouble de personnalité schizotypique a une prévalence de 3,9%, et se développe plus fréquemment chez l'homme que chez la femme (14).

La suite de notre travail sera principalement consacrée à la schizophrénie comme trouble psychotique majeur car elle a une prévalence relativement importante. De plus c'est le trouble qui comptabilise le plus de signes de psychose.

I.1.4 Physiopathologie de la schizophrénie

Aujourd'hui, il est encore difficile de décrire précisément la physiopathologie de la schizophrénie, bien que de nombreuses théories étiologiques existent.

I.1.4.1 Théorie neurologique

Des techniques d'imagerie médicale mettent en évidence certaines **anomalies cérébrales** de patients schizophrènes (5). Dès les années 1920, les scientifiques identifient des altérations cérébrales chez ces patients. Ils montrent notamment que ces sujets ont une réduction générale de leur volume cérébral (15). Plus tard, les techniques de plus en plus innovantes de l'imagerie, identifient plus précisément des pertes de tissu, visibles chez les trois quarts des adultes schizophrènes (5). Les résultats montrent un appauvrissement de 3 à 4 % de substance grise et une augmentation de 7% du volume de liquide céphalo-rachidien chez les schizophrènes comparés à des individus sains (16).

Parallèlement, des études prouvent que les schizophrènes ont une baisse de leurs activités neuronales dans le cortex préfrontal. Ceci expliquerait ainsi certains signes cliniques de la pathologie (troubles du comportement, trouble de l'attention et de mémoire...) (5).

Une hypothèse tend alors à dire que la **perte en tissu cérébral** serait la cause de la **diminution de l'activité neuronale**. Cependant, les schizophrènes n'ont pas tous des modifications structurales de leurs tissus cérébraux. Il y a donc plusieurs formes de schizophrénies et plusieurs autres causes (5).

I.1.4.2 Théorie génétique

La **transmission des troubles psychotiques** se produit dans 40 à 70% des cas (17). La transmission de la schizophrénie est majeure lorsque les parents du premier degré sont touchés (10%). Puis, plus le lien de parenté diminue, plus le risque sera faible (5) (15) (18). Lorsque les 2 parents sont schizophrènes, 30 à 50% des enfants conçus de cette union deviennent schizophrènes. Parallèlement, dans 30 à 50 % des cas, les enfants ne seront pas atteints de schizophrénie, mais on leur diagnostiquera d'autres troubles psychotiques, tels que des troubles psychotiques brefs, des troubles

schizophréniformes, des troubles schizo-affectifs... (18).

Bien que de multiples études affirment le rôle de la génétique comme étiologie des troubles psychotiques, de nombreuses zones d'ombre coexistent. En effet aucun gène spécifique de la maladie n'a encore été identifié. Cette transmission non mendélienne complexe, impliquerait sûrement plusieurs gènes (5) (19).

De nombreuses études mettent donc en relation la théorie génétique et les **facteurs environnementaux** (vulnérabilité, stress) pour expliquer le développement de la schizophrénie. La maladie psychotique est donc la cause d'interaction entre prédisposition génétique et influence environnementale (5) (6) (19).

I.1.4.3 Théorie biochimique

On retrouve chez les patients psychotiques de nombreuses irrégularités dans leurs systèmes de transmission et modulation des signaux chimiques. Interagissant entre eux, les neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine, histamine...) et neuromodulateurs (GABA, glutamate...) sont tous, à différents niveaux, impliqués dans le mécanisme de la schizophrénie (4).

I.1.4.3.1 Hypothèse dopaminergique

La dopamine, monoamine synthétisée à partir de la tyrosine, est le neurotransmetteur dont la relation avec la schizophrénie est le plus clairement établi (4).

Pour expliquer cette hypothèse, nous allons rappeler les activités de la dopamine. En fonction de l'une des voies dopaminergiques qu'elle emprunte, ses rôles physiologiques vont différer.

Par la voie **tubéro-infundibulaire**, reliant les neurones de l'hypothalamus à l'hypophyse, la dopamine inhibe la sécrétion de la prolactine.

En suivant la voie **nigro-striée**, allant de la substance noire aux ganglions de la base, la mission de cette monoamine essentielle est le contrôle de la motricité.

La **voie mésolimbique**, projetant ses neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale du tronc cérébral aux structures limbiques du cerveau comme l'amygdale ou l'hippocampe, a un rôle dans les fonctions d'apprentissage, de mémoire, de motivation, de plaisir et de régulation des émotions.

En empruntant les neurones de la voie **méso-corticale** qui sont en interaction avec la voie mésolimbique, la dopamine joue un rôle dans les activités mnésiques et attentionnelles. La voie méso-corticale part de l'aire tegmentale ventrale du tronc

cérébral et se termine dans le cortex frontal et cingulaire (19) (20).

Le schéma ci-dessous permet de mieux visualiser ces 4 voies (figure 1).

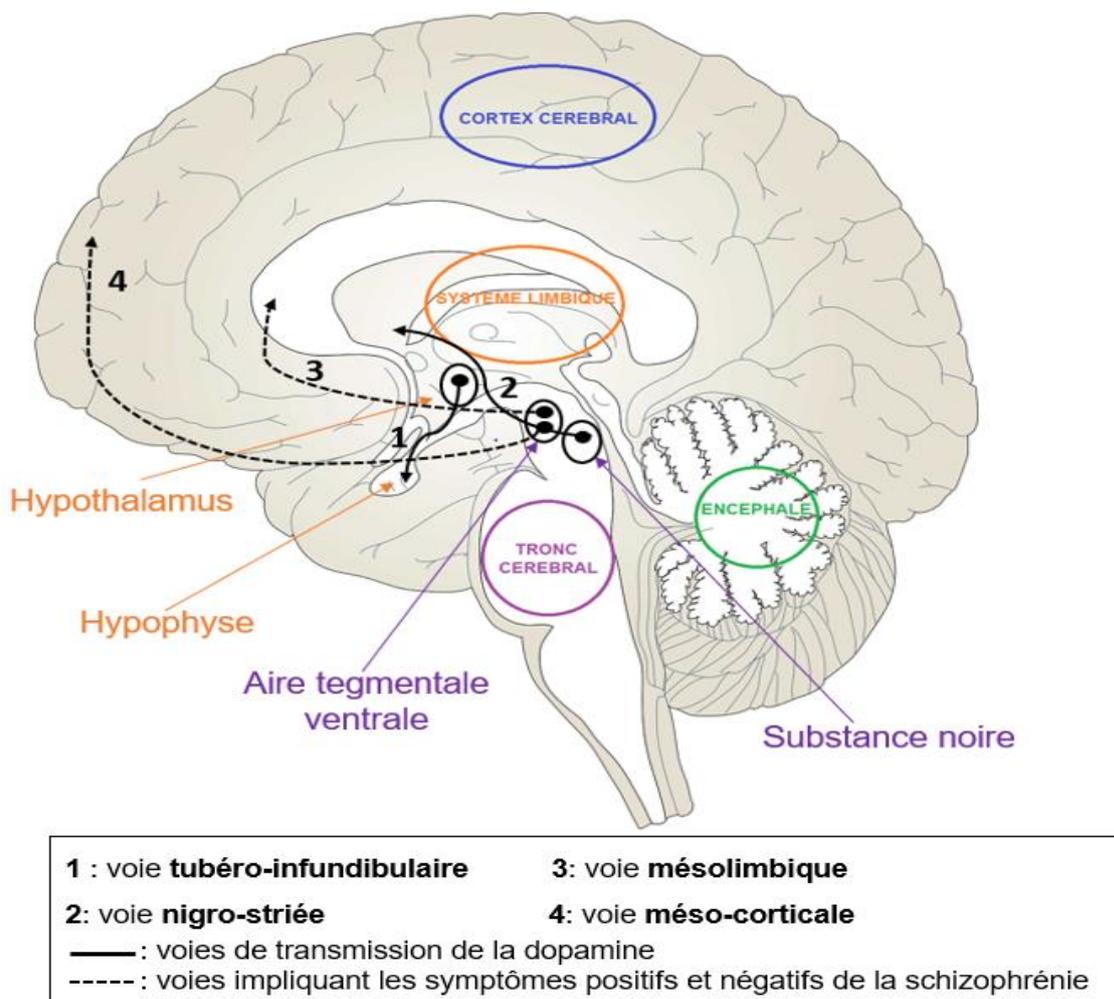


Figure 1 : Les 4 principales voies dopaminergiques.

L'hypothèse du lien entre schizophrénie et dopamine est confirmée grâce à différentes observations.

On remarque notamment des signes de psychoses aiguës chez des personnes prenant des substances ayant une action dopaminergique telles que la cocaïne ou les amphétamines. Le fait que ces mêmes symptômes soient retrouvés chez des patients schizophrènes, permet aux scientifiques d'en déduire qu'une certaine dose de dopamine pourrait être génératrice de psychoses (15). De plus, les traitements antipsychotiques, efficaces contre la schizophrénie, ont une action inhibitrice sur les voies dopaminergiques (5) (15).

En mettant en lien ces travaux et la connaissance des différentes voies et rôles de la dopamine, l'hypothèse d'une anomalie des voies dopaminergiques est prépondérante. Ainsi il est conclu une **hypoactivation de la voie méso-corticale** induisant une baisse de la transmission de la dopamine vers les zones frontales et

préfrontales. Ce mécanisme explique donc les signes négatifs de la schizophrénie. A l'inverse, il est visualisé une **hyperactivation de la voie mésolimbique**, impliquant une transmission trop importante de dopamine vers les voies limbiques, induisant ainsi les symptômes positifs de la schizophrénie (4) (19) (21).

I.1.4.3.2 Implication des autres neurotransmetteurs

Du fait de l'interconnectivité entre tous les neurotransmetteurs, une anomalie du système dopaminergique entraîne des conséquences négatives sur les autres systèmes avec qui, il interagit.

I.1.4.3.2.1 Impact de la sérotonine

Tout comme la dopamine, la sérotonine, a un lien avec la schizophrénie. Cette monoamine synthétisée à partir du tryptophane est retrouvée principalement dans le cortex frontal du cerveau. La sérotonine a un rôle dans **l'hypoactivation des voies méso-corticales**. Elle y a une action régulatrice sur la sécrétion de dopamine, ce qui entraîne un taux de dopamine encore plus bas.

Pour illustrer ceci, des travaux ont montré que la sérotonine est à l'origine de troubles hallucinogènes, signe clinique de la schizophrénie. De plus, on voit apparaître de nouveaux antipsychotiques dits atypiques qui ont notamment une activité inhibitrice sur la sérotonine. Ils empêchent donc la déplétion supplémentaire de dopamine induite par la sérotonine (15).

I.1.4.3.2.2 Impact du glutamate

Il est démontré que la dopamine est régulée par des neuromodulateurs qui sont le glutamate et le GABA. Des récepteurs au glutamate sensibles à la dopamine sont présents dans le striatum, zone dans laquelle un dysfonctionnement de transmission de dopamine est avéré. De plus, des taux relativement élevés de glutamate sont retrouvés dans certaines zones du cerveau de schizophrènes. A l'inverse on remarque que la dopamine réduit le glutamate dans le cortex préfrontal de ces mêmes patients. Bien qu'il soit encore complexe d'expliquer avec perfection le mécanisme de ces neuromodulateurs et l'impact sur la schizophrénie, il n'en est pas moins qu'il existe un lien (22).

La physiologie de la schizophrénie est complexe du fait de nombreuses causes liées les unes aux autres. Le lien génétique est néanmoins important à prendre en compte, du fait d'un taux de transmission non négligeable de la maladie psychotique maternelle à l'enfant.

I.1.5 Comorbidités

Le mode de vie des patients psychotiques a des répercussions sur leur santé physique, psychique, et pourrait être la cause d'une mortalité prématurée (11).

Nous allons donc déterminer quels sont les facteurs liés aux modes de vie du patient ou à la maladie en elle-même, ainsi que les comorbidités pouvant entraîner une augmentation de ce taux de mortalité.

I.1.5.1 Facteurs influençant les comorbidités

En 2017, une étude chinoise permet de déterminer les corrélations qu'il y a entre les patients souffrant de troubles psychotiques et leur environnement psychosocial et sociodémographique. Cette étude a été menée sur une population de 67 adultes chinois de Hong-Kong présentant des troubles du spectre de la schizophrénie (13). Les résultats ont montré que ces patients étaient le plus souvent : **célibataires, divorcés** ou **séparés** (13) ; **fumeurs**, dont le commencement était corrélé avec le début des troubles (2) ; au chômage ; avec des faibles revenus et dont leurs ascendants familiaux avaient aussi des troubles psychotiques (13). En conclusion, la pathologie mentale conditionne ces différents facteurs qui en font par conséquent des individus précaires, aux **relations sociales pauvres**, à l'impact non négligeable sur leur santé.

Les facteurs psychosociaux, tels un **faible niveau d'éducation**, la **pauvreté**, le **chômage**, ... favorisent l'augmentation des comorbidités comme le stress. Un stress majeur chez des schizophrènes ne fera qu'induire une aggravation de leurs symptômes psychotiques (23).

Le mode de vie du schizophrène est aussi facteur de comorbidité. Les patients schizophrènes sont plus **sédentaires** que la population générale, avec seulement un quart de ces patients pratiquant une activité physique en adéquation avec les recommandations de santé publique. De plus, ils ont une alimentation peu équilibrée, avec en particulier une consommation plus importante de glucides et de lipides. Ces facteurs sont donc propices à un **surpoids** ou à une **obésité** (24).

La **violence** est un des facteurs de comorbidité dont l'existence est confirmée par un nombre considérable d'études, d'enquêtes, de divers travaux aux méthodologies différentes (25). Un grand nombre de recherches publiées de 1990 à 2005 prouvent un lien de causalité entre troubles mentaux (dont troubles psychotiques) et violence. Ainsi il est démontré que le risque de violence physique est plus important chez les patients psychotiques que dans la population générale (25).

Un patient avec des troubles psychotiques a un risque plus élevé de devenir criminel (2). Ce niveau de risque est corrélé aux comorbidités psychiatriques existantes. En effet, plus le sujet a un nombre de comorbidités psychiatriques important, plus le risque de développer un comportement violent est grand (26). Par ailleurs, il faut tout de même insister sur le fait que la majorité des comportements violents dans notre société n'est pas due aux patients atteints de troubles mentaux (25).

Enfin, le **tabac** est lui aussi bien impliqué dans les comorbidités des troubles psychotiques. Une étude américaine a été menée sur la prévalence de cigarettes fumées sur un échantillon de sujets schizophrènes et de sujets sans troubles psychotiques, durant une période s'étalant entre 1999 et 2016. Il est mis en évidence que 62% des schizophrènes sont fumeurs contre 17% de la population sans troubles psychotiques (27). Le tabac est donc davantage consommé chez les patients psychotiques, et cela est expliqué par le fait que la nicotine, présente dans les cigarettes, diminue les signes de déficits cognitifs observés chez les schizophrènes (23). Les symptômes négatifs (diminution de la motivation, non expression des sentiments) sont aussi impactés par le tabagisme (28). Malgré tout le tabac a des conséquences sur la santé physique et notamment sur le risque de comorbidités cardiovasculaires (29).

I.1.5.2 Comorbidités physiques

Diverses comorbidités somatiques (cardiovasculaires, respiratoires, digestives, infectieuses...), majoritairement en lien avec les précédents facteurs mentionnés, sont retrouvées chez des patients schizophrènes (24). Il existe ainsi des comorbidités **cardiovasculaires** résultant de la prise des traitements antipsychotiques associés à l'excès de tabac, et à des mauvaises habitudes alimentaires (29). Cependant une étude américaine de 2014 montre que chez des jeunes patients atteints de troubles psychotiques, sans antécédents de prise de substances, leur risque de maladies cardiovasculaires augmente aussi, de même que l'on observe une résistance à l'insuline et un taux de cholestérol plus important que chez des individus sains (30).

En février 2017, une étude rétrospective de cohorte, réalisée en Hongrie, décrit les comorbidités de patients schizophrènes comparées à une population saine. Cette étude, se déroulant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2013, compare 325 435 sujets sains à 65 169 patients diagnostiqués schizophrènes, conformément à la 10^{ème} édition de la classification internationale des maladies (CIM-10) (31). Le tableau 38, joint en annexe, présente les différents types de comorbidités et leur fréquence chez les

schizophrènes et individus sains en fonction de leur âge. Nous en avons créé des graphiques qui permettent de mettre en évidence plusieurs phénomènes :

- Dans les 2 catégories d'individus : la proportion de comorbidités augmente avec l'âge (figure 2).
- Les patients schizophrènes, notamment les plus jeunes (moins de 20 ans et entre 20 et 40 ans), présentent plus de comorbidités que les individus sains (figure 3).
- Toutes les comorbidités sont plus élevées chez les schizophrènes mais certaines le sont davantage comme le diabète, l'asthme, les infections respiratoires aiguës, l'emphysème et autres maladies obstructives chroniques, le VIH, l'hépatite virale, l'épilepsie, d'autres maladies du système nerveux comme les attaques ischémiques transitoires, diverses infections et les tentatives de suicide (figure 3).

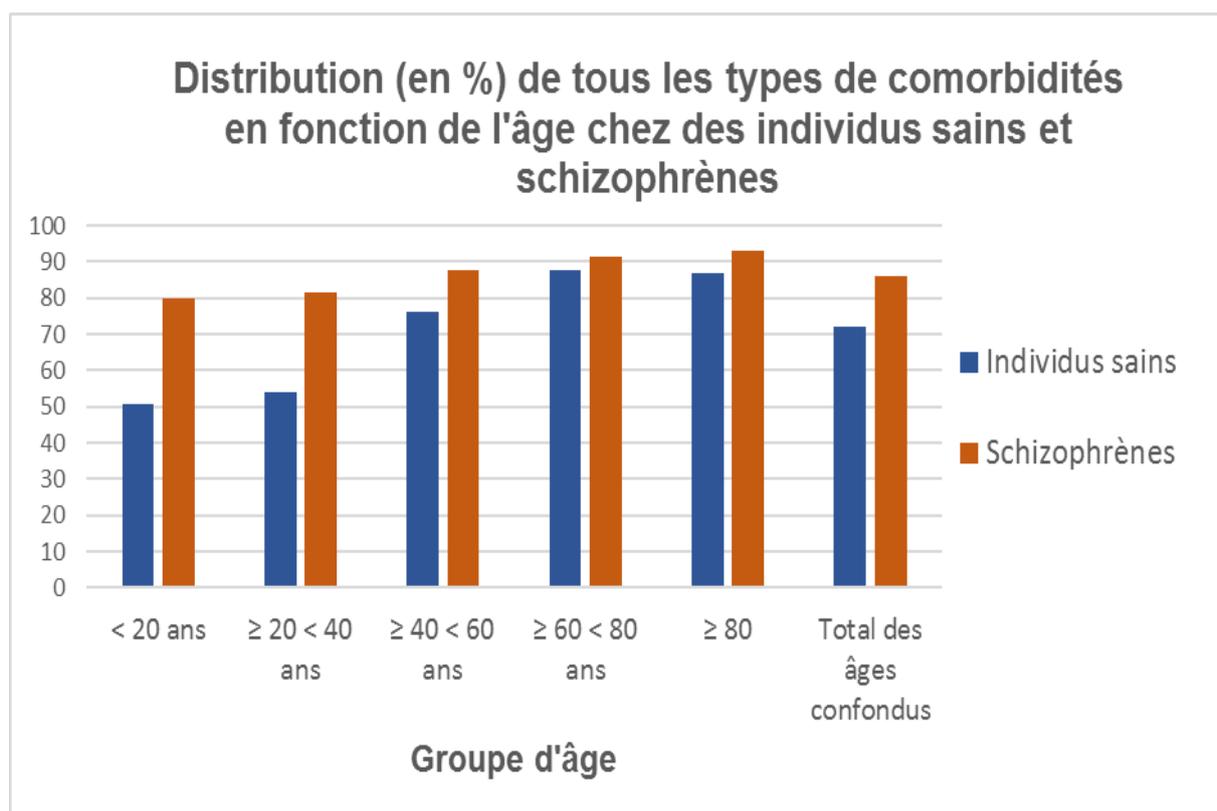


Figure 2 : *Distribution de tous les types de comorbidités en fonction de l'âge chez des schizophrènes et individus sains.*

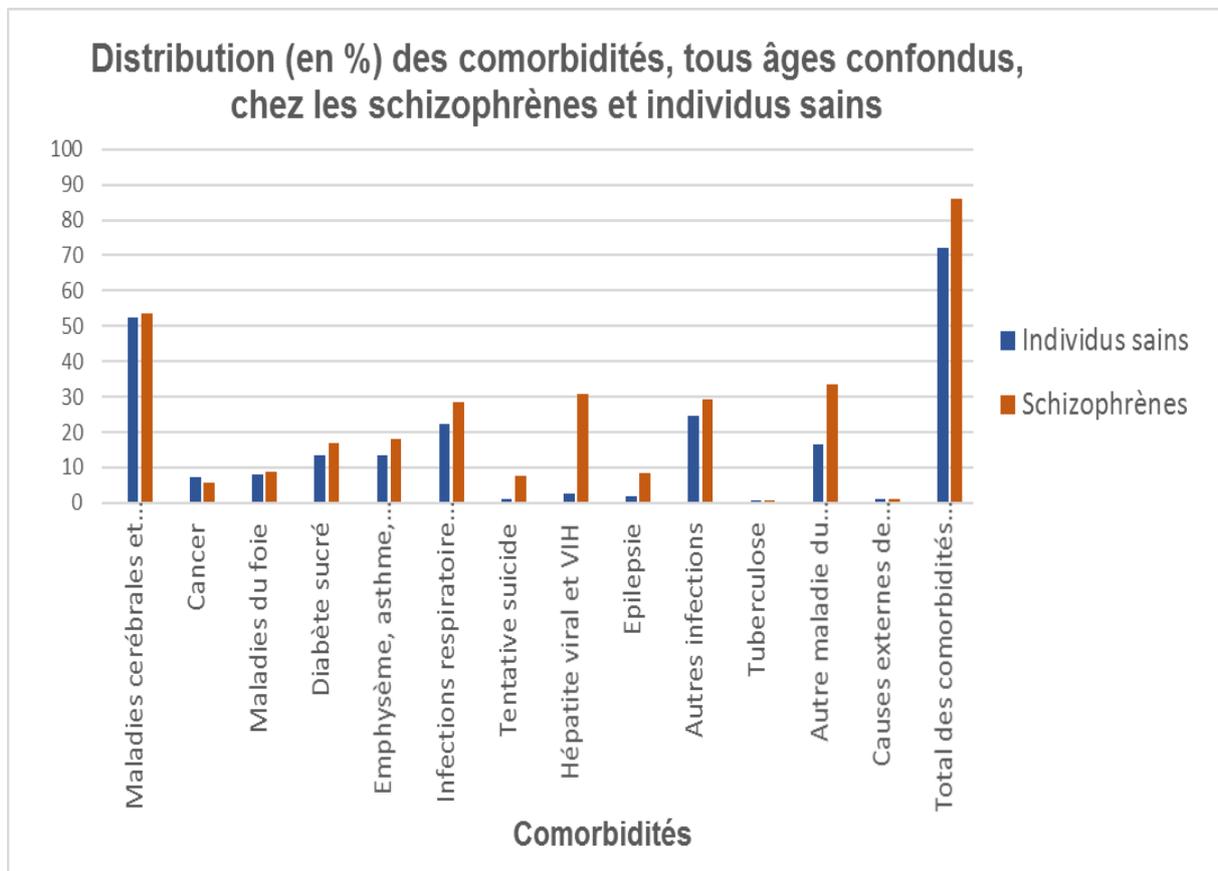


Figure 3 : Distribution des comorbidités, tous âges confondus, chez les schizophrènes et individus sains.

I.1.5.3 Comorbidités psychiatriques

Une étude américaine de 2013 s'est intéressée à la corrélation entre la maladie schizophrénique et d'autres maladies psychiatriques diagnostiquées en plus chez des patients schizophrènes. Cette étude incluant 1446 adultes diagnostiqués schizophrènes selon le DSM-IV, démontre que parmi eux, 27,7% ont des comorbidités majeures de **dépression** ; 24,6% ont une comorbidité de **dépendance** ou d'**abus de drogues** ; 5% sont atteints d'un **trouble obsessionnel compulsif** comorbide et 13,6% possède un autre **trouble anxieux** comorbide au cours des 5 dernières années. Au total, 56% des sujets étudiés ont au moins un trouble de santé mentale en plus de la schizophrénie. Ces troubles qui s'ajoutent à la schizophrénie en font des sujets à la santé mentale encore plus fragile, et à la qualité de vie inférieure (32).

Comme le montre cette étude, des **comorbidités addictives** sont fréquentes chez les patients schizophrènes (32). Mis à part le tabac, ces patients abusent fréquemment d'autres substances telles que les **amphétamines**, la **cocaïne** et principalement le **cannabis** (33). Ainsi, le tableau 2 présente le taux de substances licites ou illicites prises par des adultes schizophrènes comparé à celui de la population

générale adulte. Ainsi, nous voyons que les schizophrènes ont des taux plus élevés de toxicomanie que la population générale (23).

	<i>Patients schizophrènes</i>		<i>Population générale</i>	
Substance	Taux d'utilisation selon diverses études*	Abus ou dépendance selon le DSM-IV	Taux d'utilisation selon diverses études*	Abus ou dépendance selon le DSM-IV
Nicotine	60%-90%	28,5%	25,9%	12,8%
Cannabis	17%-80,3%	50,8%	5,8%-16,4%	0,5%
Alcool	21%-86%	43,1%-65%	2,9-17,9%	5,1%
Cocaïne	/	23%	0,7-1,7%	0,09%

* Ces études sont des enquêtes : l'enquête nationale (EU) de 2007 sur l'usage et la santé des drogues (NSDUH) et l'enquête nationale épidémiologique de 2000 à 2002 sur l'alcool.

Tableau 1 : Toxicomanie chez des patients schizophrènes comparée à celle retrouvée dans la population générale d'après Nora D. Volkow (23).

La toxicomanie a des effets sur l'évolution de la schizophrénie. L'imagerie à résonance magnétique montre que la perte de substance grise connue chez les patients schizophrènes, est 2 fois plus rapide chez des sujets consommant du cannabis (23). De plus, l'utilisation de ces substances illicites ou licites, comme l'alcool, augmente le comportement violent du sujet (2) (34). Enfin, ces comorbidités addictives ont des conséquences négatives sur la prise en charge de la psychose du patient. Ces patients ne répondront pas bien au traitement, leur qualité de vie en sera donc diminuée (35). Enfin, les comorbidités addictives (alcool, tabac, substances illicites) augmentent la sévérité de la schizophrénie, diminuent l'espérance de vie, entraînent un retard de diagnostic et une baisse de la qualité de vie (36).

Les femmes psychotiques en âge de devenir mère (20-40 ans) présentent une santé plus fragile avec un risque supérieur de violence, de précarité, de toxicomanie, de l'apparition d'autres troubles mentaux, de troubles alimentaires, ... Ainsi, quel sera l'impact de ces comorbidités et de ces facteurs psychosociaux maternels sur la vie de l'enfant ?

I.1.6 Traitements

Le traitement des troubles du spectre de la schizophrénie, et plus précisément de la schizophrénie, repose sur différentes thérapeutiques et prises en charge conjointes. Il est souvent nécessaire que le traitement passe par une hospitalisation (6).

I.1.6.1 Principes généraux

La prescription d'un traitement chez un patient schizophrène n'est pas anodine, elle en requiert donc des recommandations (4) (37):

- Avant toute mise en place de traitements, le **diagnostic** de la schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique doit être **clairement mis en évidence**.
- Le traitement pharmacologique doit être prescrit, selon le **rapport bénéfice/risque**, à **dose minimale efficace**, pendant une **durée la plus courte** possible.
- Un **suivi périodique** du patient est obligatoire, et permet d'évaluer ainsi la tolérance et l'efficacité des différents traitements, ainsi que l'observance.
- Le traitement doit satisfaire à ces **trois exigences** : ne pas nuire ; rétablir une qualité de vie meilleure aux patients, notamment en améliorant leur insertion dans le monde professionnel et social ; abaisser leur souffrance et leur dangerosité potentielle en diminuant leurs signes cliniques.

Enfin, il ne faut pas négliger le traitement des comorbidités de la schizophrénie. Les troubles anxieux, et les symptômes dépressifs doivent être traités, tout comme l'instauration d'une aide au sevrage lors de prise de toxiques (38).

I.1.6.2 Traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique de la schizophrénie repose sur l'utilisation des antipsychotiques. Il en est de même pour les autres troubles psychotiques tels que le trouble schizophréniforme et le trouble délirant (39). Il existe 2 familles d'antipsychotiques : les **neuroleptiques** (de première génération) et les **antipsychotiques atypiques** (de deuxième génération) (40).

I.1.6.2.1 Antipsychotiques de première génération

C'est dans les années 50, qu'Henri Laborit découvrit fortuitement la possible utilisation d'un anesthésiant : la chlorpromazine, comme traitement de pathologies mentales, car elle induisait un état d'indifférence en post-opération. Ainsi Jean Delay

et Pierre Deniker, psychiatres, purent tester cette nouvelle classe thérapeutique, agissant en particulier sur les symptômes de la schizophrénie (4).

Ces molécules nommées neuroleptiques agissent principalement par antagonisme des récepteurs à la dopamine (20). Elles **diminuent les symptômes positifs** de délire et d'hallucination qui sont induits par l'hyperactivation de la voie dopaminergique mésolimbique. Ainsi, elles réduisent certaines psychoses aiguës et chroniques, et inhibent les agitations psychomotrices du malade (4).

Cependant, en bloquant les autres voies dopaminergiques, ces molécules provoquent de **nombreux effets indésirables**. L'inhibition de la voie tubéro-infundibulaire entraîne des troubles sexuels féminin et masculin, conséquence d'une hyperprolactinémie.

De plus, suite à l'inhibition de la voie nigro-striée, des effets indésirables majeurs à type de syndromes extrapyramidaux, dystonies et dyskinésies sont répertoriés (40).

Parallèlement, les neuroleptiques inhibent aussi d'autres voies monoaminergiques telles que l'histamine, l'adrénaline et l'acétylcholine (41). Leur action antihistaminique a un effet clinique recherché car elle freine l'activité du système nerveux, ce qui induit une action sédatrice non hypnotique attendue, provoquant un état d'indifférence souhaité (4).

A contrario, l'activité anticholinergique de ces molécules cause différents troubles telle qu'une constipation, une sécheresse buccale, une confusion, une tachycardie et une rétention urinaire (40).

De même, l'action adrénolytique engendre une baisse de la tension artérielle et des troubles sexuels (20).

Les neuroleptiques induisent d'autres effets indésirables comme des troubles graves du rythme cardiaque, un syndrome malin des neuroleptiques, ou des effets métaboliques à type de prise de poids, de dyslipidémie, d'insulinorésistance, ou d'hypertension artérielle (40).

Aujourd'hui nous comptons 8 antipsychotiques de première génération, dont 6 majoritairement utilisés. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau ci-dessous (tableau 2) (4) (20) (37) (40) (41).

Molécules DCI	Voies d'administrations	Indications	Doses efficaces /j (PO) en mg	Dose max /j mg
Chlorpromazine Largactil®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • IM 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoses aiguës • Psychoses chroniques 	25-600	1000
Cyamémazine Tercian®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • IM 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoses aiguës • Psychoses chroniques • Anxiété de courte durée 	25-300	600
Levomépromazine Nozinan®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • IM 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoses aiguës • Psychoses chroniques • Formes sévères d'épisode dépressif majeur 	25-300	400
Pipampérone Dipipéron®	<ul style="list-style-type: none"> • PO 	<ul style="list-style-type: none"> • Etat d'agitation et d'agressivité au cours d'états psychotiques aigus et chroniques 	20-120	
Halopéridol Haldol®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • IM • APAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoses aiguës et chroniques • Anxiété de courte durée 	1-20	40
Zuclopentixol Clopixol®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • APAP • ASP 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoses chroniques • Etat d'agitation et d'agressivité au cours d'états psychotiques aigus et chroniques 	20-100 en aiguë 20-50 en chronique	200 en aigu 75 en chronique
Loxapine Loxapac®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • IM 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoses aiguës • Psychoses chroniques 	75-200	600

*PO: Per Os ; IM: Intra-Musculaire ; APAP: AntiPsychotique d'Action Prolongée ; ASP: Action Semi Prolongée

Tableau 2 : Caractéristiques majeures des neuroleptiques les plus utilisés (4) (20) (38) (41) (42).

I.1.6.2.2 Antipsychotiques de deuxième génération

20 ans plus tard, les antipsychotiques dits atypiques voient le jour avec la clozapine. Des expériences prouvent que cette nouvelle molécule antipsychotique possède moins d'effets indésirables neurologiques que les neuroleptiques (4).

Ainsi aujourd'hui 11 antipsychotiques de deuxième génération existent, et sont recommandés en première intention (37). Ces molécules ont le même mécanisme d'action générale que leurs prédécesseurs, mais agissent de façon plus ou moins marquée sur certaines voies. Comparée aux antipsychotiques de première génération, cette nouvelle classe **inhibe plus fortement les récepteurs sérotoninergiques**. Cette particularité atypique renforce l'inhibition dopaminergique préfrontale, diminuant ainsi davantage les symptômes positifs. De même, l'inhibition de la sérotonine **améliore la tolérance** neurologique des antipsychotiques sur la **voie nigro-striée**. On observe donc moins de signes extrapyramidaux, de dyskinésies,... (20). Cette nouvelle classe apporte donc une efficacité comparable à la première génération, avec une diminution des effets indésirables, ce qui en fait le traitement principal (4).

Par ailleurs, bien que les antipsychotiques atypiques soient mieux tolérés, ils ont tout de même plus d'effets indésirables cardio-vasculaires à type de fibrillation ventriculaire et torsade de pointe, que les neuroleptiques (40).

Le tableau ci-dessous (tableau 3) regroupe les caractéristiques principales des antipsychotiques atypiques les plus utilisés (4) (20) (37) (40) (41).

Molécules DCI	Voies d'administration	Indications	Doses efficace /j (PO) en mg	Dose max /j en mg
Olanzapine Zyprexa®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • IM • APAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie • Episodes maniaques • Prévention des récurrences d'un trouble bipolaire 	Schizophrénie : 10	20
Amisulpride Solian®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • IM 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie 	400-800	1200
Quétiapine Xeroquel®	<ul style="list-style-type: none"> • PO 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie • Troubles bipolaires • Traitement adjuvant des épisodes dépressifs majeurs 	Schizophrénie : 400-800	800
Aripiprazole Abilify®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • APAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie • Episodes maniaques des troubles bipolaires 	Schizophrénie : 15	30
Rispéridone Risperdal®	<ul style="list-style-type: none"> • PO • APAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie • Episodes maniaques des troubles bipolaires • Aggressivité du patient Alzheimer • Aggressivité persistante dans les troubles de conduites chez les > 5 ans et adolescents 	Schizophrénie : 4-6	16
Palipéridone Xeplion®	<ul style="list-style-type: none"> • APAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie 	En entretien /mois : 75 mg	600
Clozapine Leponex®  Médicament à risque important d'agranulocytose → Surveillance hématologique	<ul style="list-style-type: none"> • PO 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie résistante au traitement • Psychoses survenant chez un parkinsonien 	Schizophrénie : 200-450	900

*APAP : AntiPsychotique d'Action Prolongée ; PO : Per OS ; IM : Intra-Musculaire

Tableau 3 : Caractéristiques majeures des antipsychotiques atypiques les plus utilisés (4) (20) (38) (41) (42).

I.1.6.2.3 Autres traitements

Les antipsychotiques représentent le traitement majeur des troubles psychotiques, mais d'autres classes auront une action sur certains symptômes.

C'est le cas en particulier des **benzodiazépines**, qui malgré les controverses sur leur effet addictif, représentent tout de même un bon traitement contre l'anxiété, la catatonie aiguë et l'agitation psychomotrice des patients (4). Certains **antidépresseurs** comme la mirtazapine, la miansérine et la fluoxétine ont une bonne efficacité en association avec les antipsychotiques atypiques dans le traitement des symptômes négatifs (4). Par ailleurs, les **thymorégulateurs** n'ont pas montré d'efficacité dans le traitement de la schizophrénie (4), mais sont utiles, en association avec les antipsychotiques dans le traitement des troubles schizo-affectifs (21).

I.1.6.3 Traitements non pharmacologiques

I.1.6.3.1 Electro-Convulsivo-Thérapie

L'Electro-Convulsivo-Thérapie (ECT) consiste en l'induction de crises épileptiques répétées, contrôlées et de bonne qualité, chez un individu souffrant de troubles psychiatriques (42). Des électrodes sont placées sur les tempes du sujet et un stimulus électrique de fréquence variable est envoyé. Cette technique d'électrostimulation thérapeutique nécessite une surveillance par électroencéphalogramme et s'administre sous anesthésie générale (43). Elle est principalement prescrite chez les schizophrènes catatoniques, chez les schizophrènes présentant des épisodes thymiques ou lorsque les syndromes positifs sont résistants au traitement (21). On l'utilise aussi chez des patients présentant des troubles schizo-affectifs (44). La stimulation magnétique cérébrale va désorganiser le fonctionnement neuronal, montrant dans la majorité des travaux une baisse de la dopamine au niveau du cortex préfrontal (45).

Une étude réalisée au Canada en 2017 montre l'efficacité clinique et l'impact cognitif de la thérapie électro-convulsive sur un échantillon de 114 patients atteints de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif selon le DSM-IV. L'examen des dossiers de ces patients suivis dans un hôpital d'octobre 2009 à août 2014, où ils recevaient des séances d'ECT, montrent une efficacité de l'ECT dans 76,7% des cas, avec seulement 9% des sujets ayant subi des altérations cognitives transitoires (46). Cette étude prouve bien la place de l'ECT dans la prise en charge de la schizophrénie du fait de sa tolérance et de son importante efficacité.

I.1.6.3.2 Thérapies cognitives et comportementales

Une psychothérapie individuelle ou collective est proposée aux patients schizophrènes pour les aider dans leur vie de tous les jours, à mieux s'adapter à la maladie et à améliorer leur fonctionnement cognitif et social. Cela passe par des entraînements et un apprentissage pour compenser les déficits dus à la pathologie (5).

Ces thérapies agissent sur plusieurs concepts et notamment ceux de la cognition et du comportement. En effet, la méthode cognitive tente de modifier les schémas intellectuels du sujet, en lui faisant développer des compétences sociales, et lui permettant de s'affirmer. La méthode comportementale essaie plutôt, par l'imagination, de mettre le sujet dans des situations à problème, anxiogènes par exemple et de le désensibiliser (21).

L'importante clinique des troubles psychotiques impose une prise en charge thérapeutique, indispensable pour améliorer la qualité de vie de ces patients. Cependant, ces molécules présentent de nombreux effets indésirables qui peuvent altérer l'observance du traitement. Il est donc indispensable de suivre convenablement ces sujets et d'envisager notamment des thérapies non médicamenteuses. Quelles seront donc les risques chez la femme psychotique en désir de maternité, puis une fois enceinte, concernant son suivi et la toxicité du traitement pour elle et son bébé ?

I.2 Développement de l'enfant : de sa conception à l'âge adulte

Pour parler de troubles chez un nouveau-né, nourrisson, enfant, adolescent ou adulte, il faut avoir des connaissances de ce qu'est un développement dit « normal ». Ainsi, on pourra ensuite situer l'individu en question par rapport au fonctionnement habituel d'autres individus du même âge. Le but de cette partie est donc de définir le développement, caractérisé de « normal », chez les sujets tout au long de leur vie, et de mettre en évidence les possibles facteurs pouvant modifier ce développement.

I.2.1 Les différentes périodes de la vie

Au fil des découvertes, les psychanalystes démontrent que la vie des individus est rythmée par des périodes où leur développement psychologique, social, moteur, cérébral...évolue. Ces périodes d'irrégularités du développement marquent des étapes importantes dans la vie des Hommes. Cependant, bien que la vie soit une alternance d'étapes, le processus de développement humain est un phénomène dynamique (47), continu dans le temps (48), susceptible d'être modifié ou de régresser et dépendant de nombreux facteurs individuels (48).

Nous allons ainsi décrire la croissance « normale » de l'humain selon ses grandes périodes de vie, tout en gardant en tête, que les périodes présentées sont des moments dans le développement progressif de la vie et non un achèvement développemental de la période (49).

I.2.1.1 Période anténatale

La période anténatale s'écoule de la conception à la naissance de l'enfant et constitue la période *in utero* (50). Cette étape qui dure normalement 40 semaines (50) est importante car un changement perpétuel structural et cognitif de l'enfant s'y produit (51).

I.2.1.1.1 Phases de développement embryonnaire

Les premiers signes de développement de l'embryon apparaissent à la 4^{ème} semaine d'aménorrhée, soit une semaine après la fécondation. A ce moment-là, l'œuf fécondé lors de la précédente étape, s'implante sur la muqueuse utérine de la mère et permet à l'embryon de débiter sa croissance (50).

Les différentes phases embryonnaires et leur importance dans le développement du sujet sont schématisées ci-dessous (figure 4).

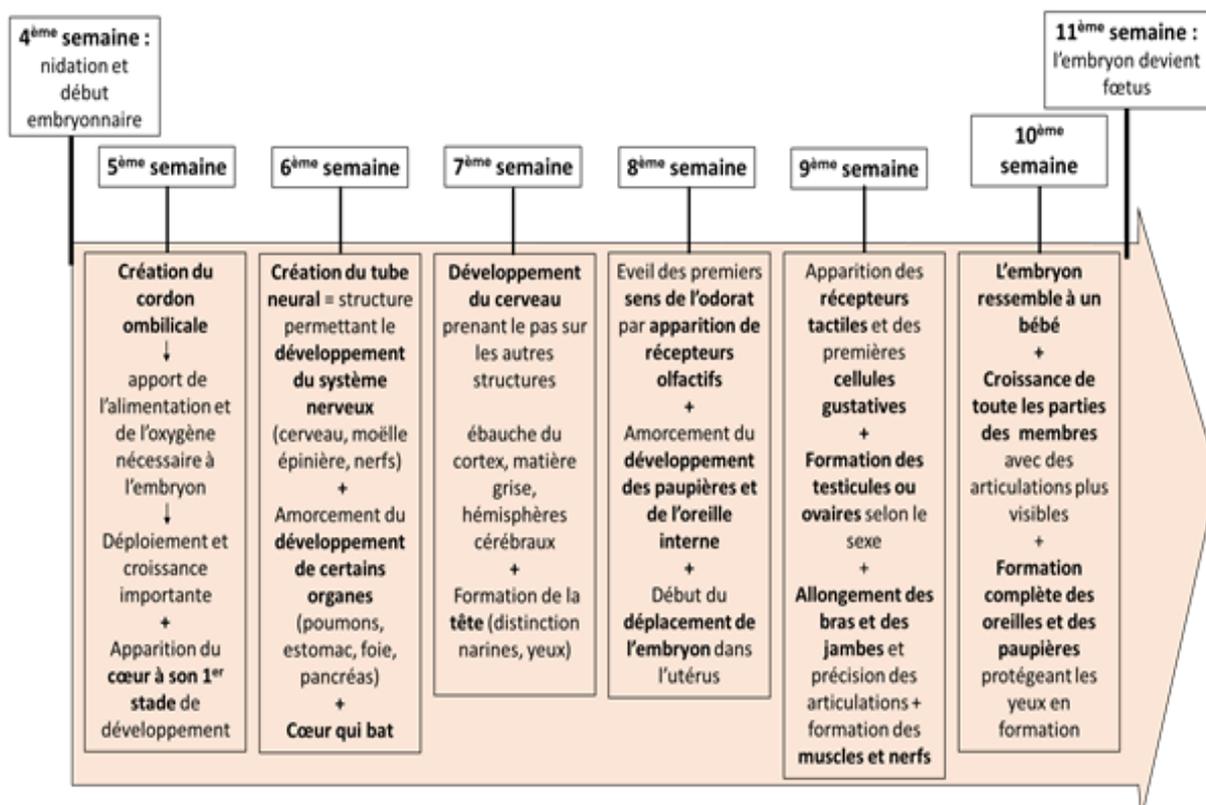


Figure 4 : Représentation schématique en semaine d'aménorrhée des différentes phases du développement embryonnaires et leurs enjeux (51).

I.2.1.1.2 Développement sensoriel fœtal

Par la suite, le fœtus succède à l'embryon à la 11^{ème} semaine d'aménorrhée (50). Le stade fœtal apporte son lot d'évolution et de croissance, avec notamment le développement d'une **capacité de mémorisation sensitivo-sensorielle** du fœtus. La dotation de cette aptitude est très importante pour la création de son futur lien d'attachement avec sa mère (52). De plus, à la suite de la phase embryonnaire, le développement sensoriel continue de s'enrichir. Cette étape est non négligeable car elle permet des relations précoces avec le monde extérieur (51). Par ordre premier d'apparition des capacités sensorielles chez l'enfant *in utero*, il y a le toucher, puis l'odorat, le goût, l'audition et enfin la vision (53).

Le fœtus acquiert une sensorialité **visuelle** en commençant à ouvrir ses yeux dès le début du sixième mois, pour les garder majoritairement ouverts dès la 30^{ème} semaine d'aménorrhée. A cette phase et jusqu'à la naissance, il a une vision limitée en percevant seulement les 20 à 30 cm devant lui (50).

Son **odorat** se met en place dès la phase embryonnaire, mais ses narines restent bouchées jusqu'au 4 à 6^{ème} mois de grossesse. C'est à partir du 7^{ème} mois, que le bébé, au travers du liquide amniotique, ressent des odeurs qui proviennent de l'alimentation de sa mère. Cette expérience olfactive lui permet de déterminer ses préférences olfactives (50).

Concernant le **goût**, les cellules gustatives apparaissent dès la phase embryonnaire, mais c'est à la 13^{ème} semaine d'aménorrhée qu'elles deviennent fonctionnelles (50). Ainsi, le fœtus perçoit au travers du liquide amniotique les saveurs des aliments consommés par sa mère. Il a donc déjà, dans le ventre de sa mère, une idée de ses préférences, et dès la naissance il sait faire la différence entre le salé et le sucré (51).

L'un des apprentissages sensoriels essentiel dans le développement des relations du fœtus avec le monde extérieur est l'**audition** qui apparaît dès la 17^{ème} semaine d'aménorrhée (50). Le fœtus entend des bruits de fond qui sont ceux des battements du cœur de sa mère, des bruits de respiration ou de digestion. Il peut aussi entendre les bruits extérieurs atténués, et majoritairement les sons graves tels que des paroles humaines ou la musique. Mais ce qu'il entend par-dessus tout c'est la voix de sa mère qui supprime toutes les autres voix (51). De ce fait, comme il a été démontré que le fœtus pouvait acquérir des capacités cognitives de mémorisation et notamment auditives, lors de la phase fœtale il sera en mesure de reconnaître la voix de sa mère et de la préférer dès la naissance (51). De plus, en s'habituant petit à petit aux bruits viscéraux, cardiaques et à la voix de sa mère, une fois né, le bébé se sentira rassuré au contact de celle-ci (50).

Le **toucher** quant à lui est une acquisition constante tout au long de la grossesse. Des récepteurs tactiles commencent à se former dès la 9^{ème} semaine d'aménorrhée (50). Puis, c'est à la 14^{ème} semaine que le fœtus réagit aux stimuli extérieurs. En effet, il a la capacité à ce stade, de percevoir au travers de la paroi abdominale et utérine, le contact de coups ou d'appuis que l'on peut faire sur le ventre de sa mère (50) (51). A la 15^{ème} semaine il bouge en s'étirant ou en sursautant, mais il peut aussi commencer à sucer son pouce (51). La mère, quant à elle, ressent seulement son bébé bouger vers la 20^{ème} semaine d'aménorrhée (50).

I.2.1.1.3 Interaction embryon/fœtus-mère

Le développement sensoriel *in utero*, permet à l'enfant d'arriver au monde avec des sens développés pour communiquer et interagir au mieux avec le monde extérieur (48). L'interaction sociale est définie par le dictionnaire Larousse (2017) comme « une

relation interpersonnelle entre 2 individus au moins, par laquelle les comportements de ces individus s'influencent mutuellement et se modifient chacun en conséquence » (54).

Une interaction importante est déjà présente tout au long de la période anténatale, c'est celle qui se crée précocement entre le fœtus et sa mère (51). Cette interaction **foeto-maternelle** précoce est d'une part évidente du fait de la connectivité ombilicale qu'il y a entre ces 2 êtres. Le fœtus est branché sur la circulation sanguine de sa mère, ce qui en fait une relation organique. Cette symbiose profonde s'expliquerait par une interaction transplacentaire (53) dont les intermédiaires seraient humoraux et neuro-végétatifs (51). Le placenta joue donc un rôle important dans la relation embryon/fœtus-mère car il permet un lien sensoriel, proprioceptif et mécanique entre les 2 êtres (53).

De même, il est établi que pendant la grossesse, la mère s'imagine son bébé et fantasme sur lui (53). De nos jours, les échographies aident aussi à se représenter le bébé et à l'imaginer davantage (51). Un **manque de rêverie** de la mère pour son futur enfant, de n'importe quelle raison qu'il soit, véhicule un **sentiment d'abandon** capté par le fœtus (53). Le psychisme de la mère a donc un impact non négligeable sur son bébé *in utero*, et pourrait être la conséquence de troubles du développement cérébral émotionnel et cognitif chez l'enfant (55).

Des travaux montrent également, que la vie affective de la femme enceinte impacte son enfant, en pré et post-natal. Un choc émotionnel de la mère tel qu'un décès ou l'apparition d'une grave maladie induit un trouble de l'activité motrice du fœtus provoquant des mouvements fœtaux très violents, voire douloureux. Une fois nés, ces nourrissons sont de nature hyperexcitée, et on remarque qu'ils ont une activité motrice plus intense que la normale (51). Cet exemple prouve que la période fœtale est une phase d'acquisition chez l'enfant d'une mémoire sensitivo-sensorielle, dont les traces peuvent causer de futurs traumatismes (52).

En conclusion, l'embryon/fœtus est pendant toute la période anténatale en interaction constante avec l'organisme et le psychisme de sa mère (53). Ce lien biologique et fantasmatique induit le développement psychosomatique du bébé (53). La grossesse laisse ainsi une empreinte somatique, psychique et psychosomatique importante sur le bébé à naître, avec de possibles conséquences traumatiques (53).

I.2.1.2 L'enfant

L'enfance correspond à toute la période de la naissance à la puberté. Cette étape est elle-même divisée selon l'âge et le développement global de l'enfant (développement cérébral, psychosexuel, moteur, social, intellectuel...) (50). Par ailleurs, chez l'enfant, ces étapes peuvent stagner, voire régresser, ce qui n'est pas pathologique si ces passades sont transitoires (56). Nous nous attarderons principalement à définir les étapes du développement sensoriel, moteur, cognitif et psychosocial de l'enfant.

I.2.1.2.1 La naissance

La naissance marque le **passage entre la vie amniotique et la vie aérienne** (52). Il est visualisé comme une césure d'un point de vue extérieur, alors qu'il serait en fait une continuité entre la vie intra-utérine et la petite enfance (52) (53). Selon le Dr D.W. Winnicott (1988), la naissance dite « normale » est une situation dans laquelle l'enfant et la mère sont prêts à se rencontrer, et pour laquelle la mère est préparée à accueillir simplement son enfant (53). Cet accueil peut être le fait de tenir dans ses bras son bébé ou d'être en contact avec son corps pour qu'il ressente sa respiration et ses battements cardiaques (53).

La naissance marque aussi pour certains auteurs un moment traumatique. Hormis le fait que l'accouchement soit un ébranlement corporel pour la mère et l'enfant, des traumatismes psychiques sont aussi mis en évidence. En effet, la naissance réfère à un sentiment de séparation apportant une crainte chez le nouveau-né. Cette angoisse est expliquée en partie de manière biologique, car le bébé est habitué à voir ses besoins primaires satisfaits pendant la grossesse. Ainsi légitimement, il a peur qu'en passant d'un stade de totale dépendance à l'autonomie (57), ces fonctions ne soient plus remplies (53). La naissance est donc vécue comme angoissante du fait de la séparation biologique mère-fœtus et de l'afflux soudain d'excitations sensorielles du monde extérieur (56).

Par ailleurs, le nouveau-né est pris en charge dès la naissance par des professionnels de santé qualifiés pour lui réaliser un examen et évaluer son état clinique. Ainsi certains paramètres sont vérifiés et permettent de savoir si le nouveau-né s'adapte bien à la vie extra-utérine et s'il n'a pas de malformations qui n'auraient pas été décelées lors de la grossesse (57).

I.2.1.2.2 Le nouveau-né

Le dictionnaire Larousse (2017) définit le nouveau-né comme un **enfant de moins de 28 jours** (54).

L'observation du nouveau-né au fil de la journée, montre qu'à la différence des adultes, il passe par une alternance de six états, dits de vigilance, qui se succèdent (58). L'adulte passe seulement par 2 états, celui de veille et de sommeil (58). Les six états, définis dans le tableau ci-dessous (tableau 4) (58), ne sont pas de durée identique chez tous les nouveau-nés. Certains maintiennent un état calme plus longtemps, tel que l'état 4, ainsi il leur est plus facile d'établir une interaction simple et détendue avec leurs parents (58). La mère a un rôle dans la durée de ces états de vigilance. Elle peut les réguler en adoptant une attitude douce et calme pour amener et maintenir le nouveau-né à un état attentif, tout comme elle peut éviter des mouvements brusques ou lui éviter des inconforts de posture ce qui empêchera ou diminuera ses pleurs (58).

Etat 1	<ul style="list-style-type: none">- Sommeil SANS mouvement oculaire- Respiration régulière- Aucun mouvement corporel (sauf parfois mouvements de doigts, lèvres et paupières de manière fine et brusque)
Etat 2	<ul style="list-style-type: none">- Sommeil AVEC mouvements oculaire rapides- Respiration irrégulière et plus rapide- Mouvements corporels et faciaux de temps en temps
Etat 3	<ul style="list-style-type: none">- Somnolence, c'est-à-dire paupières fermées ou à moitié ouvertes mais regard vague, non figé.
Etat 4	<ul style="list-style-type: none">- Eveillé mais calme et attentif à son environnement- Regard vif prouvant son attention- Motricité suspendue- Phase la plus favorable à l'interaction avec le monde extérieur
Etat 5	<ul style="list-style-type: none">- Eveillé et agité (+/- cris ou gémissement)- Activité motrice importante- Attention non fixée
Etat 6	<ul style="list-style-type: none">- Etats d'éveil caractérisé par pleurs et cris- Activité motrice intense- Visage rouge et grimaçant

Tableau 4 : Description des différents états de vigilance du nouveau-né d'après Mazet et Stoléru (58).

Parallèlement, le développement cérébral, mis en place précocement aux phases embryonnaires et fœtales, poursuit son évolution dès les premiers jours de la vie, permettant l'accroissement des aptitudes sensorielles du nouveau-né (50).

Dès le 4^{ème} jour de vie, le nouveau-né présente une capacité de discrimination et de **détection olfactive** aussi importante que celle d'un adulte. Il possède spécifiquement un bon discernement du sein de sa mère par rapport au sein d'une autre mère (58).

Le **goût** est quant à lui parfaitement perçu dès la naissance, car il sait différencier les quatre saveurs principales (sucré, salé, amer, acide), avec une préférence pour le goût sucré.

Ses **compétences sonores** sont aussi très bonnes (58). Le nouveau-né discerne très bien la plus faible intensité sonore perceptible, tout comme les adultes. De plus, dès la 2^{ème} semaine de vie, des voix humaines lui font déclencher des sourires, ce qui n'est pas le cas d'autres stimulations sonores. L'enfant est donc capable dès les premiers jours de différencier les principales stimulations de son environnement (58). Ces performances peuvent aussi être expliquées par le fait que le nouveau-né consacre majoritairement son attention sur les visages humains (58).

Bien que son **acuité visuelle** soit faible au début (58), il discerne les mimiques du visage, et sait faire la différence entre l'ouverture de la bouche, et le fait de tirer la langue (49). Toutefois, il est établi que le nouveau-né a une préférence pour le visage de sa mère, qu'il fixe plus longtemps que les autres visages (49).

Enfin, concernant les **aptitudes motrices** de celui-ci, les mouvements produits par le nouveau-né sont de type réflexe. Les phénomènes de succion et agrippement de la main ont un lien direct avec la volonté de l'enfant d'interagir avec son environnement, et en particulier avec ses parents (58).

Étant donné toutes les observations comportementales et le développement sensori-moteur du nouveau-né, la volonté pour celui-ci **d'interagir avec son environnement** est clairement établie. D'ailleurs, il est mis en évidence que le nouveau-né imite précocement son entourage dès les premiers jours de sa vie (58). Ce comportement primaire imitatif fait partie des bases du comportement social de l'enfant (49). Au vu des moyens limités de communication du nouveau-né, il lui est complexe d'établir un lien. Cette imitation précoce fait donc partie de son mode de communication (58).

I.2.1.2.3 Le nourrisson

Le nourrisson est défini par le dictionnaire Larousse (2017) comme étant un enfant âgé depuis la période néonatale (chute du cordon) (54), soit **un mois** (59), **jusqu'à 23 mois** (54).

De nombreux changements chez le nourrisson peuvent être visualisés mois par mois. Le tableau suivant (tableau 5) fait un récapitulatif des développements cognitifs, moteurs et sociaux majeurs, retrouvés chez le nourrisson (50) (60) (61) (62).

Ages	Développement
2 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Exprime ses émotions et malaises (douleurs, plaisirs,...) en communiquant par des pleurs ou émission de sons • Réagit à l'environnement (ce qu'il voit, entend, touche) et reconnaît les objets familiers • Suit les objets et personnes du regard • Gazouille • Peut soulever sa tête et la tourner des deux cotés
3 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Rentre en relation avec les autres notamment en parlant à sa façon par une succession de petits sons aigus et réagit aux paroles et sourires des personnes • Reflexe d'agrippement qui disparaît donc peut garder les mains ouvertes, les découvrir et jouer avec. • Meilleur soutien de sa tête • Début du raisonnement : examine plus précisément son corps et objets et devine ce qu'il pourrait faire avec • Reconnaît son entourage et objets familiers (biberons) même à distance
4 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Attire l'attention de son entourage en pleurant ou s'agitant, s'ils ne s'occupent pas de lui • Coordination œil-main et habilités motrices de plus en plus développées, ce qui lui permet de saisir un objet dans ses mains et le mettre à la bouche • Besoin relationnel important : il fixe ses parents dans les yeux lorsqu'ils s'occupent de lui, il aime qu'on le touche (caresses, bisous), et aime qu'on joue avec lui (chatouilles)
5 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Manifeste plus clairement ses émotions (repousse quelqu'un qu'il ne connaît pas ou qui le gêne) • Reste assis en appui contre un support • Comprend que ses actions (pleurs) ont des répercussions relationnelles
6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Utilise ses mains pour agripper, renverser, frapper ses jouets • Reste assis quelques instants sans appuis et commence à savoir se positionner à 4 pattes • Commence à comprendre des mots • Sait faire des distinctions : lui et son reflet dans le miroir; entre des adultes et enfants; des différentes personnes qui l'entoure
7 à 9 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Affirme son caractère en sachant ce qu'il veut ou pas faire • Suit et veut rester avec ses parents, il manifeste donc de l'anxiété lorsqu'il est séparé d'eux • Tient assis longtemps dans le parc ou la chaise haute • Comprend les fonctions des objets qu'il connaît (appuie sur ses jouets pour qu'ils fassent du bruit) • Reconnaît et se retourne à son prénom • Il aime jouer à des jeux en interactions avec d'autres enfants
10 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Témoigne son affection par des sourires, bisous, câlins • Il marche si on le tient par les mains et sait facilement changer de position (assis-quatre pattes- à genoux) • Comprend des phrases simples et questions si elles sont accompagnées de gestes • Sa mémoire s'améliore grandement
13 à 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> • En explorant (jouer dans le sable) et prenant des risques sa confiance en lui et sa curiosité se développe • Décalage entre compréhension et production du langage. Il comprend plus de mots ou consignes qu'il n'en émet. • Sait prononcer des mots signifiant une idée ou un besoin (« lait » pour « je voudrais du lait ») • Sait marcher, grimper sur le canapé, se baisser et attraper un objet sans perdre l'équilibre
19 à 23 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Construction de sa personnalité : sait dire non, défie son entourage, se préoccupe plus des autres, peut avoir des comportements agressifs • Sait marcher avec un ballon entre les pieds, s'asseoir sur une chaise • Fait des phrases de 2 mots, utilise des noms et verbes, sait répéter les nouveaux mots qu'il entend • Comprend de nouveaux concepts (chaleur, rangement, temps qui passe...) • S'attache à d'autres personnes que ses parents et l'angoisse d'être loin d'eux diminue

Tableau 5 : *Développement moteur, social, et cognitif du nourrisson, mois par mois (50).*

Cependant, il faut être prudent avec ce descriptif car les enfants n'ont pas un rythme de développement identique. Ainsi quelques différences, comme le fait de marcher plus tôt ou plus tard par exemple, n'exprime pas toujours une pathologie, un retard ou un enfant précoce. Cet enfant développera une autre capacité plus en avance ou en retard (50).

I.2.1.2.4 L'enfant de 2 à 5 ans

Entre 2 et 5 ans, la croissance et le développement cérébral de l'enfant continue, ce qui lui permet d'acquérir toujours plus de capacités. A ce stade, son cerveau est d'ailleurs 2 fois plus actif que celui des adultes (50).

Cette phase est avant tout une période où le processus d'individualisation et d'individuation se met en place. **L'individualisation** correspond au fait que l'enfant constitue son identité, qu'il comprend qui il est, et notamment l'appartenance à son genre. Une expérience montre que les enfants de trois ans différencient les sexes, en classant de manière séparée des photos de filles et de garçons, et savent à 95% se positionner dans l'une des 2 catégories. A cet âge, un garçon est donc vexé si on lui dit que c'est une fille et inversement ; pareil si on lui attribue un autre prénom. **L'individuation** est le fait de savoir différencier le « moi » d'autrui. Pour acquérir cette aptitude, une autre compétence, qui est la découverte de soi, est indispensable. Pour ce faire, les enfants utilisent le processus d'imitation. Cette capacité de communication, dont nous avons vu précédemment l'importance chez le nouveau-né, l'est aussi chez l'enfant plus âgé. En effet, les enfants de 3 ans passent environ 66% de leur temps à imiter les autres. Ainsi, si ce processus permet la communication, il permet aussi la découverte des autres et de soi (49).

Entre 3 et 5 ans, la **phase œdipienne** marque une grande étape dans le développement identitaire de l'enfant (50). Cette notion psychanalytique du complexe d'Œdipe a été formulée par Sigmund Freud dès la fin des années 1890 (63). Ce concept est défini comme un conflit opposant le père, la mère et l'enfant (64), par lequel l'enfant doit se situer par rapport à ses 2 parents, dans une situation triangulaire (61). L'enfant va exprimer du désir sexuel pour le parent de l'autre sexe, tout en rejetant le parent du même sexe, le considérant comme rival (64). En voyant qu'il ne peut pas former un couple avec le parent tant estimé, sa représentation de l'amour idyllique se trouve erronée, ses pulsions sexuelles sont refoulées jusqu'à l'adolescence, et ce fantasme inconscient (63) devient source d'anxiété et de remords (47). Pour vaincre cette étape, l'enfant va s'identifier au parent du même sexe que lui, et intégrer les règles communautaires et valeurs qui bannissent notamment l'inceste

(47). Le complexe d'Œdipe est un passage obligé dans le développement psychosexuel de l'enfant, et donc de son identité (64).

Enfin, cette phase marque le début de **l'école**. Il est donc indispensable pour les enfants d'apprendre à développer des relations amicales (47) et à jouer avec les autres enfants (50).

I.2.1.2.5 L'enfant de 6 à 11 ans

De 6 à 11 ans, la croissance physique et cérébrale de l'enfant progresse toujours. Pendant cette période, il grandit de 5 à 8 cm par an, et double son poids (47), tandis que son cerveau évolue toujours, pour apprendre davantage et fonctionner encore plus efficacement (50).

A cet âge, l'enfant prend conscience du fonctionnement de sa **mémoire** et parvient à se remémorer avec plus de facilité certains souvenirs. L'enfant apprend aussi à développer des stratégies pour mémoriser facilement les apprentissages de l'école. La mémoire est ainsi plus efficace, et certaines notions intellectuelles, comme les additions, qui paraissent difficiles à une époque, deviennent des automatismes (50). Vers l'âge de 6 ans, du fait de la maturation importante de son cerveau, l'enfant est capable d'apprendre à **lire** et à **écrire**. La lecture nécessite plusieurs aptitudes, dont celle de percevoir les lettres et mots, puis celle de décoder cette information. L'écriture passe par le contrôle et le développement de la motricité manuelle. Cet apprentissage demande un degré d'évolution neurologique important, car ce sont plusieurs zones du cerveau qui contrôlent la main (50).

Enfin, cette phase marque pour les enfants, l'apparition de nouvelles habiletés émotionnelles. En effet, ils ont une meilleure compréhension et conscience de leurs **émotions** et de celles des autres. Ils savent exprimer des émotions plus complexes, les nuancer, les contrôler et décrire pour une même situation des émotions contradictoires (ex : aimer la nouvelle école en étant tout de même inquiet) (47).

I.2.1.3 L'adolescent

L'adolescence débute aux alentours de 12 ans, avec le commencement de la puberté. Elle marque une période importante de transition développementale, de part d'importants changements cognitifs, physiques, sociaux et affectifs (47).

La **puberté** correspond à une étape du **développement physique**, aboutissant à la maturité sexuelle de l'individu, permettant à terme la procréation (47). Durant cette phase de 3-4 années, de nombreux changements physiques apparaissent, et des

caractères sexuels surviennent. Rapidement, l'adolescent voit son corps changer, il prend en taille et en poids. Ses organes génitaux augmentent de volume et deviennent matures, ce sont les caractères sexuels primaires. Parallèlement, les caractères sexuels secondaires se développent, comme la croissance mammaire, pileuse, musculaire, ou le phénomène de mue (47). Ces changements physiologiques ont une cause chimique. C'est le système endocrinien qui libère des hormones par l'intermédiaire de l'hypothalamus et de l'hypophyse, permettant la maturation des glandes surrénales et des glandes sexuelles. Les glandes surrénales ont notamment un rôle dans l'apparition des poils ou le développement des glandes sébacées et sudoripares (47). La chronologie suivante (figure 5) montre la séquence ordinaire des changements physiologiques de l'adolescent (47).

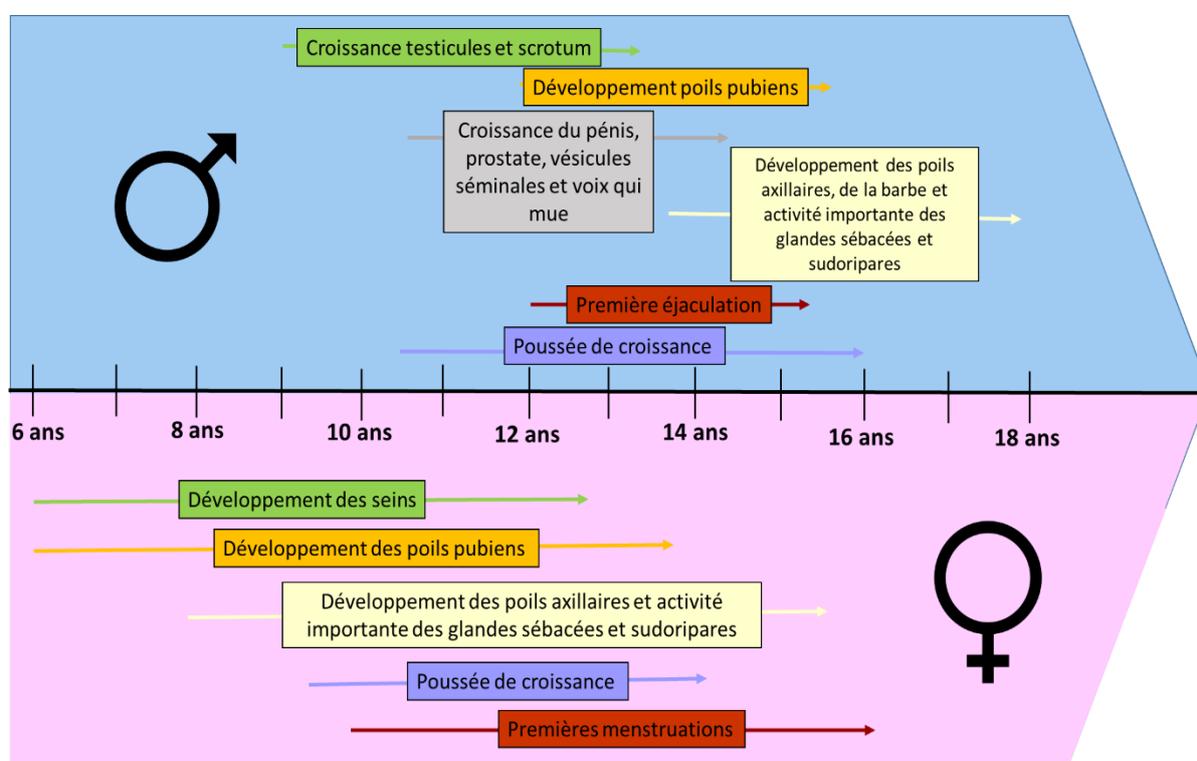


Figure 5 : Âge des premières manifestations du développement physiologique des garçons et filles au cours de la puberté (47).

D'un point de vue **psychologique**, l'adolescent est impacté moralement par ces changements physiques (47). Différents sentiments peuvent subsister comme l'angoisse ou la fierté (65). Mais si ces transformations ne conviennent pas à ses attentes, des répercussions négatives peuvent s'en suivre, comme des troubles alimentaires (47). Parallèlement aux transformations physiques, l'adolescent subit des modifications internes à type de pulsions entraînant ce que l'on appelle couramment « la crise d'ado » (48). Ces changements sont en partie : un besoin d'autonomie, tout en ayant paradoxalement une dépendance affective pour ses parents ; le souhait

d'une intimité et d'une vie privée plus grande qu'avant ; le sentiment de vouloir accorder dans sa vie une part plus importante aux relations sociales amicales puis amoureuses ; une recherche identitaire (66). Ces pulsions internes contradictoires (67), amènent généralement à de l'agressivité verbale (47), de possibles violences (66) (67) ou des comportements pathologiques comme la prise de substances addictives (drogues, tabac...) (47). Bien que la famille se sente désemparée (66) avec ses valeurs remises en question (48), pour l'adolescent cette période est synonyme de bouleversement psychologique qui se traduit par une vulnérabilité, un besoin de repères (68), une remise en question et des confrontations (48). Ces phénomènes sont expliqués, en partie, par les changements hormonaux de la puberté (47).

Au niveau **psychopathologique**, c'est à cette période qu'une grande part des troubles sévères de l'adulte, tels que les addictions, l'anorexie mentale, les troubles de la personnalité, voire même la schizophrénie, se manifestent symptomatiquement chez l'adolescent (48). Ainsi, des manifestations dépressives ou anxieuses non décelées et non prises en charge chez l'adolescent évolueront, et pourront être exprimées chez l'adulte, causant de lourdes conséquences (48).

I.2.1.4 L'adulte

Le **jeune adulte**, de 20 à 30 ans, correspond à la phase post-adolescence. Chez les jeunes adultes pour lesquels une « vraie » crise pubertaire a eu lieu, cette période est marquée par un sentiment d'apaisement. En effet, les pulsions internes se calment, les modifications physiques prennent fin, et les conflits transgénérationnels s'estompent. A l'inverse, les jeunes adultes qui ont subi une adolescence « facile », se plaignent à cet âge d'un mal-être et d'une difficulté à vivre, que rien ne laissait présager. L'adolescence, bien que traumatique, est donc une étape nécessaire, avec un début et une fin, permettant de se construire psychiquement, affectivement et professionnellement par la suite (69). L'étape jeune adulte peut aussi basculer vers la parentalité, dont nous parlerons dans une partie suivante (48).

Le **milieu de vie** de l'adulte, bien que peu étudié, est caractérisé par une phase de questionnement et de bilan sur le sens de la vie passée et à venir. Des deuils et des remaniements familiaux et sociaux peuvent avoir une influence importante sur ces sentiments. A cet âge, des pathologies somatiques et psychiques, à type d'anxiété apparaissent. Puis émergent à la suite, la ménopause et l'andropause qui marquent psychologiquement pour l'adulte le début du processus de vieillissement (48).

La **fin de vie** est généralement qualifiée de période de transmission à la jeune génération, de fin de carrière, de perte d'autonomie, de deuils, de solitude, de méditation, d'isolement et de problèmes de santé annonçant l'étape ultime de la mort (48).

Les successions de phases de vie d'un individu définissent son développement « normal ». A cause de sa maladie et de ses traitements, la femme psychotique voit son évolution et ses capacités s'altérer. Ainsi, un enfant né d'une mère psychotique peut-il à son tour, avoir un développement normal ?

I.2.2 Facteurs influençant le développement

Le développement humain suit un processus selon les différents âges, comme précédemment détaillé. Les grandes lignes de ce processus subissent parfois des modifications, transformant ainsi l'évolution « normale » de l'individu (49). Ces modifications sont dues à de nombreux déterminants comme le montre le schéma ci-dessous (figure 6). Nous allons ainsi décrire plus en détails certains de ces facteurs.

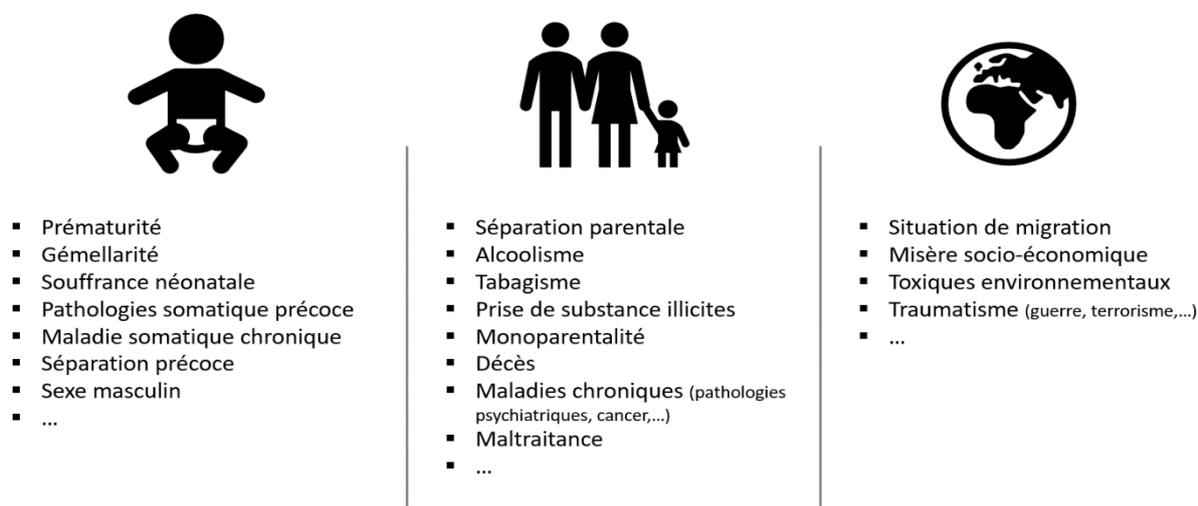


Figure 6 : *Facteurs propres à l'enfant, la famille ou la société influençant le développement des individus (70).*

I.2.2.1 Facteurs de société

I.2.2.1.1 Facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques, tels que la **précarité**, influent le développement à toutes les étapes de la vie. L'enfant, dès le ventre de sa mère et jusqu'à ce qu'il soit adulte sera victime de la précarité de ses parents (71). En sociologie, la précarité est définie par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » (72). Ainsi, les mères précaires, c'est-à-dire sans logement, sans revenus, sans conjoint, sans travail, voire sans papier ou même analphabètes sont en grande insécurité, ce qui est facteur de stress (73). Il a d'ailleurs été démontré que les mères plus aisées subissaient moins de problèmes que les mères aux conditions de vie défavorisées (74).

On observe tout d'abord, qu'une grossesse en situation de précarité, est à risque majeur de **retard de croissance *in utero***, ainsi qu'un taux plus élevé d'**accouchement prématuré** (73).

L'enfant est aussi impacté d'un point de vue du **développement psychique** (apprentissage) et **physique** (santé).

Au cours de l'enfance, et dès son plus jeune âge, le jeu est indispensable au développement cérébral de l'enfant. Les jouets sonores, les livres, les tapis éducatifs sont essentiels à son éveil et à ses apprentissages (50). Dans le cas des familles défavorisées, qui ont moins de ressources, l'accès pour l'enfant à ces activités est diminué. L'enfant a donc moins d'opportunités d'apprendre et de développer de nouvelles capacités. Le phénomène est le même pour les activités extérieures comme les visites de musées ou les voyages qui sont peu réalisables chez ces familles (74).

De plus, comparé à la population générale, on remarque un taux plus important d'altération des compétences en matière d'écriture, de lecture, de calculs ou d'éloquence verbale chez des enfants vivant dans la précarité.

Des troubles comportementaux et émotionnels sont aussi visualisés, ainsi qu'une fréquence plus importante d'altercations avec d'autres enfants (74).

Enfin, le manque de revenu implique un risque plus important de malnutrition, perturbant la santé de l'enfant (47). Un taux supérieur de crises d'asthme (75), de retard de croissance et une admission plus fréquente à l'hôpital sont observés dans ces situations (47).

En plus de la santé physique, la précarité familiale altère aussi la santé psychologique de l'enfant. Une étude française de 2003 compare la santé mentale de 2 groupes socio-économiquement différents d'enfants de 6 à 10 ans. Le premier groupe est constitué d'enfants dits « tout-venant », dont la majorité viennent de milieux favorisés ou intermédiaires. Le deuxième groupe est caractérisé comme socio-économiquement défavorisé, avec des parents précaires. Les résultats montrent que les enfants en situation de précarité ont plus de troubles psychologiques que les enfants favorisés à type de phobies, angoisses de séparation, anxiété généralisée, dépression, hyperactivité et troubles de conduites (76).

A l'adolescence, période de construction sexuelle, la précarité est propice à l'expérimentation de **pratiques sexuelles à risque**. Cette situation rend la prostitution, les relations sexuelles non protégées, la multiplication des partenaires sexuels bien plus fréquentes que chez les adolescents non précaires (77). Par ailleurs, comme précédemment vu, l'adolescence est une période d'entrée dans les addictions. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce comportement délétère pour la santé, est rencontré de façon plus importante chez les adolescents de familles favorisées. La consommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis est plus fréquemment répandue chez les jeunes au niveau économique élevé (78).

Vivre son enfance dans une famille précaire engendre aussi des répercussions à l'âge adulte. Un **stress chronique** a été mis en évidence chez des adultes ayant vécu une enfance avec un faible niveau socio-économique. Naturellement, cette adaptation au stress engendre une santé globale bien moins bonne que la moyenne des individus non soumis au stress (71).

I.2.2.1.2 Facteurs environnementaux

L'exposition à certaines substances de l'environnement a des conséquences néfastes sur le développement humain à tous âges (79).

La **pollution atmosphérique**, telle que les pesticides ou les métaux lourds présents dans l'air, affectent notamment les femmes enceintes et leur fœtus. L'exposition maternelle à ces fines particules induit des troubles cardiovasculaires, respiratoires et inflammatoires, ce qui compromet sa santé, et celle de son enfant. Ces particules peuvent passer la barrière placentaire augmentant le risque de **prématurité**, de **faible poids à la naissance**, de **retard de croissance *in utero***, ou de **mort foetale**. De plus, les perturbateurs endocriniens et les expositions chimiques aux solvants ou biologiques telles que le virus Zika, pendant la grossesse, entraînent aussi un risque

plus élevé de **malformations congénitales** (80). L'exposition prénatale à ces substances volatiles, comme les pesticides, a aussi des conséquences futures après la naissance, avec un risque plus important **d'asthme**, de **leucémie** chez l'enfant ou de **troubles métaboliques** tels que le diabète ou de ménopause précoce chez l'adulte (80).

L'exposition aux **métaux lourds**, tel que le plomb nuit, du fait de sa neurotoxicité (81), au bon développement cognitif de l'enfant en provoquant des **problèmes comportementaux et neurologiques** (47). L'exposition, à d'autres métaux lourds, tel que l'arsenic, le cadmium, le chrome, le mercure ou l'étain engendrent des troubles de santé divers et variés, comme des **problèmes rénaux, neurologiques, immunitaires, de reproduction, ou cancérigènes** chez les enfants, adolescents et adultes (81).

I.2.2.2 Facteurs familiaux

I.2.2.2.1 Famille monoparentale

Une famille monoparentale inclut un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires (82). Ce type de famille est la conséquence d'une désunion entre 2 êtres ayant conçu un ou plusieurs enfants. L'éclatement de la famille peut être source de mal être et de troubles chez l'enfant et l'adolescent (83).

En effet, cette période est caractérisée par des **conflits parentaux**, source d'**anxiété** ou d'angoisse chez les enfants (83) (84).

Puis vient la rupture, proprement dite, qui cause la **séparation de l'enfant avec l'un de ses 2 parents**. Dans le cas où il est sous la garde majoritaire d'un des parents, il se liera d'autant plus à cet être, qu'il le considèrera comme la dernière personne lui restant. Ainsi, l'enfant/adolescent apportera à son parent une aide matérielle et des sentiments affectifs parfois excessifs. Ce surinvestissement peut nuire à son bon développement (83). A l'inverse, il est démontré que les pratiques d'éducation des mères variaient selon leur statut amoureux (célibataire ou non). En effet, les mères célibataires ont une tendance à adopter des comportements de rejet et de contrôle envers leurs adolescents. On rencontre donc plus souvent des troubles psychopathologiques à type **d'extériorisation** et des **symptômes dépressifs** chez des adolescents vivant avec une mère célibataire (85).

Enfin, l'entrée dans la monoparentalité entraîne un **nouveau mode de vie** et une possible précarité ayant des conséquences développementales chez l'enfant et l'adolescent (83). La recomposition familiale est aussi fréquente, ce qui rend

l'adaptation difficile dans 15 à 20 % des cas chez les tout-petits (50). Ce changement familial est aussi une phase complexe pour les enfants/adolescents qui se sentent perdus dans ces transformations familiales, sans forcément trouver leur place (83).

I.2.2.2.2 La maltraitance

Selon l'OMS, la maltraitance d'enfant correspond à de la violence et de la négligence dirigées envers des individus de moins de 18 ans, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. La maltraitance comprend la violence physique, sexuelle, psychologique, l'exploitation commerciale ou autre, et le traitement négligent (86). Ces actes auront des répercussions sur la santé physique et mentale des individus, d'autant plus que ce traumatisme est vécu tôt dans la vie de la personne (87) (88).

La maltraitance infantile provoque un **stress intense**, perturbant le développement précoce du cerveau de l'enfant (86). Une altération des structures cérébrales est visualisée chez l'enfant maltraité. Ces modifications affectent ainsi ses fonctions cognitives et ses capacités d'apprentissage. Les enfants maltraités ont un risque plus élevé de présenter des **retards intellectuels**, une **baisse de performance motrice**, et des habiletés en lecture et mathématiques amoindries (88). Le **développement du système nerveux** de l'enfant est donc **troublé** tout comme son système immunitaire (86). En effet, l'excès de stress provoque un dérèglement de l'axe hypothalamo-surrénalien modifiant les libérations de cortisol, affectant ainsi les structures cérébrales comme l'hippocampe. De ce fait, lors d'une situation de stress, le dérèglement de la production de cortisol va affecter le comportement de l'enfant. Celui-ci présentera lors d'un événement stressant des **réactions émotionnelles intenses**, comme une agitation importante, ou au contraire une inhibition en restant figé. Ces réponses émotionnelles ne sont pas adaptées, et auront des conséquences sur la santé mentale et le fonctionnement social de l'enfant (88).

Chez l'adolescent victime de maltraitance pendant l'enfance, un risque augmenté de **tentatives de suicide** est observé (88).

La maltraitance infantile a aussi des conséquences à l'âge adulte. Ceux-ci seront plus sujets à des troubles comportementaux psychiques ou physiques tels que des **dépressions**, des comportements sexuels à risque, l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'obésité. Ces **comportements à risque** favorisent ainsi de possibles pathologies

cardiaques, cancers, maladies sexuellement transmissibles... (86). Une étude québécoise de 2008 a pu mettre en évidence que les adultes ayant subi des violences sexuelles et psychologiques durant l'enfance avaient un risque élevé de subir un stress post-traumatique (89). L'effet de stress post-traumatique est caractérisé par trois signes (90) : un **syndrome de répétition** : le sujet revit sans cesse son traumatisme, en fait des cauchemars ; **une manifestation d'évitement** : sensation de détachement envers sa vie, diminution de l'intérêt porté à des événements divers, volonté de ne pas faire des choses ou ne pas aller à un lieu en particulier s'il y a un lien avec le traumatisme, sentiment d'avenir perdu ; **une hyperréactivité neurodégénérative** : difficultés d'endormissement, difficultés de concentration, irritabilité, accès de colère,... Dans cette même étude québécoise, les femmes victimes de violence sexuelle et physique auraient plus de **troubles de santé physique et de détresse psychologique**, que les femmes non maltraitées. Les hommes, quant à eux, présenteraient un risque supérieur de connaître une détresse psychologique s'ils ont subi des violences psychologiques et physiques, durant l'enfance (89).

I.2.2.2.3 Séparation – placement

La séparation avec un parent, qu'elle soit causée par le placement dans une institution, ou l'absence d'un des parents suite à un divorce, une hospitalisation, un décès... est un **traumatisme** pour l'enfant. En effet, la rupture de liens avec son parent entraîne des comportements négatifs chez l'enfant, tels qu'une perte de l'estime de soi, une peur de l'abandon, de la culpabilité... caractéristiques des troubles de l'attachement (91). Ce lien d'attachement est d'une importance capitale dans le développement de l'enfant, ainsi la séparation et ses conséquences auront des effets sur la qualité de vie de l'individu (92). La théorie de l'attachement et ses possibles troubles seront définis dans une partie dédiée à cet effet.

I.2.2.2.4 Facteurs liés à la mère

La mère a un lien unique avec son enfant, ce qui lui permet d'influencer le développement de son enfant.

Une femme atteinte d'une **maladie** ou infectée pendant la grossesse procure un risque sur le bébé *in utero*, et même après. C'est le cas notamment du syndrome d'immunodéficience acquise causé par le VIH, qui peut être transmis à l'enfant si la mère en est atteinte. D'autres infections telles que la toxoplasmose, la rubéole ou un diabète gestationnel mal contrôlé peuvent entraîner des **anomalies congénitales** à type de surdité, cécité, troubles neurologiques... (47).

Concernant la santé mentale de la mère, il ne faut pas minimaliser son **stress** pendant la grossesse, car il engendre des troubles sur le bébé, d'autant plus si elle est anxieuse lors de son 3^{ème} trimestre de grossesse (93). Les conséquences de ce stress prénatal seront décrites dans une partie ultérieure.

Le développement prénatal de l'enfant peut aussi être affecté par **l'âge** de sa mère. Être mère à des âge extrêmes, c'est-à-dire à l'adolescence ou après 50 ans conduit à un risque de prématurité, de faible poids ou de mort à la naissance (47).

L'alimentation de la mère pendant la grossesse peut aussi avoir des conséquences. Des carences alimentaires lors du premier ou deuxième trimestre pourraient nuire au bon développement cérébral de l'enfant et provoquer des troubles psychologiques à l'âge adulte. Une bonne alimentation avant et pendant la grossesse fait partie des facteurs protecteurs concernant la future santé de l'enfant. Ainsi, depuis quelques années, une supplémentation en acide folique, vitamine B retrouvée dans les fruits, est recommandée chez les femmes enceintes pour éviter de possibles malformations du tube neural (47).

Le **niveau d'étude** de la mère est corrélé à la réussite de l'enfant. Un niveau de scolarité élevé de la mère est associé à de meilleurs résultats scolaires chez son enfant (94).

La **prise de substances** illicites ou licites (alcool, tabac, drogues) pendant la grossesse a un effet malformatif et un risque de troubles comportementaux et développementaux à des âges plus avancés. La prise de **médicament** doit aussi être surveillée chez ces femmes, car ils peuvent entraîner de graves malformations, ce qui contre-indique l'administration de certains médicaments pendant la grossesse, dont des psychotropes (47).

D'autres facteurs peuvent avoir de l'influence sur le développement psychopathologique de l'enfant (70), comme un enfant ayant un parent présentant une pathologie psychiatrique, dont nous verrons précisément les conséquences en seconde partie.

Le développement psychique, physique, social, sexuel... n'est pas identique chez tous les enfants. De nombreuses causes peuvent modifier, dès leur naissance des paramètres de leur développement « normal », pouvant induire des troubles à tout moment de leur vie. La société, tout comme la famille a un grand rôle à jouer dans le processus développemental de l'individu. L'enfant né d'une mère psychotique a-t-il plus de risques à l'apparition de troubles du fait de la maladie de sa mère, et de possibles facteurs cumulés ?

I.3 Mères psychotiques et parentalité

Cette partie a pour objectif de définir la parentalité et l'entrée en maternité de toutes femmes, de décrire l'importance du lien mère-enfant et d'introduire les premiers problèmes que rencontre la femme psychotique dans sa quête de maternité.

I.3.1 Concept de parentalité

I.3.1.1 Définitions

C'est le psychiatre français Paul-Claude Racamier, qui au début des années 60, introduit le terme de parentalité (95), traduction de « parenthood », formule développée par Thérèse Benedeck en 1959, psychanalyste américaine (96). Ainsi il en définit la **parentalité** comme un processus psychologique, principalement inconscient, conduisant à rendre possible pour le sujet : l'expérience, l'exercice et la pratique du statut de parent (95). En 1985, des docteurs en psychiatrie, dont Serge Stoléru, parlent de la parentalité comme un **processus psychique** qui correspond à un ensemble de représentations mentales, d'affects, de souvenirs et de comportements qui se rapportent à l'enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu lors de la grossesse ou né (97).

D'un point de vue psychanalytique, la parentalité fait partie du processus de **développement psycho-affectif** de l'individu. C'est à la suite d'une maturation psychique, que l'individu pourra répondre à la fonction parentale (96). En effet, la parentalité débute bien avant le désir d'avoir un enfant (97). Ce processus dynamique se construit inconsciemment dès l'enfance, devient actif à l'adolescence grâce à la stimulation de facteurs physiologiques, puis se réactive et s'actualise lors de la naissance de l'enfant (96). Cela explique notamment, que l'on ne nait pas parent, mais qu'on le devient (98), et que ce processus ne s'arrête pas à la naissance de l'enfant, mais persiste toute la vie (95).

De la même façon, le désir d'enfant serait ancré dans le développement de l'individu (96).

I.3.1.2 Devenir mère, processus de parentalité

Le devenir mère passe par plusieurs phases, c'est ce que l'on nomme le processus de parentalité. Ainsi le désir d'enfant, la conception, la grossesse, l'accouchement et l'éducation en font partie (97).

I.3.1.2.1 Désir d'enfant

Pour être mère et concevoir un enfant, la femme subit dès l'enfance une maturation préalable, par étape, qui est indispensable, et qui a pour origine inconscient le désir d'avoir un enfant (99).

Le désir d'enfant pour une femme fait intervenir des facteurs individuels tels que la **recherche d'un lien originel avec sa mère**. La grossesse permet donc à la femme de s'identifier à sa propre mère et d'avoir le sentiment de retrouver sa mère du début, qui lui apporta l'amour et la vie, et sans qui elle n'aurait pu survivre. Ainsi, en enfantant, la femme devient mère à son tour, et règle sa dette à l'égard de sa propre mère.

Le deuxième facteur de désir de grossesse est identifié par Freud, qui explique que le désir d'enfanter proviendrait du **désir œdipien** de la petite fille de vouloir un enfant de son père (100). Ne pouvant obtenir du père, l'amour sexuel (via le pénis) désiré, la femme recevrait en contrepartie, plus tard, un enfant représentant un cadeau de son père. Le nouveau-né résulterait donc inconsciemment d'un désir œdipien de petite fille.

Le troisième facteur intervenant chez la femme est la **rencontre adéquate de l'amour sexuel**, avec un homme qui résulte des 2 précédents amours de celle-ci, c'est à dire sa mère et son père (99). Le désir d'enfant, lorsque celui-ci est normal, doit donc aussi passer par un **désir sexuel**. Le souhait d'avoir un enfant doit être formulé chez un couple dont la mise en place de leur sexualité s'est faite convenablement, c'est-à-dire dont l'origine de la mise au monde d'un enfant proviendrait avant tout d'un désir sexuel l'un pour l'autre. Le désir d'enfant ne doit donc pas être une simple « demande d'enfant » indépendamment du désir éprouvé l'un envers l'autre. Ce sont souvent des adolescentes en rupture avec leur famille ou des femmes avec des difficultés psychiques qui formulent ces demandes d'enfants (101).

I.3.1.2.2 Parentalité et grossesse

Certains auteurs décrivent la grossesse comme une **crise**, dite **maturative** (95) (97). Semblable à la crise survenant à l'adolescence (95), la grossesse est une période de bouleversement hormonal, de modifications psychosociales, de mode de vie, et de

transformations corporelles aboutissant à une vulnérabilité physique et émotionnelle (99). Ces modifications auront donc un impact sur l'équilibre psychique de la femme enceinte (95) (99). La grossesse, faisant partie du développement psychoaffectif de la femme (95), peut se voir totalement désorganisé même chez des femmes dites « normales » avant leur grossesse (97).

En effet, on observera dans un premier temps, une **mise à l'épreuve des fondements identificatoires** de la femme enceinte (113). Les transformations corporelles, inhérentes à la grossesse, peuvent modifier l'image que la femme a de son corps (95), remettant en question la représentation qu'elle se fait d'elle-même (100). Par conséquent, à cette période, l'identité de la femme peut devenir fragile et oscillante (95). Ainsi, même désirée, la grossesse peut être une étape difficile à accepter pour toutes femmes, du fait de remises en question, de doutes et de questionnements identitaires (99).

Parallèlement, la grossesse est une étape de **réactivation de traumatismes anciens**, œdipiens ou autres (102). Lors de cette période, on peut donc voir s'ouvrir et être révélées des blessures gardées jusque-là, se manifestant par des troubles psychiques en post-partum (97). Mais cela ne s'exprime que chez les femmes dont les traumatismes infantiles non pas été réglés (98).

La crise maturative de la grossesse met donc en jeu l'équilibre psychique de la future mère (97). Les changements biologiques, psychosociaux et psychodynamiques de la grossesse, sources de stress, rendent aussi possible la survenue de **troubles psychiques en post-partum** (103).

I.3.1.2.3 Parentalité et fonctions maternelles

La fonction maternelle se met en place dès la grossesse, mais ce ne sera qu'après la naissance, que la femme pourra réellement s'identifier en tant que mère et répondre à ses obligations qui lui sont propres (104).

Pour que la femme s'identifie vraiment à son statut de mère, elle devra être présente pour son bébé et réaliser ces trois fonctions maternelles :

- Elle devra apporter à son enfant des **soins compétents** pour corriger son immaturité biologique (104). Ces soins sont notamment nécessaires dès les premiers jours de sa vie, indispensable à la survie de son nouveau-né (105).
- Elle devra **apporter de l'amour** à son enfant créant un lien fusionnel entre elle et son nouveau-né, spécifique de la fonction de maternelle (104)
- Elle devra réussir à **se sevrer** petit à petit de sa fusion envers son bébé, laissant aussi plus de place à la fonction paternelle (104).

La mère devra donc **investir son enfant** pour répondre aux fonctions générales de parenté (105). Ces obligations seront essentielles pour le développement de l'enfant, qui lui permettront de grandir, de s'épanouir, et de se reproduire (95).

Bien avant la venue au monde de l'enfant, le désir d'enfanter et la grossesse font déjà partie du processus de parentalité de la mère. Ces deux étapes sont sous l'influence du psychisme maternelle et de la qualité de son développement psychosexuel, mis en place lors de son enfance. Chez une femme dite « normale » avant la grossesse, des troubles du post-partum peuvent être révélés. Ainsi, y aurait-il un risque majoré aux troubles psychiques du post-partum chez une femme déjà atteinte de psychoses ? De plus, une femme atteinte de troubles psychotiques sera-t-elle en mesure de répondre convenablement aux fonctions maternelles ?

I.3.2 Lien mère-enfant

Une fois le processus de parentalité débuté, et le désir de devenir mère exaucé par la naissance, un lien se crée ou se confirme entre la mère et son enfant. Ce lien est unique, et s'exprime déjà très tôt, dès la grossesse, avant la venue au monde du bébé. Précédemment nous avons pu prouver qu'un lien existait avec les interactions précoces visibles dès les phases *in utero*. Ce lien actif et durable est décrit sous le nom de **lien d'attachement** (106).

I.3.2.1 Concept de l'attachement

Le concept de la théorie de l'attachement débute en Europe par Himre Herman qui considère que les hommes ont un besoin primaire d'attachement, en prenant comme modèle celui des primates (107). Mais ce n'est qu'à partir de la moitié du XX^{ème} siècle que la théorie de l'attachement devient un concept clé, et est reconnue grâce au clinicien John Bowlby (108) (109).

Aujourd'hui, l'attachement est défini comme la **recherche d'une proximité physique ou psychologique** envers la personne à laquelle on est attaché, dans le but de réduire son stress (108) et **d'obtenir du réconfort et de la sécurité**, en cas de détresse (106). Plusieurs notions doivent être abordées pour expliquer plus précisément ce concept d'attachement.

I.3.2.1.1 Lien d'attachement

Le **lien d'attachement** est avant tout un lien de connexion émotionnel entre un être qui doit être protégé et un autre qui le protège (110). Les parents, bien qu'ils soient attachés à leur enfant du fait de leur amour et parce qu'ils se sentiraient désemparés s'il arrivait malheur à leur enfant ; ne sont pas attachés à cet être tel qu'il est entendu ici, car ils ne reçoivent pas de protection de la part de leur enfant (108). Ainsi, seul l'enfant est attaché à ses parents au sens de la théorie de l'attachement (110).

I.3.2.1.2 Figure d'attachement

La **figure d'attachement** est la personne qui s'investit dans une interaction sociale, durable et animée avec l'enfant, tout en répondant à ses appels et demandes (signaux et approches) (108). Ainsi, l'enfant orientera son comportement d'attachement vers cette personne (110). Cette figure est souvent un adulte qui prend soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, en étant présent de façon régulière et abondante dans sa vie et dont l'investissement émotionnel pour cet être est grand (108). Il peut exister plusieurs figures d'attachement, mais l'enfant les classe inconsciemment en fonction de la qualité et quantité des soins que ces personnes lui fournissent (108). L'enfant va donc s'attacher principalement, et de manière innée à la figure qui lui apporte le plus de sécurité (108) et qui répond au mieux à ses exigences de proximité (106). La mère étant le plus souvent présente dans les premiers temps, et surtout la nuit, ou dans les moments de stress pour le bébé, devient le plus souvent sa figure principale (108). Les figures primaires correspondent à celles qui se forment la première année de vie de l'enfant. Les figures d'attachement secondaires se créent au fil du temps (108).

I.3.2.1.3 Comportement d'attachement

Le lien d'attachement fait partie des besoins primaires de l'enfant, tout comme les autres fonctions vitales de l'organisme telles que la respiration, le fait de manger, boire ou dormir (111). Ainsi, de nombreux **comportements d'attachement** de la part de la mère et du bébé vont opérer pour permettre ce lien.

Dès la naissance, on peut observer que le bébé a un comportement d'attachement (110) car il recherche la proximité avec sa mère (106). Il va pleurer ou crier pour l'attirer (108) et obtenir du réconfort et de l'aide lorsqu'il est dans un état de détresse ou d'alarme (106). Ce sont des comportements dits aversifs (110). A l'inverse, le bébé utilise des comportements de signalisation comme le sourire ou le babillage pour montrer à sa mère que les interactions qu'elle effectue avec lui sont

plaisantes (110), et qu'il souhaite maintenir la proximité avec elle (108). Une réponse maternelle efficace et rapide aux demandes de l'enfant, va diminuer les comportements aversifs de celui-ci et augmenter les comportements de signalisation. Ces moments de plaisirs amplifiés entre la mère et l'enfant ont un rôle bénéfique dans la qualité du développement psychologique du bébé (108).

Les comportements de soins physiques et affectifs que la mère procure (112) pour répondre aux besoins de proximité et de réconfort de son bébé (108), sont appelés « caregiving ». Ces comportements d'attachement maternel sont facilités par la libération lors de la grossesse, d'une hormone nommée l'ocytocine. Celle-ci facilite l'attachement de la mère à son fœtus et aide à la mise en place du lien entre elle et son enfant dès la naissance (108). Le « caregiving » qui correspond au fait de répondre aux besoins de l'enfant, fait suite au « bonding ». Cette phase débute à la naissance et dure de quelques heures à quelques jours, et donne la sensation d'avoir un lien spécial avec le bébé, et des sentiments chaleureux envers lui naissent à cette phase. A la naissance, le peau à peau immédiat entre la mère et le bébé facilite le développement du « bonding », qui aide à son tour l'installation des comportements d'attachement maternel (106). En parallèle, chez la mère, les zones du cerveau qui émettent des émotions négatives comme la colère, la peur ou la tristesse sont désactivées renforçant ainsi le « caregiving » (106). Les buts ultimes des comportements de la mère sont donc la protection et le maintien d'une proximité physique et psychologique avec son enfant lorsqu'elle voit qu'il est en danger (112).

I.3.2.2 Evolution de l'attachement aux différents âges

I.3.2.2.1 Attachement chez l'enfant de 0 à 12 ans

La relation d'attachement entre un bébé et ses différentes figures d'attachement suit plusieurs phases, et se construit donc en plusieurs mois (108).

La **première étape** du processus d'attachement débute à la naissance et se poursuit jusqu'à l'âge de 3 mois (106). Dès la naissance, pour satisfaire à son besoin de contact (106), le nourrisson utilise des comportements d'attachement pour attirer les personnes qui s'approchent de lui (113). Mais à ce stade, les comportements aversifs et de signalisation du bébé ne sont pas encore orientés vers une figure d'attachement en particulier. Cette étape est donc l'émission de signaux par le bébé envers des adultes, sans qu'il n'existe encore le terme de figure d'attachement (113).

La **seconde phase**, entre 3 et 6 mois, se caractérise par l'orientation des comportements d'attachement de l'enfant vers une ou plusieurs figures précises (113).

Précédemment, nous avons vu qu'à ces âges, l'enfant avait la capacité de reconnaître les objets et personnes familières. Ainsi, l'enfant dirigera ses comportements d'attachement plutôt vers des personnes connues que vers des étrangers (106). Si les réponses et soins que procurent ses figures familières sont adéquates et de bonne qualité, l'enfant orientera encore plus ses comportements vers ces personnes, et elles deviendront des figures d'attachement, à proprement parlé (113). On voit notamment que les enfants suivent préférentiellement du regard leur figure d'attachement principal, et leur sourient davantage (108).

La **troisième phase** débute vers les 6-9 mois de l'enfant et se termine au début des 3 ans (106). L'évolution de son développement moteur, cognitif et social va augmenter les capacités de signalement de l'enfant, ce qui entretiendra la proximité avec sa figure d'attachement (113). En effet, vers 1 an, l'acquisition de la marche lui permet de se diriger vers sa mère pour des retrouvailles, ou en cas de détresse (108). Il peut la suivre et acquiert ainsi un contrôle de proximité (113). Parallèlement, l'enfant va explorer les alentours, ce qui va l'éloigner de sa mère. Lorsqu'il éprouvera de la crainte, ou qu'il se sentira trop éloigné d'elle, l'enfant se redirigera vers elle pour s'apaiser, puis repartira à la découverte (106). Si la mère est prudente et soucieuse des explorations de son enfant, celui-ci s'éloignera plus facilement d'elle, ce qui lui donnera confiance en lui (108). Mais le fait qu'il recherche toujours la proximité avec sa mère, l'empêche d'aller trop loin et de se perdre, ce qui est donc un facteur protecteur pour l'enfant. Ce phénomène montre que la mère est une base de sécurité pour l'enfant (106), signe d'un attachement de qualité entre mère et enfant (113).

La **quatrième phase**, entre 2-3 ans et 4-5 ans est conditionnée tout comme la troisième phase, aux progrès de l'enfant. Le fait que l'enfant parle avec plus de facilité, modifie ses comportements d'attachement. En effet, il peut dialoguer avec ses figures d'attachement, et n'est plus obligé de pleurer ou crier pour interagir avec son entourage. De plus l'acquisition de nouvelles performances cognitives lui permettent de mieux se représenter le phénomène de séparation, et donc de mieux l'accepter (113).

De **4 à 12 ans**, l'enfant est dans une période de développement social et scolaire, ce qui l'éloigne de l'environnement familial. Il va créer des relations avec d'autres adultes, ce qui fera apparaître, dans la vie de l'enfant, de nouvelles figures d'attachement comme des professeurs ou des membres plus éloignés de la famille. Tout comme la mère, ces personnes ont un rôle de sécurité, en répondant aux besoins d'apaisement de l'enfant lorsqu'il est en détresse. Parallèlement, le besoin de proximité physique de celui-ci avec la mère est de moins en moins fréquent et urgent.

Il supportera notamment une séparation beaucoup plus longue avec elle. Ses comportements d'attachement sont aussi modifiés, et dans certains cas, seul un regard sécurisant de la mère peut suffire à apaiser l'enfant, sans qu'il ressente le besoin d'un réel rapprochement (113).

1 ^{ère} phase 0-3 mois	2 ^{ème} phase 3-6 mois	3 ^{ème} phase 6-9 mois à 3 ans	4 ^{ème} phase 3-5 ans	4-12 ans
Création d'un lien d'attachement : Emission de signaux de besoins envers n'importe quelle personne	Création des figures d'attachement à proprement parlé : Orientation des signaux vers une figure connue	Ouverture vers l'environnement : Exploration de l'environnement tout en cherchant la sécurité maternelle	Amélioration des comportements d'attachement : Acquisition du langage améliorant la communication des besoins	Distance avec leurs principales figures d'attachement et création de nouvelles relations : Diminution du besoin de proximité maternelle, mais création de nouvelles figures d'attachement extérieures à la famille

Figure 7 : Schéma récapitulatif de l'évolution de l'attachement chez l'enfant de 0 à 12 ans.

I.3.2.2 Attachement chez l'adolescent

L'adolescence, comme précédemment montré, est une étape importante dans la construction de l'individu. Cette phase est marquée par de nombreuses modifications internes, et l'apparition de nouvelles capacités cognitives qui vont impacter les comportements d'attachement de l'adolescent (114).

L'un des changements observés lors de cette période est la volonté pour l'adolescent d'acquérir une indépendance vis-à-vis de ses parents, figures d'attachement. Ce désir d'indépendance va créer une **distance émotionnelle positive** entre la mère et l'adolescent. Ce dernier pourra ainsi réévaluer la nature de sa relation avec celle-ci (114). Au cours de son autonomie, l'adolescent va aussi davantage se différencier de ses parents (114) (115), ce qui lui permettra de **s'identifier personnellement** comme un être indépendant et différent **des personnes qui ont un lien d'attachement avec lui, telles que sa mère** (114). Il sera ainsi capable de prendre en compte son propre point de vue, différemment de celui de sa mère (115).

L'adolescence est aussi marquée par l'acquisition d'un plus grand nombre de relations amicales et amoureuses, corrélée avec le désir sexuel qui augmente à cet âge. Lorsque les relations amicales ou amoureuses entre 2 sujets coexistent depuis longtemps, on voit apparaître de nouveaux liens d'attachement. En effet, les sujets deviennent des figures d'attachement entre eux, apportant soutien et attention à l'un

et à l'autre. Cela en fait une **relation d'attachement symétrique**, à l'inverse de la relation asymétrique protectrice entre parent et enfant. C'est l'apparition de nouvelles capacités cognitives, qui à l'adolescence, leur permet de développer des aptitudes les aidant à devenir une figure d'attachement. Les adolescents, en devenant des figures d'attachement entre eux, gardent ainsi une relation d'attachement, tout en maintenant l'autonomie souhaitée envers les parents. Ainsi, on remarque que l'adolescence est une **période de transfert de relation d'attachement** (114).

I.3.2.2.3 Attachement chez l'adulte

Le concept d'attachement est aussi retrouvé chez l'adulte, car malgré l'âge avancé, l'individu est toujours à la recherche de sécurité.

Chez l'adulte, la relation d'attachement est un **lien durable et affectif** où chacun considère l'autre comme unique, non interchangeable, et dont le souhait est de rester proche. Cette relation est dite réciproque. Chacune des personnes joue pour l'autre le rôle de figure d'attachement et chacun est donneur et receveur de sécurité, de soutien et d'attention. Ainsi l'attachement chez l'adulte permet le maintien et le renforcement de relations entre adultes, ce qui aurait un rôle dans la survie de l'espèce (116).

Ce qui caractérise le **comportement d'attachement chez les adultes**, est le fait que lors de situations stressantes, l'individu a besoin du contact physique de sa figure d'attachement. Cependant, le reste du temps, celui-ci est réconforté rien qu'en sachant que sa figure d'attachement peut être disponible si besoin (116).

A l'âge adulte, l'individu peut avoir entre 3 à 6 **figures d'attachement** qui sont le plus souvent le partenaire amoureux s'il existe, les parents, des amis et des membres de la fratrie. Ainsi, l'individu pourra solliciter une de ses figures d'attachement en fonction de la nature de la situation stressante, ou de la forme du soutien souhaité. L'adulte a donc toujours un lien d'attachement avec sa mère, et qui persistera tout au long de sa vie, comme en témoigne les réactions lors de la perte de celle-ci. Cependant, du fait de l'apparition de nouvelles figures dans la vie de l'enfant, la place de la mère dans la hiérarchie des figures d'attachement change. Puis plus tard, on observe que l'enfant devient le protecteur de sa mère lorsqu'elle devient malade ou qu'elle parvient à un âge avancé (116).

I.3.2.3 Différents types d'attachement et conséquences

La mère peut entretenir avec son enfant différentes formes de relation d'attachement, aux répercussions positives ou négatives sur la psychologie future de l'enfant (50). C'est à partir de l'âge de 1 an, que l'on peut identifier le style d'attachement de l'enfant. Il existe trois types d'attachement, dépendant de la qualité de la relation d'attachement entre la mère et son enfant : l'attachement sécure, insécure et désorganisé (108) .

I.3.2.3.1 Attachement sécure

L'attachement sécure est le premier type qui est le plus fréquent chez des enfants dits de population « normale » (108).

Dans ce cas, l'enfant bénéficie d'une **relation de qualité** avec sa figure d'attachement, qui aboutit à des réponses rapides, effectives et adaptées à ses signaux de stress. La mère est donc sensible aux besoins de son enfant, et corrige ses erreurs lorsqu'elle se rend compte que ses attentions ne sont pas adaptées aux demandes de l'enfant. Ainsi, l'enfant va se rapprocher davantage de sa mère en cas de détresse (108), et partager ses émotions avec elle (117). Chez l'adolescent ou le jeune adulte, on peut dire que l'individu a un attachement sécure lorsqu'il a une plus grande objectivité, ouverture et souplesse d'esprit pour évaluer ses relations d'attachement du passé (114).

Les enfants ont de nombreux avantages à connaître une relation d'attachement sécure pour leur vie future. Le fait que l'enfant se sente aimé et sécurisé lui donne une **perception positive de lui-même** et des autres, ce qui l'aidera à s'intéresser au monde extérieur (50). Ainsi ces enfants développent plus facilement des **compétences sociales** telles que l'empathie (108) ou la coopération envers les autres, ce qui leur permettra de créer des relations sociales solides avec leurs pairs. Ainsi, une fois adulte, l'individu aura plus de chance de former des relations amoureuses saines et de connaître une satisfaction dans le monde professionnel. Un attachement solide permet aussi l'acquisition d'**habilités motrices et intellectuelles** avec plus de facilité. De plus, il aura de plus grandes compétences pour s'adapter aux divers évènements de la vie car il se sentira soutenu par ses figures d'attachement (50).

I.3.2.3.2 Attachement inséure

L'**attachement inséure** est employé pour un enfant qui n'a pas reçu, de la part de sa mère, la meilleure réponse possible à ses attentes. De ce fait, l'enfant va modifier ses signaux de détresse pour obtenir une satisfaction à son besoin de réconfort. Les enfants mettront ainsi en place 2 types de stratégie lors d'un stress (108).

On parle d'attachement inséure **évitant** lorsque l'enfant **inhibe ses réactions émotionnelles**. Cette défense est mise en place lorsque la mère demande à son enfant de ne pas faire appel à elle lorsqu'il est en état de détresse (108). C'est le cas aussi lorsque l'enfant ne peut pas faire appel à sa mère, en cas de séjours prolongés en institution (61). L'enfant va donc inconsciemment internaliser ses réactions malgré un stress intense. Dans ce cas, le comportement de l'enfant se traduit par un évitement et une ignorance envers la mère, lorsqu'ils se réunissent. De plus l'enfant ne montre pas de détresse lorsqu'il se sépare d'elle et n'est pas non plus sensible à son retour. Dans le futur, ces enfants auront plus de mal à faire confiance, et auront moins de compétences sociales pour établir des relations affectives (108).

A l'inverse, les enfants peuvent accroître l'intensité de leurs demandes de réconfort pour augmenter leur chance d'être proche de leur mère. On parle alors d'attachement inséure **ambivalent**. L'enfant réagit comme cela lorsque sa mère a répondu à sa détresse par des **comportements inattendus**. Si de manière répétée, elle est imprévisible dans ses actes, en étant parfois sensible aux besoins de son enfant, parfois agacée, l'enfant répond à cela par des réactions émotionnelles maximales. Ces enfants vivent encore plus mal les séparations avec leurs mères, avec un stress plus intense et immédiat (108). Ils sont angoissés pour aller découvrir le monde extérieur (61), et lors du contact avec la mère, l'enfant mécontent va s'agripper à elle sans détachement possible (108). Adulte, ces personnes auront moins confiance aux autres et pourraient être colériques et générer des conflits difficiles à tempérer (113).

I.3.2.3.3 Attachement désorganisé

L'**attachement désorganisé** est le dernier type d'attachement, comprenant des situations inclassables. Dans ce groupe, les enfants ont tantôt des comportements d'attachement sécurés, et d'autres fois inséures. L'agissement de ces enfants est absurde, car ils recherchent en même temps la **proximité** et la **fuite** de leur mère. Ces situations sont retrouvées lorsque l'enfant, en réponse à son besoin de réconfort, obtient une réponse maternelle, volontaire ou non, de violence ou qui terrifie l'enfant. Ce sont souvent des enfants victimes ou témoins de violence, de sévices sexuels, de

comportements maternels anormaux comme la peur ou l'ignorance de son enfant (108). L'attachement désorganisé est lié à la survenue future de troubles du comportement internalisé et externalisé chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte (108).

L'attachement mère-enfant est nécessaire à la construction psychique et physique de l'enfant. Lorsque l'attachement est de mauvaise qualité c'est-à-dire qu'il n'est pas sécurisant pour l'enfant, de nombreuses conséquences seront visibles chez l'enfant dès sa naissance et jusqu'à l'âge adulte. Dans le cas d'une mère atteinte d'un trouble psychotique, quel type d'attachement pourrait-elle créer avec son enfant, et quelles en seraient les conséquences ?

I.3.3 Femmes psychotiques et désir d'enfant

I.3.3.1 Epidémiologie

La fécondité des femmes atteintes de schizophrénie augmente depuis les années 1960 (118). Il est notamment estimé que la moitié des femmes psychotiques ont des enfants (119). Ainsi, en France, on compte chaque année environ **5 000 naissances de femmes psychotiques** (120). Parmi ces enfants, 3 500 sont nés de femmes schizophrènes (121). Ces naissances rarement programmées, sont souvent découvertes plus tardivement que dans la population générale (103).

La **vie amoureuse** de la femme psychotique est souvent **instable** (103) et seulement 20 à 30% des femmes vivent avec un partenaire lors de leur grossesse (120). Dans 2 à 4% des cas, le conjoint présente aussi un trouble mental, à type de psychose, retard mental ou alcoolisme (120).

La grossesse peut aussi être le moment de survenue de la première manifestation de la psychose chez la femme, du fait de la corrélation entre l'âge de découverte de la schizophrénie (15-25 ans) et l'âge de la première grossesse (120).

I.3.3.2 Sexualité des femmes psychotiques

La sexualité et le désir est une part inhérente à chaque être vivant, il est donc important de prendre en compte ces besoins chez la femme psychotique (122).

Les études qui se sont intéressées à la sexualité des femmes atteintes de troubles psychotiques montrent que des dysfonctions sexuelles coexistent bien plus chez ces sujets, que dans la population générale (123) (124) (125) (126). De plus, mis à part les dysfonctionnements sexuels, les études montrent **une modification du comportement sexuel chez ces femmes, telle** que le désir, la satisfaction sexuelle,

l'activité sexuelle, l'orgasme, ou la stimulation sexuelle (127). Ainsi, on retrouve chez ces patientes :

- Une **baisse de l'activité sexuelle**, avec des rapports sexuels moins fréquents que dans la population générale (118) (122) (123) (124) (125).
- Un **manque de désir sexuel**, avec une diminution ou une perte de motivation et d'intérêt pour la sexualité (122) (123) (125) (127).
- Une **diminution de la satisfaction sexuelle, de l'atteinte de l'orgasme et de la stimulation** (123) (125) (127).
- Des **dysfonctionnements sexuels**, tels qu'une diminution de lubrification, ou d'érection et d'éjaculation chez les hommes (123) (127).

Les sujets psychotiques manquent d'informations et de connaissances en terme de sexualité, ce qui peut gêner leur santé sexuelle et altérer ainsi leur qualité de vie (125). De plus, les troubles sexuels peuvent être expliqués par la maladie en elle-même, mais les traitements psychotropes sont aussi impliqués dans ces perturbations sexuelles (128).

I.3.3.2.1 Impact de la maladie psychotique

La **clinique des maladies psychotiques** explique une partie des troubles sexuels. Une étude suisse de 2015 compare 18 femmes ayant une maladie appartenant aux troubles du spectre de la schizophrénie, selon la CIM-10, à 21 femmes sans pathologie psychiatrique. La moitié des femmes psychotiques ont déclaré que leur maladie avaient une influence sur leur vie sexuelle (123).

En effet les sujets schizophrènes ont des **problèmes sociaux et affectifs**, qui s'expriment par des troubles du contact et un retrait vis-à-vis des autres. Ces signes sont d'autant plus marqués lorsque le sujet présente une prédominance de symptômes négatifs (122). Ainsi, le manque de compétences sociales chez ces sujets psychotiques impacte les rencontres sexuelles, limitant donc le nombre de rapports sexuels (124). Le développement de relations sexuelles longues et durables est aussi compromis (128). De plus, il est retrouvé que les femmes psychotiques ont tendance à se négliger physiquement, ce qui peut être un frein aux relations sociales, voire sexuelles (123). En plus des carences sociales, on observe chez les schizophrènes des **déficiences cognitives**, caractérisées par un déficit de perception des émotions ou de perception sociale, influant le comportement sexuel et le désir de la femme (123).

D'autre part, il existe aussi des troubles sexuels lors de **décompensation psychotique**, à type de délires amoureux, d'obsessions sexuelles ou de

comportements inappropriés (122).

Enfin, la pathologie psychiatrique peut aussi induire des **troubles psychiques** de nature **sexuels**. En effet, l'identité sexuelle, c'est-à-dire le fait d'être reconnu comme appartenant à un sexe, peut être fragile chez les schizophrènes. C'est notamment le complexe d'Œdipe, qui dès l'enfance, permet ce processus identificatoire. Mais bien qu'existant chez les schizophrènes, le complexe d'Œdipe n'en est pas pour autant structurant. Ainsi, les identifications sexuelles secondaires passant par le processus Œdipien restent précaires, voire inimaginables chez certains sujets. En pratique, cela se visualise par le fait que les femmes n'arrivent pas toujours à caractériser une personne de féminin ou masculin, considérant le sujet comme asexué. De plus, une étude française de 2010 concernant l'identité sexuelle et la schizophrénie met en évidence la méconnaissance des femmes schizophrènes envers leur anatomie et physiologie. Elles définissent leur sexe comme « un trou sans fond, un possible lieu d'intrusion, source d'angoisse et de danger ». Une incompréhension vis-à-vis de l'analité (notion faisant partie intégrante de l'identité sexuelle) est aussi démontrée chez ces femmes. Enfin, le concept du féminin, qui se construit normalement sur l'identification maternelle, est altéré chez ces sujets. Les femmes ont des difficultés à se comparer à leur mère, avec un rejet de la figure maternelle ou un refus de s'identifier à elle. Ces observations montrent donc la fragilité identitaire sexuelle de ces femmes, provoquant notamment plus de comportements à risque (129).

Le mode de vie des patientes psychotiques, impliquant des **hospitalisations fréquentes voire chroniques**, peut aussi expliquer la désocialisation de ces femmes et donc le taux inférieur d'activités sexuelles comparé aux femmes non malades (124).

La maladie psychotique impacte donc la qualité de vie de la femme et notamment sa sexualité. D'une manière générale, il est donc plus compliqué pour ces femmes de trouver un partenaire et de créer une relation amoureuse et sexuelle stable et durable (126).

I.3.3.2.2 Impact des psychotropes

Les antipsychotiques, comme précédemment décrits, ont de nombreux effets indésirables. Parmi eux figurent des troubles sexuels (désir, orgasme, activité sexuelle) et des troubles des fonctions reproductives (aménorrhée, galactorrhée) (127). De même, il est observé une baisse de la fertilité et de la fécondité chez les femmes schizophrènes sous traitement, comparées aux femmes de la population

générale (120). Les antipsychotiques modifient les comportements sexuels par plusieurs mécanismes (127) via les hormones et les neurotransmetteurs (122).

En premier lieu, **le blocage de la dopamine**, neurotransmetteur impliqué dans les circuits de récompense et de motivation, notamment sexuels, est une cause majeure des dysfonctionnements sexuels (128). En effet, chez la femme, la dopamine agit préférentiellement sur la libido et la lubrification, son blocage aura donc un impact important sur sa sexualité (127). De plus, le blocage des récepteurs dopaminergiques D2 va augmenter les taux de prolactine, hormone hypophysaire, responsable de la diminution de la testostérone et de l'activité sexuelle et d'une hausse de survenue d'une galactorrhée, aménorrhée (127) et des troubles du cycle menstruel (128).

De plus, la sédation induite par le **blocage des récepteurs histaminergiques** (H₁) peut diminuer l'activité sexuelle (127).

L'antagonisme des récepteurs muscariniques (M₁) et des **récepteurs adrénergiques** (α₁) réduit notamment la lubrification.

Enfin, **l'inhibition des récepteurs sérotoninergiques** complique (5HT₁), ou augmente le délai d'atteinte de l'orgasme (5HT₂) (128). Parallèlement, la vie sociale sexuelle de la femme peut aussi être altérée par les effets indésirables de sédation ou de prise de poids des traitements antipsychotiques (122). Selon les mécanismes des molécules choisies pour le traitement, l'impact sur la sexualité de la femme pourra ainsi différer. Le tableau suivant (tableau 6) met en évidence l'affinité préférentielle de liaison des antipsychotiques majeurs à leurs récepteurs (128).

Molécules	D ₁	D ₂	5HT _{1a}	5HT _{2a}	5HT _{2c}	α ₁	H ₁	M ₁
Amisulpride	?	+++	0	0	0	0	0	?
Aripiprazole	+	++++	+++	++	++	++	++	0
Chlopromazine	+	+++	0	+++	++	+++	+++	+
Clozapine	+	+	+	+++	++	+++	+++	+++
Haloperidol	++	+++	0	+	0	++	+	0
Olanzapine	++	++	0	+++	++	++	++++	+++
Paliperidone	+	+++	+	+++	++	+++	+++	+
Quietapine	+	+	+	+	0	++	++	+
Risperidone	++	+++	+	++++	++	+++	+++	0

Tableau 6 : Profil de l'affinité de liaison des antipsychotiques à leurs récepteurs, d'après de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H (123).

Les antipsychotiques atypiques sont d'une manière générale moins susceptibles d'induire des troubles sexuels, du fait de leur moindre affinité pour les récepteurs D2 que les antipsychotiques de première génération (127). De plus certains, comme la

clozapine, la **quétiapine** ou l'**olanzapine**, ont un meilleur profil sur la fonction sexuelle car ils épargnent davantage la prolactine (125). A l'inverse, la rispéridone ferait partie des antipsychotiques induisant des dysfonctions sexuelles majeures (128).

L'impact des psychotropes sur la sexualité des patients n'est donc pas à minimiser car les psychiatres admettent des **effets secondaires sexuels cliniquement significatifs** chez 2 patients sur 3 (130). De plus, une méta analyse italienne de 2011 indique que 15 à 60% de patients atteints de troubles psychiatriques rapportent un dysfonctionnement sexuel lié à la prise de leurs antipsychotiques (131). Le risque majeur est donc la diminution des doses de l'antipsychotique, voire l'arrêt spontané du traitement par le patient (122). Cependant, une **diminution de l'observance** du traitement antipsychotique est observée en raison de ces effets indésirables (128) (127).

I.3.3.3 Besoin maternel d'une femme psychotique

Bien que la sexualité d'une femme psychotique ne soit pas aussi simple que dans la population générale, la femme peut éprouver, comme toute femme, le désir de grossesse.

Dès 1983, une étude australienne avait permis de mettre en évidence les **avantages** que trouvaient les 23 femmes schizophrènes à **devenir mère**. Ainsi ces femmes âgées de 20 à 58 ans, institutionnalisées de façon chronique, répondaient qu'une grossesse pourrait les rendre heureuses, cette grossesse leur donnerait le sentiment d'une amélioration de leur féminité. Les femmes éprouveraient aussi un bon sentiment à avoir un bébé en elle, et le sentir grandir (124). La femme psychotique peut donc voir sa grossesse comme un **acte se rapprochant de la « normalité »**, et ainsi s'identifier à toute femme (132). La femme voit donc en la maternité le seul rôle social légitime qu'elle peut jouer dans la société (119). Le désir d'enfanter peut aussi se traduire par le besoin pour la femme d'en **terminer avec sa maladie**, et de vivre normalement (132). Elles éprouvent d'ailleurs pendant leur grossesse, un état de complétude et de bien-être intense, sûrement dû au sentiment de paraître plus « normale ». De plus, la maternité peut être visualisée par ces futures mères, comme une **prise d'indépendance** vis-à-vis de la famille et des institutions (120). Le risque est donc que ce désir d'enfant ne soit en fait qu'un désir de grossesse, où la recherche ultime ne serait que la normalité et le bien-être, se répercutant par l'abandon de l'enfant, une fois né (132).

Parallèlement, le désir d'enfant fait souvent écho à une **recherche de lien avec sa propre mère**. Malheureusement, ces femmes ont souvent des difficultés à

s'identifier à leurs mères, ce qui n'aidera pas le processus de parentalité, et pourra fausser le réel désir de la femme (132).

Il faut donc bien vérifier que le désir d'enfant soit bien réfléchi, et qu'un projet d'enfant est bien réel derrière. Pour cela le suivi et l'accompagnement par un entourage et surtout une équipe médicale est indispensable (120). De plus, le suivi médical est essentiel chez la femme psychotique en désir de maternité, dans le but d'améliorer ses chances de concevoir, en lui trouvant le traitement le mieux adapté, avec notamment des molécules épargnant la prolactine (133).

La sexualité de la femme psychotique est altérée par la maladie et ses traitements. Cependant, elle peut tout de même désirer devenir mère. Il convient donc d'aider la femme dans son souhait d'accéder à la maternité, et lui faire comprendre les enjeux qui s'ensuivent. En effet, dans la population générale, le désir d'un enfant est un processus psychique complexe, alors chez une femme psychotique, la complexité n'en sera qu'augmentée. Il est donc important en tant que professionnel de santé de bien déceler la réelle nature du désir de maternité de la femme psychotique, et de l'aider au mieux dans sa démarche.

II. Devenir des enfants de la conception à l'âge adulte

Jusqu'ici, nous avons pu mettre en évidence les généralités concernant le développement « normal » d'un enfant jusqu'à l'âge adulte, tout en passant par la parentalité de l'adulte. Ainsi, bien que soi-disant « normal », des troubles et des facteurs de risque peuvent tout de même être visualisés du nouveau-né à l'adulte.

Parallèlement nous avons défini ce qu'étaient les troubles psychotiques, et décrit les prémices de la maternité chez la femme psychotique (sexualité et désir d'enfant)

Lors de cet exposé, de nombreuses questions sont restées en suspens, quant à l'impact du comportement, de la maladie ou des risques liés à la maladie de la mère sur l'enfant à naître, ou sur le développement de son enfant de la naissance jusqu'à son âge adulte. Nous allons donc voir par étape les conséquences de la psychose de la mère sur son enfant à toutes les phases de sa vie.

II.1 Risques pour l'embryon/fœtus *in utero*

Cette partie a pour but de répondre à certaines des questions posées jusqu'alors. En premier lieu, nous allons aborder les conséquences sur l'embryon et le fœtus de la maladie maternelle et de ses comorbidités associées. Ensuite nous montrerons l'impact des émotions de la mère lors de sa grossesse sur son enfant *in utero*. Enfin nous établirons la stratégie de prise en charge médicamenteuse maternelle durant la grossesse, et les risques associés.

II.1.1 Vulnérabilités de la femme psychotique

De manière physiologique, la grossesse déclenche chez toute femme enceinte une vulnérabilité émotionnelle et physique, influençant son équilibre psychique (122). Cette vulnérabilité est normale, car elle permet d'induire le futur lien d'attachement mère-enfant. Mais les troubles psychotiques de la mère en font une fragilité supplémentaire pouvant retentir sur le bon déroulement de la grossesse, nuisant potentiellement au bon développement physique et psychique de l'embryon/fœtus (73). Dans un premier temps, nous allons donc définir l'impact des troubles psychotiques sur l'embryon/fœtus.

II.1.1.1 Interruption volontaire de grossesse

La grossesse de la femme psychotique n'est pas toujours menée à terme.

En effet, ces sujets ont une **sexualité plus à risque** (120), menant à des grossesses le plus souvent non désirées se concluant par un taux plus important que dans la population générale d'interruption volontaire de grossesse (132).

De plus, la maladie peut entraîner des **troubles de perception et de cognition** altérant leur grossesse. L'étude australienne de 1983, précédemment décrite, montre que les patientes schizophrènes signalaient un besoin urgent à donner la vie et fonder une famille, malgré l'hospitalisation chronique et l'incapacité à prendre soin de leurs propres besoins. Ces femmes en désir de maternité, bien qu'hospitalisées, ne se rendaient pas compte des limites de leur capacités parentales (124). Ainsi, dans certains cas, une fois enceinte, la femme s'oppose à cette grossesse, par crainte du devenir de son enfant à naître (118).

Par ailleurs, cette interruption de grossesse peut engendrer des perturbations psychologiques fréquentes chez la femme, avec un risque de **décompensation psychotique** dans 30% des cas (134). A la suite, il n'est donc pas rare que ces femmes, privées d'une première grossesse, souhaitent en mener une autre, dans le but d'élever un enfant (118).

II.1.1.2 Santé maternelle négligée et comportements malsains

II.1.1.2.1 Surveillance obstétricale insuffisante

Le suivi obstétrical est essentiel pour toute femme, car il permet avant tout de surveiller la grossesse et de prévenir certains risques en :

- Évaluant les possibles facteurs de risque (âge de la mère, conditions socio-économiques, maladies somatiques ou psychologiques, ...)
- Examinant la femme et l'enfant pour déceler d'éventuelles anomalies fœtales ou embryonnaires
- Prodiguant des conseils spécifiques à la grossesse (alimentaire, d'activité, de travail, de médication, de voyage, ...)
- Surveillant le bon déroulement de la grossesse par des examens réguliers (échographies, palpation, étude du col, bruits cardiaques fœtaux, ...) (135).

De plus, pour les femmes psychotiques, dont la grossesse est diagnostiquée assez tôt, un suivi spécifique doit être envisagé en plus du suivi obstétrical classique. Celui-ci permet aux psychiatres d'évaluer les capacités parentales des femmes

schizophrènes, et de rencontrer le père du futur enfant, et l'entourage du sujet pour évaluer la prise en charge psychologique à suivre (103).

Cependant, la grossesse chez une femme psychotique est souvent inattendue, et sa découverte peut être fortuite, avec un retard de diagnostic conséquent. La **surveillance obstétricale classique du début, et l'avis pré-conceptionnel est donc peu fréquent**, du fait de l'avancée importante de la grossesse (103).

De plus, ces femmes présentent des **dénis de grossesse** de façon bien plus fréquente que dans la population générale. Miller, en 1990, a étudié l'hospitalisation de femmes schizophrènes en maternité dans le cadre de leur accouchement, sur une durée d'un an. L'analyse montrait que l'accouchement de 46% des femmes schizophrènes faisait suite à un déni de grossesse (136). Dans ce cas, la surveillance prénatale n'est jamais effectuée (118).

Dans les cas des grossesses désirées, la grossesse représente chez la femme psychotique, un sentiment de bien-être et d'achèvement (120). Elle se rapproche ainsi de ce qu'elle désire, c'est-à-dire le sentiment de « normalité » (132) . Cependant, cet accès de satisfaction intense a pour danger l'**échappement aux soins** de la patiente (120).

De plus, ces femmes ont tendance à **ne pas forcément remarquer un symptôme obstétrical anormal**, tel que des contractions utérines répétées ou une absence de mouvements fœtaux, signes de troubles chez l'embryon/fœtus, qui devraient inquiéter la femme et l'amener à consulter (103).

Ainsi, nous ne voyons pas de différence que la grossesse soit attendue, désirée ou non, car l'échappement aux soins prénataux est fréquent dans tous les cas. Cela empêche le suivi convenable de la grossesse, ce qui peut engendrer le non diagnostic de complications obstétricales, telles qu'un retard de croissance intra-utérin, des malformations congénitales, une mortalité fœtale (118), ou une souffrance fœtale (137).

II.1.1.2.2 Hygiène de vie néfaste

La maladie mentale de la femme enceinte modifie son mode de vie et ses comportements alimentaires peuvent être perturbés, altérant ainsi sa santé, et celle de son embryon/fœtus et futur enfant (103).

II.1.1.2.2.1 Troubles alimentaires

Précédemment, nous avons pu mettre en évidence que l'alimentation de la mère faisait partie des facteurs impactant le développement de l'embryon/fœtus.

Ce risque est notamment retrouvé chez la femme psychotique. En effet, les **troubles du comportement alimentaire** sont bien plus fréquents chez les schizophrènes que chez des individus sains, selon l'étude française de 2016, portant sur la schizophrénie et les troubles métaboliques et nutritionnels (138). La malnutrition, voire la dénutrition peut donc induire des perturbations chez l'embryon/foetus responsables d'**anomalies morphologiques**, surtout entre le premier et le deuxième trimestre de grossesse. Les carences nutritionnelles peuvent aussi être la cause de **futurs troubles psychiques** chez l'enfant comme la schizophrénie (139).

Par ailleurs, nous avons pu voir que **l'obésité ou le surpoids** étaient très fréquents chez les sujets schizophrènes. Cela s'explique par le mode de vie sédentaire accompagné d'une mauvaise alimentation, rajouté à la prise de psychotropes entraînant généralement une prise de poids. Ces femmes obèses ont donc pendant leur grossesse un surrisque de développer un diabète gestationnel, une hypertension artérielle gravidique ou une prééclampsie, ce qui aura pour conséquences des **complications obstétricales**. On observe notamment chez le foetus un risque important de macrosomie fœtale, tout comme des détresses néonatales, ou des morts néonatales, ainsi qu'un risque plus important pour l'enfant d'être **obèse à son tour**, une fois adulte (140).

II.1.1.2.2.2 Conduites addictives

Auparavant nous avons montré la tendance importance que les femmes schizophrènes ont à la **consommation de toxiques, tabac et alcool**. Ces conduites addictives font souvent partie des comorbidités psychiatriques fréquemment rencontrées chez la femme schizophrène. Ainsi la prise de substance toxique ne fait qu'augmenter le risque de complications obstétricales (103), et la difficulté pour la mère de fournir des soins de qualité et de nouer une relation solide et adéquate avec son enfant (73).

La prise de tabac pendant la grossesse a un effet délétère direct sur le cordon ombilical, provoquant des dommages tels que des **fausses couches** (141), une **mortalité périnatale** du fait de la restriction en oxygène, un **retard de croissance fœtale**, des **naissances prématurées** (133), des **grossesses extra-utérines**, un **faible poids de naissance** et le **décollement placentaire**. L'exposition prénatale à la fumée de la cigarette augmente aussi le risque d'**infections des voies respiratoires** et des **oreilles** chez l'enfant. De plus, on visualise une augmentation du risque du **syndrome de mort subite du nourrisson**. Les enfants ont aussi plus de dysfonctions comportementales (141), avec notamment des **troubles du comportement** (55) et

des **déficiences cognitives** (141).

L'abus ou la dépendance de cannabis est aussi fréquent dans la population schizophrène. Le cannabis passe la barrière placentaire et les concentrations sanguines fœtales seront équivalentes à celles retrouvées chez la mère. Les principaux effets de la prise de cannabis par la mère sur la grossesse et l'accouchement sont le risque majoré de **fausses couches spontanées**, de **retard de croissance intra-utérin** et de **complications** pendant le **travail obstétrical**. A la naissance, les nouveau-nés exposés ont une **hypotrophie** avec une diminution du poids et du périmètre crânien. Puis plus tard, ces sujets ont un risque élevé d'**altérations cognitives et comportementales**. Le tableau suivant (tableau 7) décrit ces troubles selon l'âge de l'individu (142):

Dans les 30 premiers jours de vie	<ul style="list-style-type: none">• Tremblement• Atténuation de la réponse visuelle aux stimuli lumineux• Pleurs inconsolables• Troubles du sommeil
A 3 ans	<ul style="list-style-type: none">• Altération de la mémoire immédiate• Raisonnement verbal diminué
De 6 à 10 ans	<ul style="list-style-type: none">• Augmentation du risque d'hyperactivité• Impulsivité• Altérations attentionnelles et mnésiques
A 10 ans	<ul style="list-style-type: none">• Augmentation de la délinquance• Troubles de l'apprentissage (performance scolaire, lectures...)• Troubles des fonctions exécutives (attention, intégration visuelle, planification, capacité de jugement)
A l'adolescence	<ul style="list-style-type: none">• Augmentation du risque d'initiation de consommation de tabac et de cannabis
A l'âge adulte	<ul style="list-style-type: none">• Risque augmenté d'usage nocif et de dépendance au cannabis

Tableau 7 : *Effets à tous les âges de l'exposition prénatale au cannabis* (142).

Les effets de l'alcoolisme maternel pendant la grossesse, sur l'embryon/fœtus ou enfant après la naissance, sont largement décrits. En effet, l'alcool est un des toxiques les plus tératogènes pour l'homme. Cette molécule passe très facilement la barrière placentaire, ce qui permet d'avoir une concentration identique dans le placenta que dans le sang maternel de la femme alcoolisée. Cependant, à l'inverse de sa mère, ni le fœtus, ni l'embryon ne possèdent l'alcool déshydrogénase, qui est une enzyme permettant de dégrader l'alcool. Ainsi, les effets de l'alcool sont polymorphes et multiples (143). Le tableau suivant (tableau 8), résume selon les âges, les principaux

effets de l'alcool pris pendant la grossesse, sur le développement général de l'individu (55) (73) (80) (141) (143) :

<p>Risques pendant la grossesse /accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fausses couches • Mortinaissance • Accouchement prématuré
<p>Risques pour l'enfant né</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance • Faible poids à la naissance • Dysmorphie crânio-faciale (syndrome d'alcoolisation fœtale) • Malformations congénitales (cardiopathies, anomalies du squelette, du système nerveux et du tissu musculaire) • Troubles neurocomportementaux (hyperactivité, capacités intellectuelles moindres) • Déficits cognitifs, mnésiques, avec des troubles de l'apprentissage • Retrait relationnel vers l'âge de 6 mois
<p>Risques pour l'adulte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance persistant avec un volume crânien inférieur à la normal • Troubles psychiques qui se développent : troubles de la personnalité, comportements agressifs, désordres psychotiques • Risque de délinquance augmenté par trois • Risque augmenté de comportements addictifs à l'alcool et à des substances psychoactives diverses

Tableau 8 : Effet de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse sur le développement de l'enfant à tous les âges de sa vie (55) (73) (80) (141) (143).

Enfin, la cocaïne est aussi une substance dont la consommation chez les sujets schizophrènes est non négligeable. La prise de cocaïne pendant la grossesse engendre de nombreuses **anomalies congénitales** du fait de la vasoconstriction qu'elle exerce sur les vaisseaux sanguins maternels (133). Les principaux risques sont : le **décollement placentaire**, l'**accouchement prématuré**, l'**insuffisance pondérale à la naissance** et les **troubles moteurs, cognitifs** et du **langage** chez l'enfant et l'adulte (141).

La **prise en charge des toxicomanies** pendant la grossesse est essentielle pour éviter tous les effets irréversibles précédemment décrits (133). Par ailleurs, il ne faut pas oublier que ces conséquences indésirables de la consommation prénatale de ces diverses substances sont souvent surajoutées à la pauvreté, aux mauvais soins prénataux et à la maladie psychiatrique de la mère (141).

II.1.1.3 Conditions de vie défavorables

La maladie psychotique apporte de nombreux **facteurs de vulnérabilité**. En effet, précédemment nous avons vu que les sujets psychotiques avaient un risque supérieur à la monoparentalité, à la précarité, aux violences et notamment conjugales pour les femmes, à la sédentarité, au chômage. Tous ces facteurs de risque se surajoutent à la maladie psychotique de la mère et peuvent être source de **maltraitance prénatale** (73). Ainsi, nous allons définir les différents risques auxquels l'embryon/fœtus s'expose du fait de ces conditions défavorables.

II.1.1.3.1 Violences

La maladie psychologique de la mère ou de son conjoint, possiblement associée à la prise de substances toxiques peut entraîner une **violence envers le ventre de la femme enceinte**, néfaste dans tous les cas pour l'embryon/fœtus. Une étude américaine de 2002 a montré que 14% des 808 femmes hospitalisées lors de leur accouchement avaient signalé un abus physique pendant leur grossesse (144). Ce taux serait 2 fois plus élevé chez les patientes atteintes de troubles psychiatriques (133).

Ces violences entraînent des conséquences obstétricales importantes. Il peut être observé des décollements placentaires entraînant une **souffrance** et une **mort fœtale**, des **hémorragies**, des **ruptures utérines**, des **avortements spontanés**, des **ruptures prématurées des membranes** ou des **accouchements prématurés** (145). De plus, les coups peuvent entraîner des lésions **affectant** par la suite le **développement cérébral** des enfants (146). Enfin, bien que la violence conjugale ne vise pas forcément l'embryon/fœtus, les cris et coups qu'il perçoit *in utero*, sont vécus comme de la terreur. L'impact est identique lorsque la femme psychotique, non stabilisée, se donne des coups sur le ventre (73). Dans ce cas-là, le fœtus sera submergé d'un stress intense pouvant créer des **troubles** physiologiques **cardio-vasculaires** ou **neurologiques**. Ce **traumatisme** vécu *in utero* impactera le **développement psychologique** de l'enfant dès sa naissance, du fait de sa fonction de mémorisation sensitivo-sensorielle pendant la période anténatale. En effet, nous avons vu que le fœtus avait la capacité d'acquérir une mémoire sensitivo-sensorielle *in utero*, pouvant impacter sa vie future, en fonction des interactions fœto-maternelles qu'il subissait (52). Ainsi de nombreux troubles psycho-traumatiques peuvent apparaître et perdurer jusqu'à l'âge adulte, chez ces enfants, témoins *in utero* de la violence faite à leur mère. On dénote notamment un risque augmenté d'**anxiété**, de

phobies scolaires, d'hyperactivité, de troubles de concentration, d'apprentissage, et des troubles comportementaux dont une **agressivité** envers les autres enfants. A l'âge adulte, des **troubles psychiatriques**, des **conduites à risque** et une **délinquance** importante seront les conséquences de ces traumatismes (147).

II.1.1.3.2 Monoparentalité, précarité et isolement

Précédemment, nous avons pu montrer que la **précarité** et le **chômage** étaient des comorbidités fréquemment rencontrées chez les patients psychotiques. De plus, la femme cumule aussi des risques d'**isolement**, du fait de sa pathologie psychiatrique et de la honte liée à ses difficultés socio-économiques. La femme sera donc plus à risque de se marginaliser et d'échapper aux soins, sans suivre convenablement sa grossesse. Ainsi on rencontre plus d'**accouchements prématurés**, de **retard de croissance *in utero*** en corrélation directe avec la maladie psychique de la mère et sa précarité socio-économique. L'isolement, et les risques qui s'ensuivent sont à surajouter au taux de **monoparentalité** important chez ces sujets, n'améliorant pas cette exclusion (73).

Pour conclure, lorsque l'on analyse ces facteurs de vulnérabilité, on peut observer que très précocement, l'embryon/fœtus se retrouve dans une situation de **maltraitance périnatale**, dont Diquelou en 1996 en fait la définition suivante : « un fœtus maltraité ou en risque de maltraitance à venir est celui qui, hors des possibilités légales d'interruption de grossesse, est victime de traumatismes physiques ou chimiques, de négligences graves conduisant à une altération de son développement, ou d'absence d'intérêt ou de désinvestissement parental compromettant l'environnement affectif lors de sa naissance » (73).

II.1.2 Emotions maternelles de la femme psychotique

Préalablement, nous avons pu mettre en évidence une interaction prénatale importante entre le fœtus et sa mère. De nombreux acteurs entrent en jeu pour permettre ce processus, comme les différents sens sensoriels mis en place très précocement chez l'embryon/fœtus, ou le lien placentaire immuable de la grossesse. Ainsi une interaction fœto-maternelle est permise, dont les ressentis de la mère peuvent avoir un impact capital sur le développement de son enfant lors de sa grossesse, et après sa naissance, à toutes les étapes de sa vie. Le but dans la partie

qui suit est donc de décrire quel impact aura le ressenti maternel d'une femme psychotique sur son embryon/fœtus.

II.1.2.1 Stress maternel

Les facteurs de vulnérabilité de la femme enceinte psychotique, précédemment cités, vont causer un **stress psychologique intense** pendant la grossesse. En effet la pauvreté, le chômage, la monoparentalité, l'exclusion sociale, les conduites addictives et la maladie psychotique de ces femmes se greffent sur le stress de fond de base d'une majorité de femmes enceintes. Hélas, ce stress important impacte l'embryon/fœtus dans son développement normal, et influence aussi négativement son développement futur(133).

II.1.2.1.1 Physiologie du stress chez la femme enceinte

En temps normal, le cortisol est une hormone de stress, sécrété en réponse à une situation stressante, qui permet de désactiver certaines fonctions essentielles comme le système digestif ou le système immunitaire de l'être humain, dans un but de survie.

Chez la femme enceinte, une **enzyme du placenta** permet d'inactiver une partie du cortisol, laissant tout de même passer une petite quantité vers la circulation fœtale (148). Le cortisol, en quantité restreinte, a un effet bénéfique sur le développement cérébral et la maturation pulmonaire du fœtus (149).

Par ailleurs, lors d'un stress chronique et important chez la mère, comme celui des femmes psychotiques, l'activité enzymatique placentaire de restriction de passage du cortisol vers le fœtus va décroître, ce qui engendrera le passage d'une quantité plus importante de cortisol. Ce phénomène sera majoré par la transmission plus importante de cortisol vers le fœtus, du fait de l'élévation des taux de cortisol chez la mère, en réponse à son stress. L'embryon/fœtus sera donc imprégné d'une quantité de cortisol bien supérieure au taux essentiel à son développement (148).

De plus, un stress intense de la mère peut altérer le système sérotoninergique du fœtus pouvant engendrer un risque futur de **développer des troubles psychiatriques** (148).

Enfin, le stress maternel, peut freiner la circulation sanguine placentaire, du fait d'une vasoconstriction physiologique. La limitation de circulation de sang au travers du placenta peut **impacter les apports en oxygène et nutriments** de l'embryon/fœtus (149).

II.1.2.1.2 Impact du stress chez l'embryon/fœtus

Le stress prénatal maternel va causer des troubles chez l'embryon/fœtus, mais ces conséquences seront dépendantes du moment de survenue du stress pendant la grossesse. Chez la femme psychotique, le stress étant chronique, il apparaîtra dès le premier trimestre en impactant le développement des organes lors de l'embryogenèse, mais aussi au deuxième et troisième trimestre en modifiant le développement neurocomportemental du fœtus (149).

En premier lieu, ces troubles de la grossesse, dus au stress, seront visibles chez les patientes psychotiques, avec notamment : un risque supérieur de **prééclampsie** (148) et un risque accru de **fausse couche** si le niveau de stress est important dans les trois premières semaines de grossesse (149). De plus, le fœtus pourrait réagir aux situations de stress par une diminution de son activité motrice, et une augmentation de la variabilité de son rythme cardiaque (149). Une **restriction de croissance intra-utérine** est aussi observée chez ces enfants, et serait sûrement due à la diminution des apports en nutriments via le placenta (148). La diminution de la réponse immunitaire, suite au taux élevé de cortisol, peut aussi abaisser les défenses anti-infectieuses, augmentant le risque de **malformations *in utero*** (53)

Ensuite, dès la naissance de l'enfant, il sera visualisé un risque plus important que dans la population générale de **prématurité** et de **faible poids de naissance**, ainsi qu'une **diminution** significative du **périmètre crânien** du fait de l'altération du développement cérébral causée par le stress (149). Enfin, l'exposition chronique au cortisol pourrait modifier le fonctionnement et les structures du cerveau en développement de façon permanente (149) et imprégner de façon excessive le fœtus, le rendant **hypersensible au stress**. Ce phénomène pourrait par la suite, le faire réagir anormalement à une situation stressante, par une hyperactivité motrice (51).

II.1.2.1.3 Impact du stress prénatal/périnatal à tous les âges

L'exposition excessive et chronique du stress maternel impacte l'embryon/fœtus, mais aussi le nouveau-né dès la naissance et tout son développement futur.

L'exposition abusive de cortisol chez l'embryon/fœtus modifie durablement et de façon irréversible les structures et le fonctionnement cérébral en développement du futur enfant à venir. Son axe **hypothalamo-hypophysio-surrénalien**, permettant de réguler le stress futur de l'enfant, sera notamment **altéré**. Ainsi ces enfants, adolescents et adultes manifesteront une réactivité au stress plus importante et auront beaucoup plus de mal à contrôler leur stress (150).

De plus, les **altérations des structures cérébrales** de l'embryon/fœtus vont modifier en particulier le développement cognitif et émotionnel du futur enfant (150). Mais le stress maternel est aussi à l'origine d'effets néfastes sur le développement moteur, sexuel et social de l'enfant à naître (51).

Les tableaux suivants (tableau 9 et 10) montrent les principaux effets du stress prénatal/périnatal sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant, si l'on compare ces individus à ceux n'ayant pas subi de stress pendant la grossesse, selon diverses études.

Ages de vie	Altérations cognitives
2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Altération modérée du langage • Moindre capacité attentionnelle • Compétence cognitive non verbale inférieure • Moins bonne capacité de compréhension des mots
5-6 ans	<ul style="list-style-type: none"> • QI global, verbal et habilités langagières inférieures • Moins bonnes notes à l'école • Apprentissage et mémoire altérés
Adolescence	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit cognitif global

Tableau 9 : Effets principaux du stress prénatal/ périnatal maternel sur le développement cognitif de l'individu selon son âge (150) (151).

Ages de vie	Altérations émotionnelles
0-6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de pleurs, d'agitations et de comportements difficiles • Moins bonne capacité à l'adaptation
3, 8 et 27 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de l'attention
4 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de problèmes de comportement : hyperactivité, troubles des conduites, déficit de l'attention
8-9 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Haut niveau d'anxiété
Adolescence	<ul style="list-style-type: none"> • Degré d'impulsivité élevé

Tableau 10 : Effets principaux du stress prénatal / périnatal maternel sur le développement émotionnel de l'individu selon son âge (150) (152) (153) (154).

Pour terminer, le stress maternel serait lié à une **augmentation du risque de survenue de schizophrénie** chez les enfants à naître (150), par l'augmentation de la densité des récepteurs au glutamate et à la dopamine dans le cortex frontal, dans le cortex médian et dans l'hippocampe (139). Enfin, un risque majoré **d'autisme** et de

dépression infantile serait aussi visualisé chez ces individus lorsque la mère souffre d'un stress intense et chronique lors de sa grossesse (150).

II.1.2.1.4 Facteurs modulant le stress prénatal/périnatal

Il existe des facteurs améliorant ou aggravant les situations de stress.

Une étude anglaise de 2010, a porté sur le lien entre l'impact du cortisol prénatal sur le développement cognitif, et la possible modération de ce risque par le lien d'attachement. Cette étude s'intéressant au suivi post-natal de 125 mères et de leurs nouveau-nés jusqu'à l'âge de 17 mois a montré que les effets sur les bébés du stress prénatal/périnatal pouvaient être modérés par un lien d'attachement mère-enfant de qualité. La relation d'**attachement sécure** serait donc un facteur **protecteur** pour l'enfant ayant subi *in utero* les effets délétères du stress maternel (155).

De plus, une étude turque de 2013 concernant les facteurs associés au stress prénatal chez la femme enceinte montre qu'un **soutien émotionnel, social, comportemental** et **physique** de la part d'un proche de la famille diminue le stress prénatal de la femme (156).

A l'inverse, les classes sociales défavorisées, aux conditions socio-économiques précaires sont des catégories de sujets dont l'impact du stress sur leur grossesse est encore plus négatif (51).

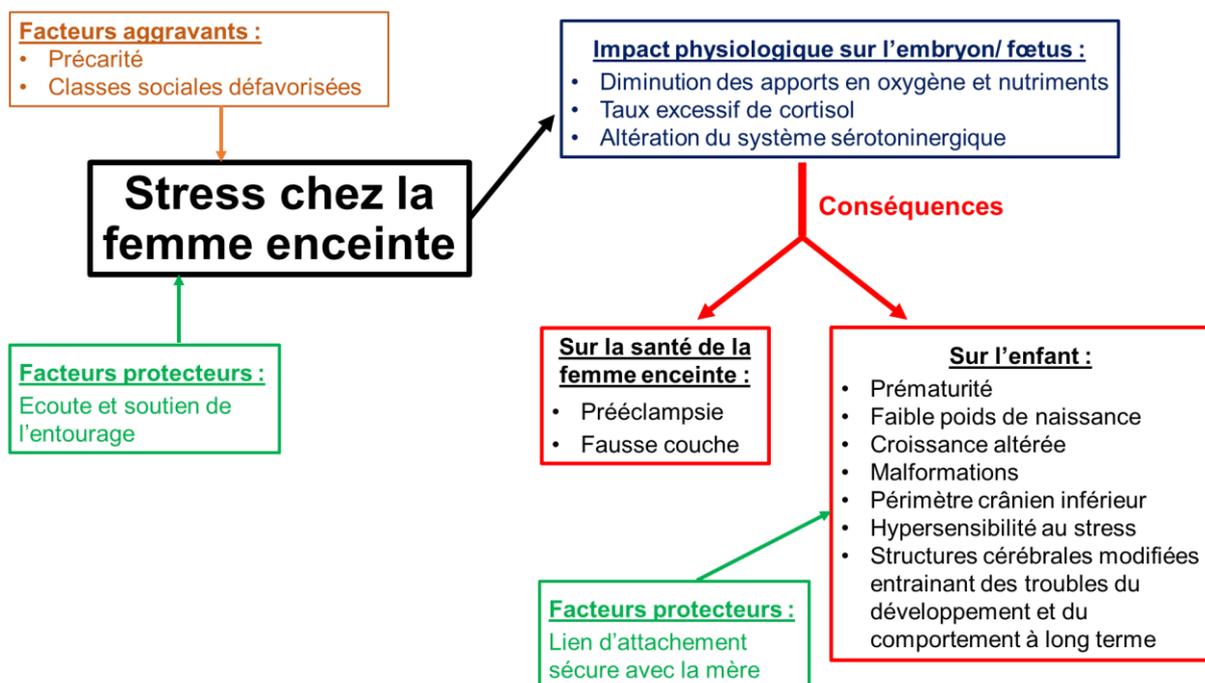


Figure 8 : Schéma résumé de l'impact du stress de la femme enceinte et de ses facteurs modulateurs.

II.1.2.2 Influence de la santé mentale

De nombreuses observations montrent que l'état émotionnel de la mère peut impacter le développement cérébral de l'enfant, modifiant son comportement dès sa naissance (154).

II.1.2.2.1 Grossesse et détérioration de la maladie mentale

La grossesse est responsable chez toutes les femmes enceintes d'une « crise maturative », où les fondements identificatoires sont remis en question et les anciens traumatismes réactivés.

Du fait de leur maladie, les femmes psychotiques sont psychiquement plus fragiles, il leur est donc parfois plus difficile de faire face à ces remises en question (132). Ainsi, on peut voir apparaître une **décompensation de la maladie psychotique** lors de la grossesse, signe d'une détérioration de la santé mentale maternelle.

Une étude suédoise de 1987 montre notamment que parmi les 88 femmes atteintes de troubles psychotiques, seulement 30% d'entre elles observaient une amélioration de leur état mental pendant la grossesse (150).

La détérioration de leur santé mentale avec une possible décompensation psychotique peut entraîner diverses conséquences. En règle générale cela se manifeste par un arrêt du suivi de la grossesse, provoquant des **risques obstétricaux et néonataux**, mais des cas de **suicides** ont aussi été rapportés (157).

II.1.2.2.2 Vulnérabilités psychiques inhérentes à la maladie

La grossesse altère l'équilibre psychoaffectif de la femme schizophrène. Mais la clinique de la maladie maternelle peut aussi altérer sa grossesse.

La schizophrénie peut provoquer un **désordre affectif et émotionnel**, et des difficultés relationnelles qui vont nuire au bon suivi de la grossesse des patientes (158).

De plus, si la femme malade ne prend pas de traitement, elle peut avoir des **délires** ou des **mouvements brutaux**, notamment envers son bébé, en se cognant le ventre et en criant (73).

D'autre part, la maladie psychotique **modifie la perception de la grossesse** de la femme enceinte. L'expérience de sa maternité et son vécu seront notamment altérés (132). Cependant, bien que plusieurs études suggèrent que la grossesse est délétère

pour le psychisme de la femme schizophrène enceinte, une étude française de 1995 prétend l'inverse en montrant que 80% des femmes schizophrènes surveillées, éprouvaient un vécu positif de leur grossesse (118).

Certaines femmes se sentent notamment très épanouies lors de leur grossesse, mais seulement à ce moment-là, ce qui peut générer des troubles dès la naissance, car la femme peut **avoir du mal à s'investir dans sa relation avec son enfant**, pensant déjà à une prochaine grossesse (132).

A l'inverse, certaines femmes psychotiques se représentent leur bébé comme un **corps étranger vivant en elles**. L'accouchement serait alors vécu pour elle comme une amputation (132). Elles peuvent aussi penser, dans un moment de délire, qu'elles ont un cancer, et que l'enfant qu'elle porte n'est en fait qu'une tumeur qui les ronge et grandit en elles.

Dans d'autres cas, les femmes psychotiques ressentent des **sentiments confus concernant leur état de grossesse**, ne comprenant même pas qu'elles attendent un enfant (103). En grande majorité, la femme psychotique enceinte **n'arrive pas à se représenter et imaginer son bébé** malgré les échographies qui permettent de l'aider, mais qui ne sont pas toujours réalisées, du fait du faible suivi médical (51).

Ces différentes perceptions induisent des **troubles des interactions fœto-maternelles** (103). Ces interactions sont normalement indispensables pour un bon lien mère enfant dès la naissance. Ainsi, cela pourra engendrer de futurs troubles des interactions entre le nouveau-né et sa mère. Mais pour cela, il faut que la grossesse arrive à terme, ce que la pathologie psychiatrique de la mère empêche fréquemment, du fait des interruptions volontaires et des fausses couches spontanées élevées (133).

II.1.3 Toxicité des psychotropes

Il est admis que tout traitement médicamenteux doit être évité chez la femme enceinte. En effet l'utilisation pendant la grossesse d'un médicament par la femme pourrait entraîner (159) :

- Un **risque abortif**, si la prise de médicament se fait dans les 12 premiers jours post-fécondation
- Un **risque tératogène**, caractérisé par des malformations, si la prise a lieu du 13^{ème} au 56^{ème} jour de vie utérine
- Des **pathologies fœtales ou néonatales** dues à un trouble de maturation des différents organes (troubles de la croissance, insuffisance rénale...) si les médicaments sont pris à partir du 57^{ème} jour de vie utérine.

- Un **risque prénatal** si les médicaments sont pris dans les dernières semaines de grossesse ou lors de l'accouchement

Cependant, la grossesse de la femme psychotique ne protège pas des troubles qui lui sont associés, et pourrait même les aggraver. Il est donc important d'évaluer le rapport bénéfice-risque de la prise ou non d'un traitement chez ces sujets, et des possibles alternatives.

Nous allons donc voir quels sont les risques embryotoxiques et fœtotoxiques spécifiques des molécules utilisées pour traiter les troubles psychotiques et quelle est la prise en charge thérapeutique chez ces patientes. Mais avant, il est important de rappeler les modifications physiologiques survenant au cours de la grossesse pouvant avoir un impact sur le sort du médicament dans l'organisme.

II.1.3.1 Modifications physiologiques de la grossesse et conséquences médicamenteuses

Pour rappel, la femme enceinte subit un bouleversement physique et psychique lors de sa grossesse, du fait de changements biologiques et hormonaux. Ces modifications vont impacter la biodisponibilité, la distribution, le métabolisme et l'excrétion des médicaments psychotropes utilisés. La représentation ci-dessous (figure 9) décrit le devenir général du médicament dans l'organisme, via le principe de l'ADME : Absorption, Distribution, Métabolisme et Elimination (160) (161).

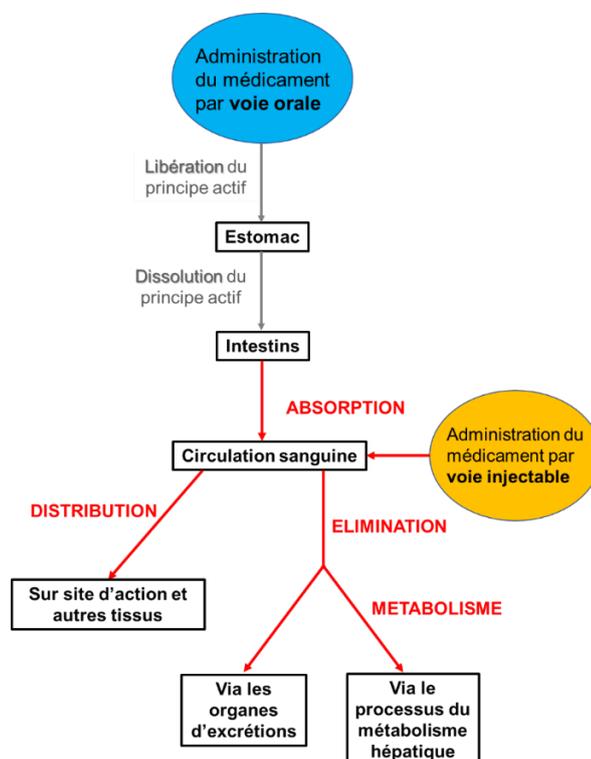


Figure 9 : Devenir du médicament dans l'organisme (160) (161).

II.1.3.1.1 Impact sur l'absorption médicamenteuse

Les modifications physiologiques de l'organisme, indispensables lors de la grossesse d'une femme, vont modifier l'absorption orale, cutanée et pulmonaire des médicaments pris pendant cette période. Le tableau ci-dessous (tableau 11) montre les modifications subies lors d'une grossesse, et leurs impacts sur l'absorption médicamenteuse (162).

Modifications physiologiques de la grossesse	Répercussions sur la cinétique d'absorption du médicament
<ul style="list-style-type: none">• Réduction de la motilité intestinale• Augmentation de la durée du transit	Augmentation de la vitesse d'absorption et diminution de la concentration plasmatique moléculaire
Augmentation du pH gastrique	Impact sur la biodisponibilité en fonction de l'acidité de la molécule
Vomissements fréquents au 1 ^{er} trimestre	Réduction de l'absorption des médicaments, voire diminution totale de la biodisponibilité si prise médicamenteuse précédant de peu un vomissement
Augmentation du débit cardiaque	Augmentation de l'absorption des médicaments lipophiles administrés en intramusculaire ou en transcutanée
Hyperventilation et augmentation du débit sanguin pulmonaire	Amélioration de l'absorption des médicaments à inhaler

Tableau 11 : Impact sur l'absorption médicamenteuse des modifications physiologiques inhérente à la grossesse (162).

Ces phénomènes vont donc engendrer une **modification de la biodisponibilité**, pouvant **altérer l'effet thérapeutique recherché**.

II.1.3.1.2 Impact sur la distribution médicamenteuse

Les molécules absorbées pendant la grossesse verront leur distribution dans l'organisme altéré, du fait de plusieurs modifications majeures.

En effet, dans un premier temps, il sera observé chez la femme enceinte, une **augmentation du volume plasmatique et de l'eau corporelle totale**, utile notamment pour le placenta. Ainsi, les **médicaments hydrosolubles** vont se voir « dilués », ce qui aura pour conséquence une **diminution de leurs concentrations plasmatiques** (162).

De plus, la grossesse **impacte les taux de protéines de l'organisme** qui se

fixent aux molécules, et modifient leur fraction libre donc leur distribution. La grossesse entraîne notamment la diminution de la concentration en albumine, ce qui augmentera la fraction libre de nombreux médicaments se liant à cette protéine (162). La fraction libre constitue la partie pharmacologiquement active qui sera ensuite métabolisée et éliminée. Ainsi la diminution de ces protéines affecte l'activité de la molécule, par augmentation de sa distribution (160).

Enfin, la grossesse permet **l'augmentation croissante d'hormones stéroïdiennes et placentaires** permettant notamment la mise en place embryonnaire et le développement embryonnaire puis fœtal (162). Ainsi une compétition pour les sites de liaison protéique va coexister entre les médicaments et ces hormones. Ces dernières empêcheront la fixation des médicaments ce qui augmentera leur fraction libre ayant pour conséquence une activité pharmacologique supérieure à celle attendue (160).

D'une façon générale, la grossesse implique une **augmentation de la distribution** des médicaments, par une augmentation de leur fraction libre.

II.1.3.1.3 Impact sur le métabolisme moléculaire

Le métabolisme des médicaments est principalement hépatique. Ce processus permet, au final, l'élimination de la molécule.

Chez les femmes enceintes, il est généralement observé une **augmentation du métabolisme des médicaments** pour 2 raisons.

La première est expliquée par le fait que l'état de grossesse augmente le flux sanguin hépatique, ce qui agira par effet direct sur l'accélération du métabolisme (162).

La deuxième raison est l'augmentation des concentrations en progestérone et œstrogènes de la grossesse, qui vont **modifier l'activité de plusieurs enzymes hépatiques** servant au métabolisme moléculaire (162). Ainsi, par exemple, les enzymes du cytochrome P450 verront leur activité accroître ce qui augmentera le métabolisme des médicaments qui utilisent ces enzymes. Ces médicaments seront donc plus rapidement éliminés de la circulation sanguine. Ces médicaments auront donc une concentration sanguine circulante qui sera plus faible, engendrant une possible diminution de leur efficacité (163).

La grossesse modifie le métabolisme des médicaments, ce qui perturbe ainsi leur durée de vie dans l'organisme, pouvant **altérer ou accroître l'efficacité du traitement**.

II.1.3.1.4 Impact sur l'élimination rénale moléculaire

C'est le rein, qui permet par un phénomène de filtration, réabsorption et d'excrétion, l'élimination finale des médicaments (160).

Chez la femme enceinte, il est observé une augmentation du débit de filtration glomérulaire et une augmentation conséquente du flux sanguin rénal (162). Ces modifications physiologiques vont **accroître la clairance rénale des médicaments** et donc leur élimination (163).

La grossesse **augmente l'élimination rénale** des médicaments, modifiant ainsi le temps dans la circulation sanguine, ce qui peut jouer sur l'action de la molécule.

II.1.3.1.5 Modifications cinétiques des psychotropes

Rappelons que le traitement médicamenteux de la femme psychotique repose sur la prescription de neuroleptiques conventionnels ou d'antipsychotiques atypiques, plus ou moins de benzodiazépines, certains antidépresseurs, et des thymorégulateurs dans le cas des troubles schizo-affectifs. La grossesse et les modifications qui l'accompagnent vont donc modifier le résultat normalement attendu par l'utilisation de ces molécules.

Les antipsychotiques ont comme principe d'action : la relation concentration-effet, donc plus on administre d'antipsychotiques, plus on observera les effets bénéfiques et négatifs de la molécule. Théoriquement il serait admis que pendant la grossesse, du fait de la **modification gestationnelle de l'activité du CYP 450**, les concentrations sanguines en antipsychotiques pourraient se voir modifiées. En effet, les médicaments utilisant le CYP 1A2, comme la clozapine ou l'olanzapine pourraient voir leur concentration augmentée d'un tiers au premier trimestre de grossesse et doublée au deuxième et troisième trimestre, par rapport aux doses attendues dans le sang. A l'inverse, l'halopéridol et la quétiapine utilisant comme substrat le CYP 3A4 verraient leur concentration diminuée, du fait de l'augmentation de l'activité de cette enzyme par la grossesse. Il serait donc indispensable dans ce cas-là d'**ajuster les doses** en les diminuant ou augmentant, en fonction de la molécule et de son enzyme de métabolisme (162).

Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine font aussi l'objet de modification cinétique pendant la grossesse, principalement par une diminution de leur concentration (162).

Ainsi, les psychotropes utilisés dans le traitement des troubles psychotiques, obligent un suivi régulier de la femme enceinte et un possible ajustement des doses.

II.1.3.2 Psychotropes et retentissement sur l'embryon/fœtus

Comme décrit ci-dessus, le sort du médicament dans l'organisme d'une femme enceinte peut être altéré par de multiples et différents bouleversements physiologiques. Il est donc préconisé d'adapter les posologies, pour maintenir une efficacité, dans le but de traiter de façon optimale la mère.

Mais quel peut être le risque pour l'embryon puis le fœtus de la prise maternelle de ces psychotropes, utilisés pour la traiter ?

II.1.3.2.1 Tératogénicité

La vie de l'embryon s'écoule de la 4^{ème} à la 11^{ème} semaine de grossesse. Les étapes majeures du développement embryonnaire consistent en une organogénèse (164), c'est-à-dire la **formation des différents organes** au sein d'un être vivant en développement (54). Ainsi, la prise de médicaments pourra impacter la formation embryonnaire, créant un tératogénicité, et donc un **risque malformatif** (164).

Les antipsychotiques de première génération, ou de deuxième génération ont généralement peu d'impact sur le risque de malformation embryonnaire (164).

Une étude chinoise de 2017, comprenant 1 341 715 femmes enceintes, confirme la sécurité des antipsychotiques. Le but de cette étude de cohorte était de déterminer le risque global de malformation congénitale dû à la prise d'antipsychotiques pendant les 3 premiers mois de grossesse. Les résultats montrent qu'après ajustement de possibles facteurs de confusion, les antipsychotiques typiques et atypiques n'augmenteraient pas le risque de malformation (165).

La **chlorpromazine** est le neuroleptique le plus étudié, et dont aucun effet tératogène n'a pu être mis en évidence. Cette molécule est donc souvent utilisée chez la femme psychotique enceinte (166). Il en est de même pour l'**halopéridol**, dont le risque tératogène semble faible (163). La transmission placentaire de cette molécule entre mère et embryon est notamment plus faible qu'avec d'autres molécules (167). Par ailleurs, les antipsychotiques de première génération tendent à entraîner des **hypotensions maternelles** (164) pouvant provoquer des **tachycardies** (surtout chez le fœtus), principalement lorsque ces médicaments sont administrés sous forme injectable (166). De plus, une augmentation d'**accouchement prématuré** a pu être mise en évidence avec la prise de neuroleptiques chez la femme enceinte (167).

Les risques tératogènes sont aussi faibles avec les antipsychotiques atypiques, et notamment l'**olanzapine**, qui est la molécule de deuxième génération la plus

étudiée (167). Cependant, les antipsychotiques atypiques peuvent exacerber le métabolisme normal de la femme enceinte (167), conduisant à une intolérance au glucose, avec pour conséquence direct un risque accru de **diabète gestationnel** (166). Une prise de poids de la femme psychotique enceinte est aussi souvent remarquée lors de la prise de ces médicaments (164). Ces effets indésirables métaboliques auront une conséquence directe sur l'augmentation considérable du **poids du bébé** à la naissance (166).

Les études ne montrent **pas de risque malformatif** important dans l'utilisation des benzodiazépines au cours de la grossesse (164).

Quel que soit l'antidépresseur prescrit lors de la grossesse, il y a un risque non négligeable de 43% de **prématurité** chez les enfants exposés *in utero*. Par ailleurs, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine n'induisent pas de malformations congénitales (163).

Pour les thymorégulateurs, prescrits majoritairement lorsqu'une psychose est associée à un trouble thymique, certains sont tératogènes. C'est le cas de l'acide valproïque et de ses dérivés qui induit une **non fermeture du tube neural**, des **fentes faciales**, des **malformations cardiaques** (164), **uro-génitales**, **rénales** et des **malformations des membres** (166). Il y a aussi le lithium qui entraîne de possibles **malformations cardiovasculaires** (163) (164), des **goitres thyroïdiens**,...(166). Enfin, la carbamazépine est à risque majeur de tératogénicité, car elle peut entraîner une non fermeture du tube neural (164), des fentes faciales, des cardiopathies,... (166).

II.1.3.2.2 Risque fœtal

Le risque fœtal ou fœtotoxicité correspond à la toxicité médicamenteuse durant la phase fœtale, c'est-à-dire les 7 derniers mois de grossesse. Cette toxicité va impacter le développement ou la **maturation des organes** du fœtus. En effet, les fonctions rénales et hépatiques du fœtus étant immatures, l'élimination des médicaments sera plus longue, ce qui peut induire une toxicité (164). De nombreux troubles pourront donc être visualisés comme des **anomalies fonctionnelles** définitives ou temporaires, des **troubles neurocomportementaux** si altération du développement cérébral, ou encore un effet **cancérigène** (159).

Les psychotropes utilisés dans le traitement des troubles psychotiques sont **faiblement fœtotoxiques** (163).

Cependant, on retrouve tout de même des risques de **faible poids à la naissance**, de **naissance prématurée** (167), ainsi que la survenue d'une possible hypoperfusion placentaire donnant lieu à un risque d'**hypoxie** et de **souffrance fœtale** (158) avec les antipsychotiques de première génération pris lors de la grossesse. L'exposition aux antipsychotiques de seconde génération provoque une **augmentation de la taille du bébé** à la naissance et un risque de **retard neurodéveloppemental** jusqu'à 6 mois, mais **résolutif** à partir de 12 mois (167).

La prise de benzodiazépines au cours de la période fœtale peut **diminuer** les **mouvements actifs** du fœtus et entraîner une **variabilité de son rythme cardiaque**. Mais ces troubles sont principalement visibles lors de la prise de fortes doses, et ces effets sont réversibles si les doses sont diminuées ou si le traitement est arrêté (168).

Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine présentent un risque modéré de **faible poids à la naissance** et de **prématurité** (167).

Pour ce qui est des thymorégulateurs pris lors de la période fœtale, ceux-ci présentent **peu de risques**. Le lithium n'induit pas de troubles cognitifs ou comportementaux chez les enfants exposés (167), et la carbamazépine rend des résultats rassurant concernant le développement psychomoteur (168).

II.1.3.3 Place du traitement antipsychotique chez la femme enceinte

Les troubles psychotiques sont traités par psychotropes et électro-convulsivothérapie. Mais quelle est la place de ces traitements chez la femme enceinte, et quelles sont les recommandations de prise en charge d'une femme enceinte atteinte de troubles psychotiques ?

II.1.3.3.1 Rapport bénéfice / risque

La grossesse ne protège pas des troubles psychotiques (168), pourtant les psychotropes pris par la femme enceinte, peuvent exposer le bébé à une toxicité embryonnaire et fœtale.

Ainsi, lorsque l'on évalue le rapport bénéfice-risque de l'arrêt ou non du traitement psychotrope chez une femme enceinte, les résultats concluent que **l'arrêt ne serait pas justifié**, voire dangereux (164). En effet, l'arrêt spontané de la part de la femme enceinte, dans le but d'éviter la toxicité médicamenteuse sur son bébé (166), ou l'arrêt brutal du traitement psychotrope par un médecin, n'est pas une réponse

adéquate dans la prise en charge de la femme psychotique et de son enfant (162) (165). En effet, l'arrêt du traitement antipsychotique (première ou deuxième génération) entraîne une rechute, dont les signes sont maximaux 3 mois après l'arrêt (164). Ces rechutes ont pour conséquence chez le sujet psychotique : une augmentation du risque de **violence** et d'automutilation, de **l'auto-agressivité**, un **déni de grossesse** (163), une **négligence de soins** corporels accompagnée d'une possible **malnutrition**, des **comportements suicidaires**, un risque d'**accouchement prématuré** et une **carence de soins chez le nouveau-né** (164). Une étude roumaine de 2014 a notamment montré qu'à l'arrêt d'un traitement par olanzapine au bout de la 20^{ème} semaine de grossesse, les femmes enceintes rechutaient (169).

Nous voyons donc qu'arrêter le traitement psychotrope pendant la grossesse est plus à risque que de le continuer. Il est donc primordial d'expliquer à la femme enceinte les risques encourus à l'arrêt de son traitement, et de parvenir à faire diminuer son anxiété quant aux discours alarmants sur la dangerosité des psychotropes durant la grossesse (166).

II.1.3.3.2 Recommandations

Des recommandations précises de prise en charge des femmes enceintes psychotiques sont établies pour permettre une santé mentale optimum de la femme. Le but étant de maîtriser ses troubles du comportement en évitant les rechutes, tout en diminuant au maximum la toxicité des psychotropes sur l'embryon et le fœtus (163).

La **psychothérapie**, **l'hospitalisation sans traitement médicamenteux** (163), ainsi qu'un **suivi régulier en consultation externe psychiatrique** (103) doivent être les premières options à choisir pour traiter ces patientes.

Des thérapeutiques non médicamenteuses peuvent aussi envisagées, comme **l'électro-convulsivo-thérapie** (166). En effet, ce traitement est efficace pour traiter les troubles psychiatriques de la grossesse tout en ayant un faible risque pour la mère et l'embryon/fœtus. Le seul danger pour le bébé est une possible anoxie durant l'induction des crises épileptiques. Il est donc indispensable de mettre en place une hyperventilation chez la femme enceinte, à l'aide d'une intubation endotrachéale, et de surveiller au monitoring une possible souffrance fœtale (158).

Ensuite, dans le cas où le traitement médicamenteux s'impose, par principe de précaution, il est recommandé d'utiliser **la dose minimale efficace** (162) de la molécule la mieux connue, en **monothérapie** et sur une période la plus courte possible (166). En effet la règle est d'éviter au maximum les expositions au bébé, en diminuant le nombre de médicaments chez la mère (167). De plus, du fait de modifications de la

cinétique des médicaments au cours de la grossesse, il peut être nécessaire d'ajuster les doses, et notamment de les augmenter (166). Enfin, il est préférable que les changements de traitement vers une molécule plus connue et mieux tolérée pour l'embryon/fœtus s'effectuent avant la grossesse. Il faudrait d'ailleurs, idéalement, que les femmes soient **stabilisées psychiquement**, au minimum 3 mois avant la conception de l'enfant (167).

Concernant le choix des molécules à privilégier, le CRAT, Centre de Référence des Agents Tératogènes, recommande en 2016 d'utiliser les antipsychotiques suivants : **l'aripiprazole**, **l'olanzapine**, la **quétiapine**, la **rispéridone**, puis en deuxième intention la chlorpromazine et l'halopéridol (168). Mais d'autres organismes se basent sur des recommandations différentes, tels que le Collège Américain des Obstétriciens et Gynécologues (ACOG) qui a publié une liste des recommandations selon les preuves scientifiques apportées ou non. Le tableau suivant (tableau 12) résume les principales recommandations des molécules les plus utilisées dans le traitement des troubles psychotiques selon l'ACOG (167).

Classes pharmacologiques	Recommandations basées sur des preuves scientifiques cohérentes	Recommandations basées sur des preuves scientifiques incohérentes ou limitées	Recommandations basées principalement sur l'avis et le consensus d'expert
Neuroleptiques	Halopéridol	Chlorpromazine Loxapine Zuclopthéxol	
Antipsychotiques atypiques	Aripiprazole Olanzapine Palipéridone Quétiapine Risperidone	Clozapine	
Benzodiazépines			Alprazolam Clonazépam Diazépam Lorazépam Oxazépam
Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine	Citalopram Escitalopram Fluoxétine Fluvoxamine Sertraline		Paroxétine
Thymorégulateurs			Carbamazépine Lithium

Tableau 12 : Recommandations selon le Collège Américain des Obstétriciens et Gynécologues des molécules les plus utilisées dans le traitement des troubles psychotiques (167).

En réponse à l'une des premières questions posées concernant l'impact de la maladie maternelle sur le développement de l'enfant, cette partie montre que les signes cliniques de la maladie psychotique, les comorbidités associées et les vulnérabilités causées par la maladie, ont bien des conséquences néfastes sur l'enfant, dès la période embryonnaire et fœtale. En effet, des malformations *in utero*, des complications de la grossesse et un risque de mort utérine est visible. Il est donc indispensable de suivre la femme enceinte et de maintenir un traitement antipsychotique adéquat pendant la grossesse pour le bien de la mère et de l'enfant.

II.2 Troubles dès la naissance du nouveau-né/nourrisson

Selon de nombreux organismes, tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (170), ou encore la Société Francophone Origines Développementales de la Santé (SF-DOHaD) (171), les 1000 premiers jours de la vie d'un enfant, c'est-à-dire la phase de nouveau-né et de nourrisson, sont d'une importance majeure pour sa vie future. En effet, l'environnement dans lequel le nourrisson va interagir : son environnement socio-économique, écologique, nutritionnel, familial, et son mode de vie, auront un impact sur son génome, influençant sa santé future et le risque de développer des maladies durant toute sa vie (171).

Nous allons donc montrer l'impact de la mère psychotique sur ces phases de développement chez l'enfant.

II.2.1 Toxicité médicamenteuse néonatale

Tout au long de la grossesse, l'embryon/foetus s'imprègne des molécules médicamenteuses utilisées pour traiter la mère psychotique (163). Ainsi, nous avons vu qu'il existait certains risques de malformations congénitales, ainsi que des risques lors de l'accouchement. Mais un risque néonatal, propre à certaines molécules existe aussi. De plus, dans le cas où la femme allaite son enfant, celui-ci sera aussi exposé à des molécules via le lait maternel. Nous allons donc montrer les risques néonataux des médicaments utilisés dans le traitement des troubles psychotiques ainsi que les risques liés à leur utilisation lors d'un allaitement au sein.

II.2.1.1 Risques médicamenteux néonataux

Comme vu précédemment, la naissance est une étape traumatique dans la vie d'un enfant. Le nouveau-né devra s'adapter d'un point de vue cardiaque et pulmonaire à son nouvel environnement de vie. De plus, les premières semaines de vie sont le siège d'états pharmacodynamiques et pharmacocinétiques instables, pouvant provoquer des signes de toxicité chez le nouveau-né. Les signes de cette toxicité sont souvent comparables à ceux retrouvés chez les adultes, mais avec des conséquences plus importantes. 2 risques toxiques majeurs coexistent : l'imprégnation et le sevrage (163).

II.2.1.1.1 Signes d'imprégnation

Les effets de l'imprégnation proviennent de la pharmacocinétique du médicament, qui seront d'autant plus puissants que la demi-vie du produit est longue (166).

Les antipsychotiques de première génération, par blocage de la dopamine (166), vont provoquer, à doses élevées (164), des possibles **syndromes extra-pyramidaux**, se traduisant par des tremblements, une hypertonie (163) et des mouvements musculaires anormaux et involontaires (166). De plus, certains neuroleptiques comme la chlorpromazine ou la loxapine vont provoquer des **troubles atropiniques** chez le nouveau-né tels qu'une agitation, une distension vésicale, une tachycardie et des troubles digestifs (163).

Les antipsychotiques de deuxième génération entraînent différents signes d'imprégnation selon les molécules administrées au cours de la grossesse. Des symptômes **anticholinergiques** sont observés avec la clozapine, l'olanzapine, l'amisulpride et l'aripiprazole. Un **syndrome extra-pyramidal** est visualisé avec l'olanzapine, l'amisulpride et l'aripiprazole. De plus, une **diminution à des tests neuromoteurs** a été diagnostiquée chez des nouveau-nés, dont la mère avait été sous olanzapine, quétiapine, aripiprazole ou rispéridone. Par ailleurs, il faut être vigilant et alerté du risque de **leucopénie** chez un nouveau-né lors de la prise de clozapine par la mère (166).

L'utilisation régulière de benzodiazépines peut entraîner un risque de « **floopy syndrome** » (164) ou syndrome de l'enfant mou (166). Cela se traduit par une hypotonie, des troubles de succion, une dépression respiratoire, une sédation, une hyperthermie, des apnées (164) (166), symptômes qui diminueront en quelques jours (172). Les benzodiazépines ne sont donc **pas recommandées en fin de grossesse**. Une interruption définitive doit donc être programmée avant l'accouchement, par diminution progressive des doses (163). Par ailleurs, si une benzodiazépine est indispensable, on privilégiera l'**oxazépam**, qui n'a pas de métabolites actifs et dont la puissance d'action sera faible.

Les antidépresseurs tricycliques comme la miansérine ou la mirtazapine, utilisés ponctuellement dans le traitement des troubles psychotiques, peuvent entraîner une **détresse respiratoire** à la naissance, et plus rarement des convulsions ou une hyperexcitabilité. Ils peuvent aussi exposer le nouveau-né à des signes **anticholinergiques** comme de la tachycardie, une distension abdominale ou une

rétenion urinaire. Les inhibiteurs de la recapture à la sérotonine peuvent provoquer des manifestations diverses qui sont liées à un **syndrome sérotoninergique** comme des angoisses (164).

Les thymorégulateurs vont induire différents signes à la naissance de l'enfant : thrombopénie, troubles de la coagulation, atteintes hépatiques, hypotonie, hypothyroïdie, hypothermie, troubles du rythme cardiaque, microcéphalie,...(166).

II.2.1.1.2 Signes de sevrage

Les signes de sevrage sont liés au manque du médicament dans l'organisme du nouveau-né (166). Les principaux signes sont des **troubles neurologiques**, comme des tremblements, une hypertonie, une irritabilité, ainsi que des **troubles digestifs** tels que des régurgitations, une diarrhée, ou des **troubles respiratoires** comme la tachypnée (173).

Les signes de sevrage observés chez les nouveau-nés, dans le cas d'une prise maternelle de certains antipsychotiques (première ou deuxième génération), lors du troisième trimestre, sont les suivants : **troubles respiratoires, difficultés d'alimentation, agitation, tremblements, anomalies du tonus musculaire** (166).

Les benzodiazépines prises jusqu'à la fin de la grossesse sont à risque non négligeable de pathologies néonatales (166). Les symptômes de sevrage apparaissent après les signes d'imprégnation et quelques jours après la naissance, entre 5 et 15 jours selon les molécules administrées (163). Les signes majeurs sont une **hyperexcitabilité**, des **tremblements**, une **agitation**, voire des **crises convulsives** dans des cas extrême (163) (164) (166).

Des signes de sevrage sont aussi visualisés lors de l'absorption d'antidépresseurs tricycliques et d'inhibiteurs à la recapture à la sérotonine (164).

Le tableau suivant (tableau 13) récapitule, en fonction des principales molécules, les différents symptômes néonataux d'imprégnation et de sevrage retrouvés chez le nouveau-né.

Molécules	Risque néonatal
Antipsychotiques première génération	
Halopéridol	Pas de signe atropinique, ni sédation
Chlorpromazine	Peu de sédation
Loxapine	Signes atropiniques, de sédation et extrapyramidaux
Cyamémazine	Signes atropiniques, de sédation et extrapyramidaux
Levomépromazine	Signes atropiniques, de sédation et extrapyramidaux
Antipsychotiques de deuxième génération	
Olanzapine	Signes atropiniques, de sédation et extrapyramidaux
Rispéridone	Pas de signes atropiniques
Clozapine	Signes atropiniques, de sédation et leucopénie
Quétiapine	Signes de sevrage
Amisulpride	Signes de sédation et extrapyramidaux
Aripiprazole	Signes atropiniques, de sédation et extrapyramidaux
Antidépresseurs	
Mirtazapine	Sédation
Miansérine	Sédation
Paroxétine	Manifestations cliniques d'imprégnation sérotoninergique ou de sevrage
Benzodiazépines	
Toutes les benzodiazépines (oxazépam, alprazolam, diazépam, prazépam, ...)	Initialement sédation, puis irritabilité avec crises convulsives. Signes d'imprégnation et syndrome de sevrage néonatal si traitement poursuivi jusqu'à l'accouchement

Tableau 13 : Effets des principaux traitements des troubles psychotiques sur la période néonatale d'après C. Bascoul, L. Franchitto, O. Parant, J-P Raynaud (166).

II.2.1.2 Allaitement

L'allaitement, qu'il soit au sein ou au biberon, fait partie des fonctions de la parenté (95). Ainsi, après l'accouchement, la mère psychotique devra assumer cette responsabilité. Nous allons donc voir quelles sont les recommandations concernant l'allaitement au sein chez les femmes psychotiques et les risques liés à cette pratique.

II.2.1.2.1 Bienfaits généraux de l'allaitement

L'OMS recommande un allaitement au sein d'une durée minimale de 6 mois, et au mieux jusqu'aux 2 ans de l'enfant (170).

En effet, cela aurait des effets bénéfiques à court terme comme la diminution du risque de maladies infantiles (174) ou d'allergies alimentaires (175), et à long terme comme la prévention du risque de diabète, de surpoids ou d'hypertension artérielle (174). De plus, le lait maternel est reconnu pour avoir des qualités nutritionnelles spécifiques que n'ont pas les laits du commerce. Sa composition qualitative et quantitative en protéines, lipides et glucides serait idéale pour la croissance de l'enfant. Enfin, on remarque un bénéfice cognitif avec l'augmentation du quotient intellectuel chez les enfants allaités par leur mère, et cela d'autant plus que l'allaitement est long (175).

II.2.1.2.2 Risques liés à la maladie psychotique

L'allaitement, en plus de sa fonction de nutrition, est un **moment de connexion privilégié** avec son enfant, mais qui demande une confiance en soi et de bonnes capacités cognitives, en particulier sur la position du bébé lors de l'allaitement (50).

Ainsi, dans le cas de femmes atteintes de troubles psychotiques, les thérapeutes ne favorisent pas forcément l'allaitement maternel. Ils considèrent que la tétée au sein est plus complexe que l'allaitement par biberon, car elle demande une disponibilité psychique importante et sollicite la mère dans l'ensemble de son corps, ce qui pourrait être une **difficulté supplémentaire** pour elle.

De plus, l'allaitement pourrait entraîner un risque d'**égarement de la cohérence identitaire** de la femme psychotique car celle-ci, du fait de l'allaitement, pourrait ne pas concevoir que son bébé est différent d'elle. Le nouveau-né vivrait donc ses premiers moments de confusion avec sa mère, ce qui n'est pas favorable à son développement psycho-affectif (176).

II.2.1.2.3 Risques toxiques de l'allaitement

La pathologie psychique de la mère n'est pas le seul problème lié à la possibilité d'allaiter. En effet, pour leur bien, et le bien de leur enfant, les mères doivent poursuivre leur traitement médicamenteux. Cependant, il est reconnu que le lait maternel possède une teneur riche en lipides qui permet aux molécules lipophiles, telles que les psychotropes, d'être facilement retenues dans le lait et émises lors du nourrissage de l'enfant (163). Ainsi, un des risques majeurs de l'allaitement par la femme psychotique sous traitement, est la **toxicité médicamenteuse** de son lait. L'agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux, la Food and Drug Administration (FDA), considère notamment qu'aucun des psychotropes existant ne peut garantir une totale sécurité pour le nourrisson quant à leur utilisation chez la femme allaitante (4).

Cependant, avec la prise de certaines molécules, il est acceptable ou envisageable d'allaiter. Concernant les antipsychotiques de première génération, l'**halopéridol** et la **chlorpromazine** sont envisageables sous surveillance médicale. La **quétiapine** et l'**olanzapine** sont les antipsychotiques de deuxième génération, pour lesquels l'allaitement est possible. Avec la rispéridone, l'allaitement est possible mais seulement sous surveillance médicale (166).

L'**oxazépam** est la seule benzodiazépine avec laquelle l'allaitement est accepté.

Il est possible pour la femme psychotique de donner son lait sous **paroxétine**. Il est néanmoins déconseillé d'allaiter sous la prise de mirtazapine ou miansérine (166).

Le tableau suivant (tableau 14) récapitule l'utilisation possible ou non des molécules les plus utilisées pour traiter les troubles psychotiques (166), et la quantité en % que l'enfant reçoit de la dose maternelle absorbée en mg/kg, lorsqu'elle est connue (168).

Molécules	Recommandations allaitement	Pourcentage de médicament que l'enfant absorbe de la dose maternelle (mg/kg)
Antipsychotiques première génération		
Chlorpromazine	Possible sous surveillance médicale	Moins de 1%
Halopéridol		0,2-10%
Cyamémazine	Non recommandée	
Levomépromazine	Non recommandée	
Loxapine	Non recommandée	
Antipsychotiques de deuxième génération		
Amisulpride	Non recommandé	11%
Aripiprazole	Non recommandé	1-8 %
Clozapine	Non recommandée	
Olanzapine	Envisageable	1-2%
Quétiapine	Envisageable	Moins de 1%
Rispéridone	Possible à dose ≤ 6 mg/j et sous surveillance médicale	5%
Antidépresseurs		
Miansérine	A éviter	1,5%
Mirtazapine	A éviter	
Paroxétine	Possible	Un peu plus de 1%
Benzodiazépines		
Oxazépam	Possible	1%
Autres benzodiazépines (alprazolam, diazépam, prazépam, ...)	Déconseillées	

Tableau 14 : Quantité absorbée par le nouveau-né, via le lait maternel, des principales molécules du traitement des troubles psychotiques et les recommandations qui en découlent, d'après C. Bascoul, L. Franchitto, O. Parant, J-P Raynaud (166) et le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (168).

II.2.2 Psychose maternelle, troubles et conséquences chez le nouveau-né/nourrisson

Nous avons vu que les étapes de nouveau-né et de nourrisson étaient basées sur l'acquisition de nombreux apprentissages. Le développement de ces aptitudes motrices, sociales et cognitives est notamment essentiel pour la construction future de l'enfant. Cette étape maturative est donc d'une extrême importance, d'autant plus que toute influence positive ou négative va s'ancrer à jamais chez lui.

La femme psychotique, comme lors de la grossesse, a donc toujours un rôle à jouer dans le développement de son enfant. Elle devra aborder son rôle de mère, et répondre aux différentes fonctions maternelles, décrites précédemment. Cependant, sa maladie psychotique peut entraîner des difficultés favorisées par les facteurs de risque et de vulnérabilité qu'accompagnent sa maladie (conditions socio-économiques, monoparentalité, prise de substances toxiques, stress, violence, troubles du comportement alimentaire...). Enfin, la décompensation de sa maladie psychotique n'est pas un phénomène rare, pouvant provoquer des difficultés supplémentaires dans la prise en charge de l'enfant (177).

Nous allons donc montrer l'impact que va avoir la mère psychotique sur le développement de son bébé, de la naissance jusqu'à la fin de son stade de nourrisson.

II.2.2.1 Complications obstétricales et néonatales

La grossesse d'une femme psychotique peut être à risque. En effet, sa pathologie mentale, ses comorbidités associées et la prise de médicaments entraînent plus fréquemment des complications lors de sa grossesse et des malformations congéniales. De plus, lorsque la grossesse est menée à terme, l'accouchement peut aussi être à risque de complications pour la mère et le nouveau-né.

II.2.2.1.1 Epidémiologie

De nombreuses études concernant les femmes psychotiques montrent que l'accouchement et la période néonatale sont à risque de complications.

En effet, une étude rétrospective tunisienne de 2005 montre que la fréquence générale des **complications obstétricales est plus élevée chez les sujets schizophrènes**. On dénombrait environ 67,3% de complications obstétricales parmi les 55 schizophrènes, contre 28,9% des 38 témoins sains, exemptes de tout antécédent familial ou personnel de schizophrénie (178). Une autre étude danoise de 2001 révèle une petite augmentation du risque de malformations congénitales, ainsi

qu'une augmentation de la fréquence d'enfants mort-nés, et de la mortalité néonatale chez les enfants nés de femmes psychotiques. Les causes de ces décès sont d'ailleurs le plus souvent, les malformations congénitales (179).

Ces malformations sont en partie expliquées par une **susceptibilité génétique** liée à la schizophrénie (137). Plusieurs études concluent que les troubles schizo-affectifs et la schizophrénie sont des **facteurs de risque indépendants** à la survenue de malformations congénitales, obstétricales et néonatales (180) (181) (182). Les complications lors de l'accouchement seraient d'ailleurs plus visibles chez des femmes ayant exprimées des délires pendant leur grossesse, ou dans le déni (183).

De plus, comme démontré précédemment, ces femmes ont souvent des facteurs socio-économiques, nutritionnels et des comportements malsains qui entraînent des complications pendant la grossesse, pouvant aussi provoquer des troubles lors de l'accouchement et de la période néonatale. Effectivement, elles ont souvent un âge avancé, atteintes d'un diabète gestationnel (181) ou d'hypertension pendant la grossesse, et fréquemment impliquées dans le tabagisme, l'abus d'alcool ou d'autres substances (137). Ces facteurs entraînent la survenue de malformations obstétricales et néonatales chez les enfants de mères schizophrènes ou atteinte d'un trouble schizo-affectif (182). Enfin, les **traitements psychotropes** de la femme psychotique peuvent engendrer des risques de malformations. Il faudra donc davantage surveiller les nouveau-nés de ces patientes à risque (181).

II.2.2.1.2 Clinique des complications de l'accouchement et de la néonatalogie

Concernant les accouchements, l'étude tunisienne de 2005 indique une augmentation : de **césariennes**, de l'utilisation de **forceps**, d'**anomalies du cordon**, d'une **présentation dystocique**, d'une **rupture prématurée des membranes**, et d'un **travail prolongé** supérieur à 24h par rapport aux populations saines comparées (178). Une méta-analyse autrichienne de 2011, montre aussi l'augmentation du temps de travail chez les femmes schizophrènes (180).

De plus, l'analyse des études concernant les risques néonataux liés à la maladie psychotique maternelle, montre une prévalence élevée de **faible poids de naissance** des nouveau-nés (179) (180). Cependant, ce risque est considéré comme un facteur confondant, car il aussi retrouvé chez les femmes toxicomanes, à faible statut socio-économique ou ayant une forte dépendance au tabac. Ainsi, il est admis que la schizophrénie génère un double risque chez ces femmes (181). On observe également que les enfants de mères schizophrènes ont un risque supérieur de

syndrome de mort subite du nourrisson (179). Enfin, l'étude tunisienne montre une augmentation de **prématurité** et d'**hospitalisation néonatale** chez les nouveau-nés de mère psychotique (178).

II.2.2.2 Troubles du post-partum

En général, la majorité des femmes venant d'accoucher, présentent un diagnostic de troubles du post-partum. Ces troubles fréquents ne doivent pas être confondus entre eux car ils ne seront pas de même gravité. On peut ainsi décrire le blues du post-partum, les dépressions du post-partum, et les psychoses puerpérales.

II.2.2.2.1 Généralités

Le **blues du post-partum** rencontré chez 40 à 60% des femmes (184), apparaît dans les premiers jours après l'accouchement (50). Ce trouble est caractérisé par une dysphorie, c'est-à-dire une perturbation de l'humeur, se manifestant généralement par une irritabilité, de l'anxiété, et un accès de pleurs déclenché par un petit désagrément (185). Ces symptômes sont souvent transitoires, peu intenses et courts. Ils sont dus à la mise en place physiologique d'une hyperréactivité maternelle, lui permettant de répondre au mieux aux besoins de son bébé, sans manquer aucun des signaux. Elle serait donc plus vulnérable psychiquement la mettant dans un état de faiblesse, et d'hypersensibilité fluctuante (184).

Les **dépressions du post-partum** correspondent à l'apparition de troubles dépressifs se manifestant dans la première année de vie de l'enfant. Elles sont à différencier du blues du post-partum, qui lui, est transitoire (186). Ces dépressions touchent environ 13% des femmes (187). Les signes cliniques typiques sont : une anxiété importante et fréquente, une irritabilité envers les membres de la famille, un épuisement majeur, une inadaptation, un déplaisir à s'occuper du bébé, ... (188).

Les **psychoses puerpérales** correspondent à un état de psychose déclenché par un événement de vie, ici, la naissance. Ce trouble apparaît dans les six premières semaines de vie de l'enfant et touche entre 1 et 1,5 ‰ des naissances (189). Il peut se manifester de trois manières :

- Une psychose délirante aiguë dominée par une angoisse maternelle avec des délires mélancoliques ou mégalomaniaques, associée à une humeur instable
- Un accès maniaque puerpéral réunissant une mélancolie et des accès maniaques
- Un accès dépressif majeur (190).

II.2.2.2.2 Post-partum des femmes psychotiques

La période du post-partum chez la femme schizophrène ou atteinte de troubles schizo-affectifs est considérée à risque. Cette étape de vulnérabilité, peut lui générer 2 risques majeurs : la décompensation de son état psychotique (118), et/ou l'apparition des troubles du post-partum, cités ci-dessus. En effet, les troubles psychotiques constituent en eux-mêmes un risque de troubles du post-partum (184) (186) (190).

II.2.2.2.2.1 Décompensation psychotique

La décompensation psychotique correspond à une aggravation de son état psychique. 2 formes cliniques d'exacerbation de la maladie sont à distinguer. La **désorganisation progressive** est la forme la plus courante de décompensation. La mère n'accorde plus à son nouveau-né les besoins qui lui sont nécessaires, bien qu'elle puisse avoir un discours affirmant le contraire. Elle arrive de moins en moins à réagir face aux pressions de la réalité extérieure. D'autre part, il existe la **décompensation psychotique aiguë** qui se manifeste chez la femme par des troubles du sommeil, des comportements bizarres, l'apparition de troubles confusionnels, et de l'anxiété (118).

II.2.2.2.2.2 Troubles du post-partum

De nombreux facteurs identifiés chez la femme psychotique sont retrouvés comme facteur de risque au développement de troubles du post-partum.

Le blues du post-partum, étant physiologique, il peut toucher toutes les femmes, dont les femmes psychotiques (184).

Concernant les dépressions du post-partum, de nombreux facteurs de risque en commun sont mis en évidence tels que :

- Les **complications obstétricales** : bien présentes chez les femmes psychotiques, elles augmentent le risque de dépression du post-partum, d'autant plus si la préparation à la naissance n'a pas été bien menée (188).
- Des **conditions socio-économiques défavorables** (186) (188)
- De **faibles relations conjugales**, souvent retrouvées chez ces femmes, du fait de leur symptomatologie clinique (186)
- Le fait d'avoir subi un **stress pendant la grossesse** (186)
- Des **antécédents d'abus physiques ou sexuels** (188)
- Des **facteurs de risque psychiatrique** (188). Le risque de dépression du post-partum serait notamment multiplié par 2 chez les femmes psychotiques.

Ce surrisque serait dû à un stress maternel intense, généré pour répondre au mieux aux besoins de son nouveau-né, tout en gérant les troubles de sa maladie mentale, et en espérant que son bébé ne soit pas placé (191).

Enfin, parmi les individus à risque de psychoses puerpérales on trouvera principalement des femmes présentant des **antécédents psychiatriques familiaux ou personnels de troubles de l'humeur**, tels que des troubles schizo-affectifs (189).

II.2.2.2.3 Troubles chez le nouveau-né/nourrisson

Les troubles du post-partum vont modifier les comportements de la mère psychotique, ce qui pourra entraîner des troubles du développement, et des troubles fonctionnels chez le nouveau-né et nourrisson.

L'épisode délirant de la décompensation psychotique maternelle peut entraîner des **comportements inadaptés**, voire dangereux pour le nourrisson (192), tels un **infanticide** (97). Cet épisode de délire est polymorphe, car la mère peut éprouver différents ressentis, tels un état confusionnel, de stupeur, d'incompréhension, de déni de la grossesse et de son accouchement ou alors elle peut être angoissée, se sentir menacée, agitée ou totalement en repli sur elle-même (97). Dans ce cas, il est nécessaire d'hospitaliser la mère pour protéger l'enfant (192).

Les dépansions du post-partum induisent dans 15% des cas, des conséquences sur le développement du nourrisson (97). On peut notamment observer des **troubles cognitifs** et **moteurs** chez les enfants dont leur mère psychotique a déclaré une dépression du post-partum (188). Les principaux signes visibles chez ces nourrissons sont : l'**inexpressivité**, la **tristesse**, la **passivité**, le **retrait**, ou à l'inverse, ils ont une grande **hyperkinésie**, une **instabilité psychomotrice** et n'éprouvent pas d'angoisse face aux personnes qui leur sont étrangères (186). On retrouve aussi des **pleurs prolongés anormaux** et des **troubles du sommeil** chez ces enfants (188). Enfin, la **qualité des relations mères déprimées-bébé** ne peut être que **perturbée**, d'autant plus chez la mère psychotique, qui développera d'autres signes déstabilisant le nourrisson (192). Finalement, ces troubles de l'interaction pourront induire chez l'enfant des **altérations de son développement affectif** (97).

La psychose puerpérale de la mère peut aussi induire des troubles chez l'enfant. En effet, le risque suicidaire des femmes et l'**infanticide** sont à craindre lorsqu'elles subissent un épisode de mélancolie délirante ou d'accès dépressif majeur (97) (190).

II.2.2.3 Infanticide

L'infanticide correspond au meurtre d'un enfant, principalement le nouveau-né.

On peut distinguer le **néonaticide** qui s'établit dans les trois premiers jours d'existence de l'enfant, et le **filicide** qui concerne le meurtre par les parents du nouveau-né de plus de 72h.

En dehors des maltraitances et des psychoses puerpérales pouvant déboucher sur un infanticide, l'instabilité de la mère psychotique peut en entraîner un. On observe d'ailleurs que le néonaticide est dû dans 15 à 20% des cas à une maladie psychotique. Le filicide est aussi bien représenté dans la population psychiatrique. Pour cause, 24% des filicides seraient rencontrés lors d'un épisode de psychose aiguë. La femme refuserait son enfant en tant que sujet vivant et différencié et entraînerait ainsi sa mort (193). Une étude anglaise de 2012 portant sur le lien entre filicide et parents atteints de troubles mentaux montre que parmi les filicides retrouvés au Pays de Galles et en Angleterre de 1997 à 2006, 17% des mères étaient schizophrènes ou présentaient un trouble délirant. Bien que la majorité des filicides ne soient pas forcément due à la maladie mentale de la mère, les auteurs préconisent une surveillance accrue chez ces femmes (194).

Outre la simple maladie psychotique de la mère, des facteurs de risque existent et augmentent le risque d'infanticide. Sont notamment retrouvés : une absence de suivi de grossesse, des antécédents de violence, une rupture du traitement, des femmes isolées ou vivant avec un homme perturbé psychologiquement ou qui encourage les ruptures de ses soins psychiatriques (193).

II.2.2.4 Troubles du développement et troubles fonctionnels

La psychose maternelle, ses traitements et ses facteurs de risque impactent considérablement la vie du nouveau-né/nourrisson. Cela peut altérer son développement, et induire des troubles fonctionnels tels que des coliques, un reflux gastro-œsophagien, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, ... Les troubles fonctionnels des enfants sont notamment causés par les troubles psychopathologiques des parents, et les carences affectives (195). Nous allons donc décrire les principaux troubles du développement et fonctionnels visualisés chez ces jeunes enfants nés d'une mère psychotique.

II.2.2.4.1 Troubles fonctionnels

II.2.2.4.1.1 Effet de stress post-traumatique

L'**effet de stress post-traumatique** est un trouble fréquemment rencontré chez les jeunes enfants nés de parents atteints d'une maladie mentale. L'exposition des symptômes psychotiques de la mère peuvent être traumatisant pour le nourrisson, conduisant à une **confusion** et une **peur** chez celui-ci (191). Par ailleurs, dès l'âge de 8 - 9 mois, les structures mnésiques qui permettent la mémoire à long terme, sont déjà efficaces chez le nourrisson. Ainsi, lorsqu'il est victime de ces comportements bizarres, ses sentiments et visions seront mémorisés engendrant des troubles, tels que :

- Des **signes de reviviscence** de l'expérience traumatique, révélés par différents symptômes : une détresse physiologique visible par des troubles du comportement ou du langage, des cauchemars répétés, une forme de sidération ou de regards fixes du bébé
- Des signes d'augmentation de sa vigilance, tels que l'**hypervigilance**
- Une **diminution de son développement et de sa réactivité**, caractérisées par un retrait social, une diminution de la représentation de ses affects, ...

Ces signes sont majoritairement déclarés après la première année de vie de l'enfant, mais certaines études ont montré que dès ses 6 - 9 mois, l'enfant peut déjà manifester ces troubles évocateurs de stress post-traumatique (195).

II.2.2.4.1.2 Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant sont principalement visualisés chez des enfants dont la mère vit une dépression post-natale, qui connaît des antécédents de troubles alimentaires, ou qui est atteinte d'un trouble psychopathologique. Les femmes psychotiques, ne répondant pas correctement aux besoins de leur nourrisson, pourront être insensibles aux signaux de plénitude alimentaire que l'enfant émet, augmentant ainsi son risque de **surpoids**. A l'inverse elles peuvent être évitantes envers leur bébé, avec un comportement restrictif concernant l'alimentation, provoquant un **retard de croissance** pouvant avoir un effet **délétère** sur leurs **capacités cognitives** (195).

II.2.2.4.1.3 Les troubles du sommeil

Le système veille/sommeil qui se met en place très précocement chez l'enfant, est sous l'égide d'un contexte psycho-social et familial équilibré. Ainsi, la psychose de la mère impacte ce développement.

Les troubles du sommeil sont aussi principalement visualisés lors d'un

traumatisme ou d'un stress du nourrisson. Ainsi lors de carences, de maltraitance, de la présence d'un parent ayant une maladie mentale, de violences intrafamiliales ou de conflits, le nourrisson aura tendance à dormir davantage, pour échapper à ses problèmes. A long terme, les troubles du sommeil vont affecter le développement physiologique de l'enfant, entraînant des **troubles de l'attention** et des **déficits cognitifs** (195).

II.2.2.4.2 Troubles du développement

Les enfants nés de mères atteintes de schizophrénie sont particulièrement à risque de manifester des troubles du développement (196).

En effet, une étude anglaise de 2008 tente d'apporter une réponse quant aux causes des troubles du développement chez le nourrisson. L'étude montre que la chronicité des troubles de la mère schizophrène empêche une sociabilisation adéquate, et donc entraîne un **déficit interactif** envers son enfant, provoquant des **retards cognitifs** chez celui-ci (197). De plus, les troubles cognitifs de la mère, liés à sa maladie, entravent ses capacités à fournir un soutien adapté dans les apprentissages cognitifs de son enfant (196).

L'un des troubles du développement, spécifique des enfants de moins de 2 ans nés de mères schizophrènes est la **pandysmaturation**. Ce concept, défini par B. Fish en 1977, fait état de **troubles tonico-posturaux**, de **retard de croissance**, de **troubles de la coordination visuo-motrice**, et de **retard du développement cérébral** (118). Ce trouble correspond à un trait génétique phénotypique spécifique des enfants nés de mères schizophrènes. Ce phénomène transitoire est marqué par un développement psychomoteur chaotique et désorganisé entraînant des retards moteurs, qui seront comblés par des reprises de développement accélérées (198).

Pour conclure, ces jeunes enfants nés d'une mère atteinte d'un trouble psychotique sont donc à risque de développer des complications obstétricales et néonatales, des troubles fonctionnels, des troubles du développement et du comportement, ainsi qu'un risque de mourir.

II.2.3 Maltraitemances

Au cours de notre étude, nous avons pu montrer que la maltraitance infantile, définie plus haut selon l'OMS, faisait partie des facteurs familiaux de vulnérabilité concernant le développement de l'enfant. Dès la grossesse de la femme psychotique, nous avons vu que l'embryon/fœtus était à risque de maltraitance périnatale. Nous allons donc montrer si le nouveau-né/nourrisson est toujours à risque de maltraitance et pourquoi. Quelles sont les types de maltraitemances exercés et quelles en sont les répercussions sur l'enfant ?

II.2.3.1 Facteurs de risque de maltraitance

Il est admis que les enfants de parents atteints de schizophrénie seraient 2 fois plus susceptibles de subir de la maltraitance par rapport à des enfants nés de parents non atteints de maladie mentale (199). De plus, une étude australienne de 2015 montre qu'une mère sur dix atteinte de maladie mentale est accusée de mauvais traitement envers son enfant (200).

Cependant, les facteurs de risque de maltraitance ne sont pas liés exclusivement à la maladie maternelle. On note notamment que les maltraitemances induites par la mère schizophrène se font majoritairement dans un contexte social défavorisé (201). De plus, ces nouveau-nés ou nourrissons, à risque de maltraitance seront exposés à des facteurs de risque provenant d'eux-mêmes, de leur famille, et des conditions dans lesquelles ils vivent, pouvant les mettre en danger (202).

Le tableau suivant (tableau 15) relève les principaux facteurs de risque de maltraitance identifiés (202).

Cause	Facteurs de risque de maltraitance
Liée à l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune, de moins de 3 ans • Garçon • Présentant un handicap • Né prématurément • Séparé dès la naissance de leur mère par un séjour hospitalier ou spécialisé • Né à la suite d'une grossesse pathologique
Liée à la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Situation de violence conjugale ou familiale • Toxicomanies • Troubles de la personnalité des parents (immaturité, instabilité) • Monoparentalité • Inactivité du/des parents • Grossesse non désirée • Ignorance des soins à fournir à un enfant
Liée aux conditions de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Deuil • Séparation • Isolement • Chômage • Hospitalisation d'un enfant • Peu d'amis • Soutien familial inadapté • Conflits relationnels (famille, voisin, autre)

Tableau 15 : Risque de maltraitance infantile en fonction de l'enfant lui-même, de sa famille, et des conditions de vie, d'après Baccino E. (202) et Bednarek S., Absil G., Vandoorne C., Lachaussée S, Vanmeerbeek M. (203).

II.2.3.2 Maladie psychotique et maltraitance

En dépit des facteurs de risque, la maladie psychotique de la mère entraîne une maltraitance infantile. En effet, la clinique de la psychose est à même d'impacter le comportement de la mère, retentissant sur le nouveau-né et le nourrisson (204).

Premièrement, la femme psychotique peut ressentir de la **confusion** entre la **représentation** qu'elle s'était faite de son bébé, et la **perception réelle**, une fois qu'il est né (205). La mère investit et souhaite une fusion intense avec un enfant qui est celui de son imagination, et non celui qui vient réellement de naître (97) (205). Son désarroi va donc affecter ses fonctions de maternage envers le « vrai » bébé, pouvant aller jusqu'à de la maltraitance (192).

De plus, la mère psychotique peut avoir du mal à distinguer les besoins de son enfant de ses propres besoins (205). Les symptômes positifs de la maladie (206),

entraînent chez la femme, un sentiment de **non distinction** entre elle et son bébé (207). Cela implique qu'elle n'arrive pas à le voir comme un individu séparé (192). Ainsi, la mère ne distingue pas si ses sensations viennent d'elle ou de l'enfant. Ne discernant pas les besoins de son bébé, elle va les transposer en fonction de ses propres besoins (97), simplement guidée par ses désirs, ses activités ou ses états, oubliant ou ne voyant pas ceux de son enfant (207). De nombreux exemples peuvent être rapportés, tels qu'une mère qui donne le biberon à son nouveau-né, seulement lorsque celle-ci à faim, indifféremment des besoins spécifiques de l'enfant (97).

Troisièmement, la pathologie de la mère entraîne une **difficulté** pour elle, à éprouver de **l'empathie** et à être capable de **percevoir** et de **répondre** au mieux, aux **demandes** peu explicites du nouveau-né (191). Ce trouble va engendrer un comportement maternel imprévisible, incohérent et inadapté (192), entraînant de graves carences de soins maternels (207). Les premiers mois sont donc chaotiques, et ne permettent pas un ajustement des rythmes de veille/sommeil ou de repas, selon les besoins de l'enfant (191). Une étude française de 2012 concernant les interactions entre mères psychotiques et leur bébé, a pu mettre ce phénomène en évidence et en a conclu que la **sensibilité maternelle** des femmes psychotiques à l'égard de leurs enfants était faible (205).

De plus, l'immatunité, la dépendance, les pleurs et les angoisses du bébé peuvent se mêler aux troubles de la mère et être un risque pour elle. En effet, le nouveau-né peut **désorganiser** la vie de sa mère psychotique la mettant en **danger** ainsi que lui (97) (191). La femme peut se sentir persécutée et percevoir les demandes du nourrisson comme trop intrusives (205), rendant la mère dangereuse. Elle peut aussi ne pas supporter les pleurs du bébé et se désorganiser (97). Elle pourra ainsi, par exemple, user de la contention pour éviter que l'enfant ne bouge (205).

Enfin, ses délires font qu'elle peut voir en son bébé, un objet destructeur et menaçant, l'obligeant à se mettre à l'écart de lui tout en gardant, contradictoirement, un rapprochement vers lui. En effet, la mère psychotique a beaucoup de mal à accepter l'autonomie qui l'éloigne de son nourrisson, elle a donc quand même un besoin de se sentir en fusion avec son bébé (118). Ainsi, la mère agit de manière totalement **imprévisible**, mêlant désinvestissement-investissement envers son enfant, pouvant désorganiser la vie psychique de celui-ci (118).

La mère psychotique a donc **beaucoup de mal** à exercer convenablement ses **fonctions maternelles**, de façon responsable, empathique et avec constance (208).

II.2.3.3 Différents types de maltraitance

II.2.3.3.1 Sévices physiques

Le nouveau-né ou le nourrisson sont à risque de **sévices physiques**, et notamment lors d'une bouffée délirante de la mère psychotique (209). Les principales maltraitances physiques répertoriées chez les nourrissons sont :

- Des lésions cutanéomuqueuses : visibles sous forme de plaies, d'hématomes, d'ecchymoses, de brûlures, de morsures ou d'alopécie (cette dernière peut aussi être due à des carences nutritionnelles)
- Des fractures, très fréquentes chez les moins de 18 mois
- De graves traumatismes crâniens
- Des lésions viscérales (202)

Des observations ont notamment pu montrer que la femme pouvait user de la contention pour que l'enfant ne bouge plus, pouvant le blesser (205). Elle peut aussi le secouer, ou être violente avec lui du fait d'un délire de sa maladie (209).

De plus, dans de rares cas, la mère schizophrène peut en arriver à l'**infanticide**. Ses délires à type de persécution et troubles paranoïaques l'entraînent à percevoir son bébé comme persécuteur, pouvant causer la mort de ce dernier (210).

II.2.3.3.2 Maltraitance psychologique

La **maltraitance psychologique** envers le nouveau-né ou nourrisson est largement retrouvée dans le comportement des mères atteintes de troubles psychotiques (204). Les types de maltraitance psychologique rencontrés chez les femmes psychotiques et leurs bébés sont :

- Des actes contradictoires ou ambivalents
- Une ambiance angoissante pour le nourrisson du fait de l'hostilité, du caractère menaçant ou de l'imprévisibilité des réactions de la mère
- Une indifférence face aux demandes affectives de l'enfant (202)

La maltraitance psychologique fait souvent suite au caractère paradoxal de la mère qui a peur de la dépendance de son bébé envers elle, tout comme elle a peur de l'autonomie qu'il pourrait prendre. L'enfant se retrouve donc dans un environnement confus causé par cette maltraitance psychologique (205).

II.2.3.3.3 Négligences et carences

Outre la maltraitance physique et psychique décrite ci-dessus, certains auteurs indiquent que les parents atteints de troubles mentaux ne seraient pas forcément

« maltraitants » à proprement parler, mais ne seraient pas en mesure de traiter convenablement leur enfant, du fait de leur pathologie. Ainsi, ils parleraient plutôt de « mauvaise traitance ». Ces situations sont principalement dues à des **incompétences** ou des **défaillances maternelles** induisant de la négligence et des carences chez le nouveau-né / nourrisson (204). Elles sont décrites comme : « la non satisfaction des besoins physiologiques (sommeil, alimentation...) et/ou affectifs (amour parental, protection face au danger,...) de l'enfant » (211).

Ces **carences et négligences** sont donc la cause de la maladie psychotique qui altère ses capacités maternelles, provoquent des comportements inadaptés sur son bébé entraînant finalement des troubles tels qu'une faible attention envers son enfant et une absence d'écoute et de réponses à ses besoins (191). Des exemples de carences et négligences peuvent être cités, comme :

- L'alimentation de l'enfant qui pourra être inadéquate, entraînant des carences nutritionnelles (204), à type de dénutrition, déshydratation et carences pro-vitaminiques (212). Environ 20% des nourrissons en situation de négligence alimentaire auraient un rapport poids/taille inférieur aux recommandations (203).
- Le choix des vêtements du bébé qui pourront être inadaptés à la saison,
- Un manque d'hygiène (204).

De plus, en grandissant, les désirs propres de l'enfant et son autonomie vont affecter les capacités de la mère, rendant sa tâche plus difficile à accomplir. En effet, elle sera dans le déni des progrès de son nourrisson, ce qui pourra engendrer la rupture de phases de progression de l'enfant (tableau 5) telles que : l'acquisition de la position assise, la mobilité, la marche, le langage,... (118). Ces carences sont dites qualitatives, car dans ce cas, la mère est présente mais ses fonctions maternelles sont incohérentes, voire néfastes (213).

Enfin, un autre type de carence est caractéristique du comportement des mères psychotiques : c'est la **carence affective** du nouveau-né/nourrisson. Cette carence est due à la pauvreté de l'investissement psycho-affectif de la mère envers son bébé. Ainsi ce dernier sera en attente constante d'affection de sa mère (204). Les signes chez la mère pouvant créer une carence affective sont :

- Une discontinuité de liaison entre la mère et son enfant, causée par des séparations aux motifs différents
 - Une insuffisance d'interaction dès les premiers jours de vie
 - Une qualité distordue de l'apport maternel (mère imprévisible, chaotique,...)
- (84)

Dans ce cas, l'enfant souffre de carences qualitatives, mais aussi quantitatives, correspondant à une mère peu ou pas du tout présente. Les principales causes de cette absence physique sont les hospitalisations en vue d'un rééquilibrage psychique de la mère (213).

II.2.3.4 Conséquences de la maltraitance

Les différents types de maltraitance entraîneront des troubles comportementaux chez le bébé. Ces troubles sont souvent associés aux troubles du développement, car il est fréquent qu'un trouble du comportement puisse engendrer des troubles du développement. Nous allons donc montrer quels sont les troubles du comportement et leurs conséquences sur le développement des nourrissons nés d'une mère psychotique.

II.2.3.4.1 Hyperadaptation

Pour répondre à l'imprévisibilité de sa mère, le nourrisson va mettre en place une stratégie de défense pour s'adapter de manière excessive aux manifestations inadéquates de sa mère (118). Ce **comportement hyperadaptatif** mis en place chez l'enfant, dès son plus jeune âge, est exprimé par une inhibition ou un contrôle de ses besoins, expressions et affects. Le but de cette hyperadaptation est de ne pas déranger sa mère, et ainsi, respecter son seuil de tolérance. L'enfant ne serait donc pas perçu comme un persécuteur aux yeux de celle-ci, ce qui le protégerait des comportements dangereux de sa mère, voire d'une possible maltraitance (205).

Différents comportements d'hyperadaptation peuvent être visualisés, comme un enfant qui pourrait **retenir volontairement ses mouvements**, et être **hypotonique** du fait de l'intolérance maternelle à sa motricité, évitant ainsi pour lui une possible contention (205). L'enfant peut aussi se **réfugier dans le sommeil** et **auto-réguler ses états de vigilance** (tableau 4), qui sont normalement apaisés ou stimulés par la mère (97). De plus, il est observé que ces nourrissons pleurent et appellent moins leur mère dans les premiers mois de vie, même lorsqu'il s'agit de manifester leurs besoins vitaux. Ils **s'adapteront à la disponibilité aléatoire de leur mère** malade (191).

II.2.3.4.2 Hypervigilance

Pour permettre de s'adapter au comportement de sa mère, l'enfant doit avoir préalablement mis en place une attitude d'**hypervigilance**. Ce phénomène correspond à la **prévision** et à l'**anticipation** par l'enfant, des réactions de sa mère. Cela lui évite la répétition des attitudes inappropriées de sa mère, pouvant être

dangereuses pour lui. L'hypervigilance oblige donc l'enfant à être constamment sous tension, à recruter toute ses capacités cognitives et son énergie psychique à analyser les mouvements et les réactions de sa mère (204). De plus, ces bébés répondront moins bien aux stimuli extérieurs et seront moins éveillés (118).

Ce sentiment d'insécurité et cet état de vigilance permanent demande beaucoup d'énergie pour l'enfant, ce qui va entraîner de nombreux troubles du développement et des troubles fonctionnels (204). En effet, l'enfant pourra présenter des **troubles du sommeil**, en étant hypersomniaque du fait de l'état de vigilance durable, puis plonger d'un seul coup dans un sommeil profond, après une trop longue phase d'hypervigilance (205). De plus, toutes les fonctions et l'énergie que lui permettent cet effort, ne seront pas utilisées pour son développement cognitif, moteur et social. Il ne développera donc pas convenablement les connaissances et aptitudes qui lui seront nécessaires pour son futur (204). Ainsi les nourrissons nés d'une mère psychotique vont souvent brûler quelques étapes du développement. En effet, ils vont par exemple passer la phase du quatre pattes pour se redresser rapidement dans le but de décharger leur mère, et non d'aller découvrir le monde extérieur (214). On retrouve ainsi très fréquemment un **retard dans l'évolution psychomotrice** de ces bébés (121). L'**épanouissement** et le **développement** de ces nouveau-nés/nourrissons sont donc **affectés** par l'état mental de leur mère (204).

L'adaptation excessive du nourrisson au comportement de sa mère a donc un rôle protecteur pour les 2 individus, mais peut aussi troubler le processus de maturation de l'enfant, du fait de l'hypervigilance induite (118).

II.2.3.4.3 Stress chronique précoce

Ces 2 précédents comportements s'apparentent à un **stress chronique précoce**. En effet, l'hyperadaptation et l'hypervigilance sont 2 états chez l'enfant qui provoquent un stress toxique précoce (204). De plus, il est admis que la maltraitance infantile, la négligence, ou des interactions angoissantes avec le bébé, du fait de leur caractère imprévisible, chaotique et incompréhensible, vont entraîner chez celui-ci un stress chronique. La chronicité de ce stress va **affecter les structures cérébrales** du bébé, de manière irréversible, jusqu'à l'âge de 2 ans (214), impactant certaines fonctions essentielles de son développement (90).

Une étude française de 2009 a étudié le lien entre le taux de cortisol salivaire, le quotient de développement du nourrisson, et les troubles des interactions entre ces nourrissons et leurs parents. 180 nourrissons âgés de 3 mois à 2 ans ont été inclus

dans cette étude, dans différents groupes, selon des critères familiaux pouvant être à risque ou non pour l'enfant. Ainsi, l'étude fait état d'un quotient de développement global inférieur chez les enfants appartenant au groupe dont les familles pouvaient avoir des difficultés, telles une mère schizophrène ou toxicomane (214). Par ailleurs, le stress chronique chez ces nourrissons pourrait générer des conséquences telles une **diminution de la taille de leur cerveau**, une **hyperactivité** lors de stimuli stressants, des **troubles cognitifs** dès leur plus jeune âge, et des **troubles d'apprentissage** (204).

II.2.3.4.4 Troubles psychomoteurs

Les carences et négligences subies par l'enfant peuvent aussi avoir des répercussions sur son développement psychomoteur. En effet, un **retard des acquisitions psychomotrices** est visualisé chez ces enfants, insuffisamment stimulés par leur mère. Il est donc observé un retard dans l'acquisition de la marche, dans la préhension des objets. Ces nourrissons ont souvent une incoordination psychomotrice et une hypotonie axiale. Bien que ces signes puissent faire penser à un trouble neurologique, ce n'est pas le cas, la cause est bien maternelle (211).

II.2.3.4.5 Troubles affectifs

Les troubles affectifs, principalement causés par les carences affectives, seront développés dans la partie suivante concernant le lien mère psychotique-enfant.

En conclusion, la maladie psychotique de la mère entraîne fréquemment des conduites maltraitantes, provoquant une souffrance précoce, et de nombreux troubles du comportement et du développement chez le nouveau-né/nourrisson.

II.2.4 Lien mère-enfant compromis

Le lien mère-enfant est essentiel au développement physique et psychique du jeune enfant et de son futur. Cependant, la maladie psychotique de la mère engendre de nombreux troubles, et notamment des carences affectives, qui pourront impacter le lien d'attachement mère-enfant. Nous allons donc montrer quel type de lien se crée entre une mère psychotique et son enfant, et quelles en seront les conséquences.

II.2.4.1 Expression du lien d'attachement chez la mère psychotique

II.2.4.1.1 Troubles des interactions précoces

II.2.4.1.1.1 Généralités

Dès la naissance, un processus d'attachement se met en place entre la mère et son enfant sur la base d'interactions, nommées interactions précoces. Ce processus interactif se développe selon 3 types d'interactions :

- Les **interactions comportementales** : visuelles, vocales ou corporelles. La mère doit être attentive au rythme de son bébé pour pouvoir interagir au mieux avec son enfant. Pour qu'elles soient satisfaisantes, ces interactions doivent être continues, synchrones et respecter le niveau de stimulation que le bébé peut accepter.
- Les **interactions affectives** : s'établissent au travers d'expression, de paroles et de comportements permettant un échange d'émotions et une recherche de relation sociale entre les 2. Le sourire et le regard font notamment partie de ces interactions. La mère doit être empathique pour recevoir et comprendre au mieux le ressenti de son bébé.
- Les **interactions fantasmatiques** : influence réciproque entre la mère et son bébé de l'évolution de leur vie psychique dans leurs figures imaginaires, conscientes, inconscientes et fantasmatiques (215).

L'attachement se met en place entre une mère et son enfant grâce à ces comportements. Lorsqu'un trouble psychique empêche ou modifie ces interactions précoces, le développement psychique et physique de l'enfant sera en danger (216).

II.2.4.1.1.2 Etudes des interactions précoces

De nombreuses études ont été menées pour déterminer le type d'interaction existant entre une mère psychotique et son bébé. L'observation de ces interactions est permise par l'utilisation d'enregistrements vidéo. Les psychothérapeutes évaluent donc la fréquence des interactions et le comportement de chacun des sujets (108).

Une méta analyse danoise et anglaise de 2015, concernant les interactions et comportements de la mère psychotique et de son bébé conclue que le comportement de la mère a une influence importante sur le comportement de son enfant. Celui-ci **modifie son comportement en fonction de l'interaction qu'il existe entre lui et sa mère psychotique** (217). L'étude fait les descriptions suivantes, réparties dans le tableau 16 :

<p>Comportement de la mère en fonction de l'âge de l'enfant</p>	<p><u>6 semaines :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible contact corporel durant les moments de jeu • Peu de contact social durant l'alimentation • Tension et incertitude <p><u>6 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact social réduit pendant le jeu <p><u>12 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Moment de l'alimentation tendu et incertain <p><u>13-36 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la réactivité et de la stimulation <p><u>Comportement général de la mère schizophrène :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intrusive ou totalement absente et exigeante • Dégageant peu de chaleur émotionnelle • Discours moins centré sur le bébé
<p>Comportement du nourrisson selon son âge</p>	<p><u>3 et 5 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction du contact social <p><u>4 mois (comparé à un groupe témoins) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Moins curieux de l'environnement • Moins attentif à la mère • Moins dynamique <p><u>13-36 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Compétence en communication réduite • Faible expression de l'affection • Peu d'expression d'émotions pendant les jeux • Faible utilisation de la mère comme ressource
<p>Interactions mutuelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats montrant que l'attention du nourrisson dépend de la réactivité et de la sensibilité de sa mère : les bébés de mères évitantes sont notamment moins attentifs <p><u>4 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Moindre interactions mutuelles satisfaisantes, douces et engagées <p><u>13-36 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la liaison affective faible • Moins d'hostilité et d'anxiété entre les 2 êtres

Tableau 16 : Résultats résumés d'une méta analyse de 2015 concernant les interactions précoces et comportements entre mères schizophrènes ou atteintes de troubles psychotiques et leur nourrisson (217).

Une autre étude française de 2012 avait pour objectif de travailler sur les interactions précoces de mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. Les résultats de leurs recherches concernant 18 mères atteintes de troubles psychologiques hospitalisées dans un service de soins en périnatalité montrent très **peu d'interactions comportementales et peu variées**, que ce soit du côté de la mère ou de l'enfant. Le couple mère-enfant n'en produit d'ailleurs aucune pendant environ 35% de leur temps. Les comportements affectifs sont aussi très rares. Le tableau suivant (tableau 17) relève le résumé des principales interactions observées et décrites lors de cette étude (205) :

	Interactions comportementales	Interactions affectives
Mère	<ul style="list-style-type: none"> • Comportements d'apaisement rares : difficultés à calmer les angoisses du nourrisson • Peu de comportements tactiles • Utilisation plus importante des comportements vocaux envers son bébé, pouvant même être intrusifs et excessifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de caresses, sourires, bercements • Evitement du regard • Moment d'intense fusion avec son nourrisson en alternance avec un période d'indifférence extrême
Enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Communication par le regard privilégiée, mais très dépendante des enfants : certains ne regardent pas du tout leur mère, alors que d'autres la regardent en continu • Très peu d'appels à leur mère : n'utilisent ni vocalises, ni pleurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitement du regard, détourne la tête

Tableau 17 : Interactions précoces comportementales et affectives des mères psychotiques et de leur enfant, observées lors de l'étude française de 2012 d'après S. Gandillot, J. Wendland, M. Wolff et P. Moisselin (205).

Concernant les relations mère-bébé, l'étude montre que lorsque la mère essaie d'interagir favorablement avec son nourrisson, celui-ci **ne réagit pas forcément comme on pourrait si attendre**. En effet, si l'enfant n'est pas habitué à un comportement maternel favorable, il ne sera pas à l'aise et pourra avoir un comportement déroutant à son tour. Ce trouble du comportement peut aussi être expliqué par des interactions maternelles favorables mais qui ne sont pas assez longues dans le temps ou qui n'interviennent pas à un moment propice pour l'enfant (205). De plus, d'autres travaux ont montré que la **surstimulation** du bébé pouvait entraîner une **inhibition future** de l'enfant (218).

Par ailleurs, les observations de l'étude de 2012, concernant le comportement, la sensibilité maternelle et l'affectivité, permettaient de définir un style d'interaction reflétant celle de la mère envers son bébé, celle de l'enfant envers sa mère, et les interactions réciproques. Il en a été déduit que les mères psychotiques étaient majoritairement **contrôlantes**. Dans ce cas, les mères interagissaient avec leur enfant **sans prendre en considération leurs signaux**. Dans d'autres cas minoritaires, les mères psychotiques étaient **désengagées**, elles étaient ainsi passives, **indifférentes et indisponibles aux besoins de leur bébé**. Les nourrissons de ces mères étaient quant à eux plutôt de type « **difficiles** », c'est-à-dire qu'ils étaient **agités**, montrant des signes de **frustration** et d'**opposition**. Enfin, les résultats finaux montraient que les interactions de la mère et de l'enfant s'associaient, et que dans ce cas on observait majoritairement des styles « contrôlants/ difficiles ». Cette observation justifiait ainsi que le comportement du bébé était bien en lien avec celui de sa mère. Le développement futur de l'enfant sera donc principalement influencé par la capacité maternelle à répondre à ses besoins, plutôt qu'au diagnostic en lui-même de sa pathologie mentale.

L'étude conclut finalement que ce défaut relationnel **affecterait** de manière évidente le **développement social et affectif des enfants** (205).

Enfin, les interactions précoces peuvent être altérées par le traitement de la mère. Les **antipsychotiques** peuvent aussi **influencer la vigilance** de la mère et la séduer, diminuant ainsi sa capacité à s'occuper de son nourrisson, notamment la nuit. Les médicaments peuvent aussi **influer sur le caregiving** maternel en diminuant ses comportements affectifs (219).

II.2.4.1.2 Type d'attachement mère psychotique-bébé

Le style d'interaction entre une mère et son nourrisson et les comportements qui en ressortent, permettent de définir le type d'attachement existant entre la mère psychotique et son enfant.

Les principaux types d'attachement retrouvés entre une mère psychotique et son enfant sont l'**attachement insécuré** et l'**attachement désorganisé**. En effet, dès 1984, il est décrit un nombre important d'attachement insécuré chez les enfants de mères schizophrènes, âgés de 1 an (198). Puis en 1986, Eugene J. D'angelo montre, grâce à une étude, que les liens d'attachement entre un enfant et sa mère psychotique étaient plutôt de type évitant-anxieux (220). En 1999, d'autres auteurs tels que Snellen, démontre une plus grande insécurité de l'attachement chez les enfants nés de mères

avec des troubles psychotiques, avec des comportements désorganisés, ambivalents, évitants et résistants (221). Enfin, la méta analyse danoise et anglaise de 2015, retrouve une majorité de lien d'attachement insécurisant-évitant et insécurisant-désorganisé chez les nourrissons de mères psychotiques. Les nombreux comportements incertains de la mère, notamment pendant l'alimentation de son bébé, font partie des signes en faveur d'un attachement inséure (217).

Pour rappel, l'attachement inséure correspond à des réponses aux besoins de l'enfant qui sont inadéquates ou incomplètes. L'enfant réagira de 2 façons, soit en inhibant ses réactions émotionnelles c'est l'attachement inséure évitant, soit en amplifiant ses demandes de réconfort, ce que l'on nomme l'attachement inséure ambivalent. L'attachement désorganisé, est quant à lui, particulièrement visible lors de maltraitances et rend le comportement des enfants absurde, parce qu'ils souhaitent la proximité de leur mère, tout en les fuyant.

L'attachement inséure ou désorganisé est expliqué en premier lieu par la clinique des troubles psychotiques de la mère. La fluctuation des symptômes des mères peut entraîner une **agressivité**, des **comportements inadéquats et imprévisibles empêchant un lien d'attachement convenable**. De plus, les **symptômes de retrait** de la mère psychotique **diminuent les interactions**, les échanges, les jeux, les stimulations avec leur bébé (219). Les **symptômes négatifs** de celle-ci, tels que l'aversion, l'apathie, l'anhédonie et sa désorganisation vont aussi influencer négativement la promotion d'un lien séure avec son nourrisson (206). Enfin, les **troubles cognitifs** fréquemment rencontrés chez ces femmes, rendent **difficiles** pour elles le **discernement des signaux** de leur enfant, et ne se rendent pas forcément compte de l'affect de celui-ci (219).

Cependant, ces types d'attachement sont d'autant plus marqués lorsque des facteurs de risque de **vulnérabilité** y sont ajoutés. En effet, des facteurs externes modifient le caregiving de la mère (112). Un faible niveau socio-économique, une maltraitance de l'enfant et des parents alcooliques ou addictifs favorisent un attachement désorganisé (222). La relation de la mère avec le père de l'enfant joue aussi un rôle important dans sa capacité à donner des soins adéquats à son bébé. De plus, bien que l'attachement puisse être de mauvaise qualité avec sa mère, le nourrisson peut retrouver en son père, ou un membre proche de la famille, une figure d'attachement plus sécurisante. Cependant, la hiérarchie de l'attachement étant en faveur de la mère pour l'enfant, celui-ci sera quoi qu'il arrive impacté par un attachement maternel inséure ou désorganisé (112).

II.2.4.2 Attachement non sécure et conséquences chez le nouveau-né/nourrisson

Les mères psychotiques et leur enfant ont pour caractéristique majeure, un attachement insécure ou désorganisé. Ces types d'attachement peuvent engendrer des troubles chez le nourrisson – enfant – adolescent et adulte. Le but de cette partie étant de définir plus précisément ces troubles liés spécifiquement à l'attachement insécure ou désorganisé de la mère et du jeune enfant.

II.2.4.2.1 Troubles dits « de l'attachement »

Il existe 2 types de troubles de l'attachement selon le DSM-V, qui sont : le trouble de désinhibition de contact social et le trouble réactionnel de l'attachement (1). Dans les 2 cas, les causes sont en lien avec un rapport mère-enfant inadéquat et négligent (223).

Le **trouble de désinhibition de contact social** correspond à une familiarité excessive du jeune enfant envers des adultes qui ne sont pas familiers. Ce sont des enfants qui se comportent anormalement avec des inconnus. Ces nourrissons, très souvent délaissés par leur mère, changent souvent de figures d'attachement, du fait des hospitalisations répétées de leur mère. Ainsi des liens stables ne peuvent être établis. Ce trouble est aussi visualisé lorsque la mère néglige de façon continue les besoins émotionnels de son enfant (224).

Le **trouble réactionnel de l'attachement** correspond à une difficulté pour le nourrisson à former une relation d'attachement sélective ou privilégiée avec une personne. Ces jeunes enfants ne recherchent pas d'affection ou de réconfort lors d'une période de stress. Ils développeront des troubles à type d'anxiété, de tristesse, de repli sur soi, et des signes de retrait (223).

II.2.4.2.2 Troubles externalisés

Les troubles de l'attachement, et notamment un attachement désorganisé vont influencer le **comportement** du jeune enfant provoquant des troubles dits externalisés. Ils sont classés dans la CIM-10 dans les « troubles mixtes des conduites et des émotions », les « troubles hyperkinétiques », et dans les « troubles des conduites ». Pour le DSM-IV, ces troubles correspondent aux symptômes « du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », « du trouble oppositionnel » et « des troubles des conduites » (225). En résumé, les enfants atteints de ce trouble seront **agités, impulsifs, désobéissants, agressifs**, et auront des **troubles du développement** tels que des troubles du langage avant 3 ans (226).

Les troubles externalisés ont une origine multifactorielle. On peut noter 3 grands types de facteurs pouvant influencer sur ces troubles, en lien avec notre sujet :

- Des **facteurs constitutionnels**, liés à l'installation neurologique de l'enfant, dont les troubles peuvent apparaître lors d'une souffrance fœtale ou une prématurité.
- Des **facteurs épigénétiques**, liés au contexte relationnel de vie de l'enfant, à son éducation, à la qualité de la relation entre enfants et parents. Ainsi la relation mère psychotique – nourrisson étant chaotique, elle ne permet pas un bon attachement, ce qui peut influencer sur ce facteur et donc sur la potentielle survenue de troubles externalisés.
- Des **facteurs environnementaux**, liés au contexte de la vie tels qu'une séparation ou un deuil.

Ces 3 facteurs vont interagir entre eux et influencer le comportement de l'enfant (225).

II.2.4.2.3 Troubles internalisés

Les troubles internalisés correspondent plutôt à des **troubles de l'humeur** (anxiodépressifs), des comportements de **retrait social**, et des **plaintes psychosomatiques** (227). Ils sont moins fréquents que les troubles externalisés chez les enfants nés de mère psychotique.

II.2.4.2.4 Autisme infantile

Une des causes de l'autisme est un attachement désorganisé mère-enfant. L'autisme infantile peut être diagnostiqué selon la CIM-10 et le DSM-V dès l'âge de 3 ans. Cependant, bien avant, on peut observer des **troubles du développement** significatif d'un autisme infantile. Dès la première année de vie on peut déceler chez ces enfants un **défaut d'ajustement de la posture**, une **rareté d'attitude anticipatrice**, des **troubles du comportement** (peurs inhabituelles, ralentissement psychomoteur) et des **troubles des conduites alimentaires**, ainsi qu'un **extrême repli sur soi** (195).

II.2.4.2.5 Carences affectives

Les carences affectives sont caractérisées par 3 phénomènes : une insuffisance d'interactions entre la mère et son enfant, due à un placement de l'enfant par exemple ; une distorsion du comportement de la mère (imprévisibilité, incohérence) affectant la qualité des liens entre la mère et l'enfant ; et une discontinuité des liens due à des séparations fréquentes, comme lors d'hospitalisations maternelles (84). Pour pallier

ces carences ou en conséquence de celles-ci, l'enfant va développer des comportements et des troubles spécifiques.

II.2.4.2.5.1 Mécanismes de défenses précoces

L'attachement non sécurisant et le maternage insatisfaisant va créer des carences affectives chez le nourrisson. En contrepartie, il développera différents mécanismes de défense précoces, pour lutter contre ces carences.

Dès les premiers mois, un nourrisson qui subit un attachement insécuré ou désorganisé pourra développer ce que l'on appelle **une réaction de gel**. Elle est définie par une terreur muette caractérisée par une **immobilisation** du regard, de la posture, de la voix tout en étant agrippé à la mère. Son but est de **maintenir le faible lien qu'il existe entre lui et sa mère**. Cependant, au fur et à mesure que le traumatisme perdure, le nourrisson n'a plus assez de force pour continuer son action de « gel » et de retrait lorsque celui-ci s'impose. De plus, son immobilité permanente lui provoque des douleurs l'obligeant à renoncer à ce mécanisme défensif. Ainsi le bébé peut s'effondrer et s'enfoncer dans un état de total **désorganisation** (228).

Un autre mécanisme de défense est l'**évitement sélectif de la mère**. Ce comportement que l'enfant met en place dès 3 mois, a pour but de **fuir une situation désagréable avec sa mère** (228). L'évitement est caractérisé par une absence de recherche de consolation lors d'un évènement stressant, une indifférence totale aux stimulations des adultes, ou un détournement actif de celui-ci tel un détournement du regard. Cependant lorsqu'un besoin essentiel à l'enfant devient urgent, celui-ci peut se **désorganiser** totalement, en criant, hurlant ou entrant dans une fureur intense (229). On parle dans ce cas là d'un état de désintégration, correspondant à un mécanisme de défense par production active de chaos (230).

Lorsque le nourrisson détient un peu plus de compétences motrices, il pourra mettre en place un mécanisme de **lutte**. Ce **comportement violent** envers sa mère intervient lorsque l'enfant terrifié et anxieux ne veut pas s'effondrer et perdre le contrôle. Il ne veut pas entrer dans un état de désintégration (228).

A partir de 9 mois, le bébé peut mettre en place une technique de **transformation de l'affect**. Ceci s'exprime par une modification des comportements de terreur, de cris et d'hurllement lors de moments angoissants avec la mère, par des rires niais, théâtraux ou excités. Ce comportement est une réaction de **défense face à une anxiété** insoutenable de l'enfant (228).

Enfin, vers l'âge de 1 an, le nourrisson, éprouvant une telle crainte de sa mère et un tel mal-être, va développer une **inversion des attitudes**. Ce phénomène consiste à retourner l'agressivité qu'il a envers sa mère contre lui-même. Il va donc s'infliger des coups, dont la douleur ne lui sera presque pas perceptible, du fait de sa haute tolérance à la douleur (228).

Nous voyons que par le développement de ces mécanismes de défense, les enfants, dès leur plus jeune âge, souffrent beaucoup de la relation avec leur mère. Malheureusement, l'un des problèmes déjà rencontré, à rajouter encore ici, est la possible désorganisation mentale de la mère, du fait des réactions de son enfant. En effet, la mère déjà instable, peut avoir davantage de réactions inappropriées si son enfant se désorganise et potentiellement avoir des comportements à risque pour le bébé. C'est donc la double peine pour ces enfants, qui en souhaitant diminuer leur mal-être, peuvent souffrir encore plus de maltraitance, voire d'infanticide (97).

II.2.4.2.5.2 Troubles thymiques

Le **retrait relationnel** correspond à un repli sur soi, dans le but de se défendre et de conserver sa personnalité. C'est un symptôme que l'on retrouve en permanence dans les troubles précoces de l'attachement (195).

La **dépression** du nourrisson quant à elle, fait partie des conséquences possibles des carences maternelles quantitatives ou qualitatives (84). Elle est diagnostiquée lorsque le jeune enfant semble irritable ou déprimé, qu'il pleure ou se plaint constamment, qu'il ne montre aucun intérêt pour les jeux ou activités en général, qui n'interagit pas ou très peu avec son environnement social. De plus, lorsque des troubles de l'alimentation, du sommeil et une perte de poids sont associés, on peut affirmer le diagnostic de dépression du nourrisson (195).

II.2.4.2.5.3 Syndrome du comportement vide

Le syndrome du comportement vide fait partie des troubles sévères de l'attachement représentant une importante **perturbation** sur l'organisation **relationnelle** et **affective** du jeune enfant.

Ce comportement est principalement observé chez des enfants dont la mère l'a privé de relation et d'affection (231). Les symptômes de ce comportement sont nombreux et variables. On peut observer :

- Une indifférence totale face à des stimulations diverses, comme si l'enfant vivait de façon mécanique, ou au contraire un besoin incessant d'activité (231),

- Des regards fuyants empêchant l'interaction avec les adultes (84),
- La non distinction des personnes lui étant familières, et une absence de peur lors d'interactions avec des personnes étrangères,
- Un retard de croissance,
- Des troubles du sommeil,
- Une instabilité psychomotrice (231),
- Des troubles du tonus avec membres supérieurs hypertoniques, et membres inférieurs hypotoniques (84)
- Des infections récurrentes (rhumes, otites, vomissements, rhino-pharyngites) (84) (236),
- Une pelade (231),
- Des énurésies,... (84)

Ces comportements, non pris en charge à temps, peuvent entraîner une **vulnérabilité psychique** importante et des **désorganisations somatiques** (231).

II.2.4.2.6 Troubles de la régulation du stress

L'attachement insécuré, par définition, ne permet pas à l'enfant de se sentir en sécurité, d'être réconforté lors d'un stress et de réguler ses états de veille. Ainsi ces enfants vont voir leur sécrétion de cortisol augmentée par rapport à ceux qui ont un attachement sécurisé. L'indisponibilité maternelle entraîne donc une **dysrégulation précoce du système de la réponse au stress** chez ces enfants (222). De plus, ce type d'attachement, ne sécurisant pas l'enfant, empêche celui-ci d'aller explorer son environnement et d'établir un contact avec de nouvelles personnes. Plus tard, ces enfants auront donc du mal à éprouver de **l'empathie** (214).

II.2.4.2.7 Regard et troubles associés

Le regard entre une mère et son bébé est essentiel dans la constitution du soi de l'enfant (198). En effet, des chercheurs ont pu mettre en évidence l'existence de neurones miroirs, nous permettant de ressentir les émotions de l'autre en le regardant. Cela permet de développer **l'empathie** et d'agir en fonction de l'état émotionnel de la personne en face (108). Les mères préoccupées peuvent notamment refléter leur état mental, sans les aider à réguler ces émotions négatives (112). Le nourrisson n'ayant pas ou peu le regard de sa mère sur lui ne développera pas convenablement ces compétences (108).

II.2.4.2.8 Troubles de séparation-individuation

Le processus d'individuation se met en place très précocement chez le jeune enfant. Il va essayer de se différencier d'autrui en découvrant son environnement dès qu'il peut ramper ou se mettre à quatre pattes (49). Ainsi, l'enfant va se détacher de sa mère, ce qui correspond à la maturation développementale normale (232). Cependant, lorsque la mère psychotique met en place précocement un lien fusionnel avec son enfant (232), elle pourrait percevoir cette séparation comme un arrachement et finalement se décompenser sur le plan psychique (97).

En conséquence, ces femmes peuvent devenir **violentes** envers leurs enfants, dont elles ne supportent pas l'écart qu'ils mettent avec elles (97). De plus, elles peuvent empêcher la séparation souhaitée par l'enfant, nuisant ainsi à son autonomie et créant une **dépendance anxieuse** vis-à-vis d'elles. Elles créent ce que l'on nomme un attachement insécurisé ambivalent, avec le risque, à des âges plus avancés, de développer une anxiété de séparation maternelle (232).

II.2.4.2.9 Troubles fonctionnels

Des **troubles de croissance** sont observés chez les enfants qui subissent une carence psycho-affective, et des difficultés relationnelles avec leur mère. On peut observer une diminution ou une cassure de leur courbe de taille et poids, voire dans des cas extrêmes une dénutrition. De plus, une anémie, des signes de rachitisme et une insuffisance pondérale sont très fréquents. L'étape finale possible chez ces enfants est le nanisme psychosocial ou nanisme par carence psycho-social (202).

Des **troubles du sommeil** sont visibles chez des enfants de mères psychotiques lorsqu'on les sépare de leur mère, notamment lors de leur hospitalisation. Par ailleurs, une augmentation de la fréquence de réveils nocturnes a été mise en évidence chez ces enfants dont l'attachement avec la mère n'était pas sécurisant (195).

Un trouble alimentaire spécifiquement lié à l'attachement est retrouvé chez ces enfants. Ce trouble est nommé **trouble alimentaire lié à la réciprocité parents-bébé**. Il est rencontré chez les nourrissons de 2 à 6 mois, à la suite d'un manque de synchronisation, de partage, et une sous-implication de la mère envers son bébé, au moment du repas. Un nourrissage automatique et sans affect de la mère psychotique va impacter le développement de son bébé, pouvant créer un retard de croissance significatif (195).

Nous voyons donc l'importance d'un lien mère-enfant sécurisé, car de nombreux troubles sont répertoriés chez les enfants de mères psychotiques au lien non sécurisé.

II.2.5 Placement du jeune enfant et séparation précoce

Pour diminuer l'impact négatif que peut avoir la mère psychotique sur le développement de son bébé, une des solutions peut être le placement. Le placement a pour but de **sécuriser physiquement et psychologiquement l'enfant** dont les parents sont jugés incapables de promouvoir la sécurité et le bien-être de leur enfant (233). Celui-ci peut être sous la décision des parents eux-mêmes, ou sur décision judiciaire (234). Les jeunes enfants nés d'une mère atteinte de troubles psychotiques ont donc une grande possibilité d'être placés (118). Nous allons donc définir les modalités de placement ainsi que les conséquences chez le nourrisson.

II.2.5.1 Placement : généralités

II.2.5.1.1 Epidémiologie

En 2014, l'observatoire national de la protection de l'enfance, estime que 19,8 ‰ des moins de 18 ans étaient concernés par le placement en France (235). En général, les familles dont les enfants sont placés ont les critères suivants : famille monoparentale ; logements et ressources précaires ; pères absents ou exclus de la relation mère-enfant ; mères souffrant d'une pathologie mentale reconnue ou non, traitée ou non, à prédominance psychotique et/ ou avec une tendance au passage à l'acte (236). Ainsi, il n'est pas rare qu'une mère atteinte de troubles psychotiques voit son nourrisson placé, avant l'âge de 1 an, qu'elle possède ou non d'autres facteurs de vulnérabilité (73). En effet, une étude canadienne de 2011 montre qu'environ 50% des mères schizophrènes perdraient la garde de leur enfant à un moment de leur vie, de façon permanente ou temporaire. Le post-partum serait notamment, une période de vulnérabilité concernant la perte de leur garde (237).

II.2.5.1.2 Indications

Le placement ne pourra avoir lieu qu'après observation attentive de la relation mère-enfant par les professionnels de santé. Un placement pourra donc être envisageable s'ils remarquent des signes ou comportements pouvant altérer la qualité de vie de l'enfant tels que :

- Des signes de maltraitance (soins discontinus...),
- Des interactions précoces mère-enfants chaotiques
- Des troubles du développement,
- Des troubles du comportement (évitement du regard...)

- Des troubles fonctionnels (troubles de l'alimentation, troubles du sommeil...),
- Un attachement désorganisé avec des troubles de retrait, de colère, d'agressivité, ... (73)

Quoi qu'il arrive, les professionnels de santé resteront vigilants lors de la naissance d'un enfant né d'une mère psychotique, d'autant plus si le bébé a des risques de présenter les facteurs de maltraitance décrits dans le tableau 15.

II.2.5.1.3 Lieux de placement

Avant 3 ans, le placement est majoritairement effectué dans une **pouponnière** (238). Cet établissement public permet d'héberger les enfants de 0 à 3 ans lorsqu'ils ne peuvent pas rester au sein de leur famille, ni bénéficier d'un placement familial surveillé (54).

Par la suite, les enfants ou adolescents sont accueillis en **famille d'accueil**, lesquelles sont agréées par des diplômes spécifiques, pour une durée plus longue, dans le but de créer des liens constants entre la famille d'accueil et l'enfant pour sécuriser intérieurement l'enfant. Par ailleurs, un **placement d'accueil familial thérapeutique** est aussi envisageable lorsque l'enfant nécessite un suivi régulier par un service de pédopsychiatrie (238).

II.2.5.1.4 Facteurs protecteurs évitant le placement

Bien que le placement soit très fréquent chez les enfants de mères psychotiques, des **facteurs protecteurs** propres à la vie maternelle peuvent diminuer le nombre de placement avant les 3 ans de l'enfant. Ces facteurs sont : la survenue tardive de la schizophrénie chez la femme, une vie de couple stable, une activité professionnelle depuis au moins 3 ans, un logement autonome, une durée d'hospitalisation de maximum 6 mois dans la vie de la mère (118).

II.2.5.1.5 Placement spécifique du nourrisson

La séparation d'un nourrisson à sa mère, dans le but d'un placement, n'est pas une situation facile. Ce placement aura plusieurs enjeux, dont certains pourront paraître contradictoires. Premièrement, le but sera de **favoriser** au maximum le **lien** existant entre la **mère** et son **enfant**, bien que celui-ci soit placé. Ensuite, il faudra favoriser la **création d'un lien entre l'enfant et la famille d'accueil** ou personne en charge de l'enfant, un lien de bonne qualité étant bénéfique pour le développement de l'enfant. Finalement, ces 2 objectifs poseront le problème d'un double attachement

maternel que l'enfant pourra créer, du fait des 2 attributs maternels que l'on met à la disposition de l'enfant (236) .

II.2.5.2 Conséquences du placement chez le nourrisson

II.2.5.2.1 Aspects positifs

Le placement est une solution pour diminuer les risques liés à la maladie psychologique de la mère sur l'enfant.

Il est notamment établi que le placement effectué en bas-âge est un **facteur protecteur** quant aux possibles difficultés d'**adaptation** dans la famille d'accueil que peut développer l'enfant à long terme (239).

Cette séparation précoce permet aussi une **meilleure évolution de l'enfant**, et une diminution des troubles par rapport à ceux développés par les enfants qui seraient séparés de leur mère à un âge plus avancé (233).

Un maternage adapté en pouponnière permet aussi d'**améliorer les capacités interactives du bébé** (échanges de regards et de sourires augmentés), améliorer son comportement corporel, diminuer les troubles du retrait relationnel et améliorer sa qualité du sommeil (240).

Enfin, le bénéfice majeur du placement est celui de la **sécurité de l'enfant**, qui ne risquera plus de maltraitance ou de troubles liés au contact prolongé de sa mère psychotique (239).

II.2.5.2.2 Difficultés rencontrées

Bien qu'il y ait des conséquences positives au placement de l'enfant, la séparation précoce et les situations associées peuvent aussi impacter négativement le nourrisson.

La première difficulté pour le nourrisson va être la séparation avec sa mère pour aller en structure accueillante. A l'inverse, la même difficulté apparaîtra lorsqu'il devra se séparer de la personne qui le prend en charge en pouponnière ou en famille d'accueil pour retourner voir sa mère. A chaque fois, l'enfant est séparé d'une figure privilégiée. Ainsi des **troubles du rythme** veille/sommeil ou de prise de repas peuvent être mis en évidence.

De plus, ces 2 proches figures peuvent induire un double attachement chez le nourrisson. Ce processus anormal entraîne chez lui un sentiment angoissant d'étrangeté, vécu comme un **traumatisme**. En conséquence, lors des retrouvailles avec sa mère biologique ou sa mère d'accueil, le bébé exprimera de la souffrance par

un refus de contact (236).

Dans le cas où le placement se prolonge, les enfants de 5 mois à 3 ans ont un risque de voir **leur développement affectif et cognitif s'arrêter**, entraînant des chutes du quotient intellectuel et du quotient de développement (84).

De même, la répétition des séparations entre l'enfant et la mère, ou l'enfant et la famille accueillante, ou tout simplement le placement en famille d'accueil peut entraîner un **attachement de type désorganisé** (84) (233), retrouvé chez 30% des enfants en famille d'accueil (241).

Pour diminuer au maximum les risques identifiés ci-dessus, les soignants devront être attentifs aux signaux de mal-être de l'enfant placé. Ils devront aussi adapter les durées et le rythme des rencontres avec la mère aux besoins et à la tolérance de l'enfant (236).

La clinique de la maladie maternelle, ses traitements, et ses comorbidités entraînent des troubles spécifiques chez le nouveau/nourrisson. Mais les troubles psychotiques maternelles peuvent aussi altérer le lien mère-enfant et engendrer une maltraitance maternelle. Le tout va impacter le développement social, moteur, intellectuel du jeune enfant, et entraîner de la souffrance, des troubles du comportement, des troubles physiques, un stress précoce, des troubles fonctionnels, des troubles mentaux et un risque d'infanticide. Le placement de l'enfant pourrait être une solution, mais la séparation de sa mère et l'adaptation à de nouvelles figures d'attachement peuvent dans certains cas, être nuisibles pour lui.

II.3 Perturbations chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte

En grandissant, le nourrisson va évoluer et devrait se doter de nouvelles capacités sociales, motrices, cognitives... Parallèlement, il prendra de plus en plus son indépendance et notamment à l'adolescence, où la crise pubertaire pourra apporter son lot de facteurs de risque. Puis il évoluera vers le stade d'adulte où de nouvelles responsabilités l'attendront. Ce jeune enfant né d'une mère psychotique, déjà impacté par la maladie de celle-ci, continuera de se développer, influencé par les aléas de la clinique de la maladie maternelle et des facteurs qui en résultent. Nous allons donc voir les risques engendrés par la maladie psychotique sur le comportement et l'apparition de troubles, ainsi que les conséquences de la maltraitance de la mère psychotique, les conséquences des troubles du lien d'attachement et des placements ainsi que le ressenti des enfants, adolescents et adultes.

II.3.1 Troubles en lien avec la maladie maternelle

II.3.1.1 Transmission des troubles maternelles

II.3.1.1.1 Part purement génétique

Précédemment nous avons pu montrer que les troubles psychotiques avaient une origine génétique.

Une étude suisse de 2007 a réussi à mettre en évidence ce phénomène en incluant 21 199 hommes et 19 029 femmes atteints de désordres psychotiques, hospitalisés entre 1987 et 2004. L'analyse de leurs antécédents familiaux a montré que 12 799 des pères et 23 021 des mères de l'étude étaient eux-mêmes atteints de troubles psychotiques. Ces résultats montrent donc l'apport important de la **génétique dans la transmission des troubles**. Nous voyons aussi que la transmission maternelle est plus forte que la transmission paternelle. Par ailleurs, l'étude montre aussi que les sujets dont les 2 parents ont un trouble psychotique sont à risque majorés de développer un trouble à leur tour (242).

Pour rappel, dans le cas précis de naissance d'une mère schizophrène, le risque pour l'enfant de développer la maladie maternelle est d'environ 10 %. Mais dans 30 à 50 % des cas, l'enfant développera des troubles psychotiques divers, tels qu'un trouble psychotique bref, un trouble schizo-affectif, un trouble schizophréniforme, ou encore une personnalité paranoïaque ou schizotypique (18). Une étude australienne de 2004

concernant les enfants de parents atteints de sévères maladies mentales faisait état d'un risque supérieur de troubles psychiatriques infantiles chez ces enfants de malades mentaux (243). De plus, il faut noter qu'une dépression maternelle post-natale, reconnue comme étant menaçante chez les mères psychotiques, amplifie le risque pour l'enfant de développer des troubles psychotiques (244).

Ces études affirment bien la transmission génétique maternelle non négligeable de troubles psychotiques, aux enfants nés d'une mère psychotique.

II.3.1.1.2 Part due aux facteurs environnementaux

Par ailleurs, nous avons montré que la transmission génétique de la maladie était souvent en interaction avec des **facteurs environnementaux de vulnérabilité et de stress**. Ainsi, seule la transmission génétique de la mère n'est pas suffisante pour conclure en une théorie génétique (19).

Il existe donc des facteurs de risque environnementaux à la schizophrénie, dont certains sont fréquemment rencontrés chez la mère atteinte d'un trouble psychotique. En effet, les complications obstétricales touchant la grossesse de la mère (stress, diabète...), le développement anormal du fœtus (faible poids de naissance, anomalies congénitales...), ou l'accouchement (césarienne...) sont fréquemment visualisés chez les mères psychotiques et rendent plus vulnérables l'enfant naissant à la survenue future d'une schizophrénie (244) (245). De plus les caractéristiques socio-démographiques dans lesquelles évolue l'enfant peuvent impacter le risque d'apparition d'une schizophrénie. Le fait de grandir dans une famille monoparentale, avec un faible revenu socio-économique, et d'être sujet à un rejet social, font partie des caractéristiques largement rencontrées dans les familles de mères psychotiques. Enfin, le fait d'avoir subi des traumatismes dans l'enfance à type de maltraitance physique et sexuelle, ainsi que des négligences physiques et émotionnelles augmentent le risque de développer un trouble psychotique (245).

Ainsi l'OMS a reconnu que les enfants de parents psychotiques étaient un groupe à risque de troubles du développement. Ces enfants ont un risque élevé de développer une maladie psychotique, tout comme ils peuvent aussi développer d'autres troubles de développement et de comportement, que nous verrons par la suite (97).

II.3.1.2 Déficiences mentales

Les déficiences mentales ont pour aspect clinique un **déficit intellectuel** caractérisé par un quotient intellectuel inférieur aux normes. Ce déficit est associé à d'autres troubles tels que des atteintes physiques (dysmorphie, malformations

diverses), des déficits sensoriels (cécité, surdité, ...) et des troubles neurologiques (épilepsie, ...).

Les causes de cette déficience mentale sont multiples, mais on pourra retenir que certaines de ces causes sont des affections observées régulièrement dans la vie des femmes psychotiques. En effet des carences nutritionnelles maternelles et un alcoolisme pendant la grossesse peuvent entraîner des anomalies acquises intra-utérines du fœtus, à risque de déficience mentale. La prématurité de l'enfant, des troubles obstétricaux, des traumatismes crâniens ou hématomes du fait de maltraitements physiques seront aussi des causes de développement d'une déficience mentale.

Ce trouble mental va entraîner des troubles du développement, avec une altération des capacités cognitives, linguistiques et relationnelles, conduisant à une **vie relationnelle limitée**, des **angoisses** et des **manifestations auto-agressives**. (231).

En 2001, une étude canadienne rend compte de ce fait en observant les antécédents familiaux psychiatriques de 183 sujets ayant une déficience intellectuelle. Parmi eux, 64% de leurs parents, et en majorité leur mère, sont atteints de schizophrénie, et 28% des parents ont un trouble de l'ordre du désordre affectif. Ainsi, nous pouvons voir qu'il y a bien un lien entre déficience mentale de l'enfant et le fait d'avoir une mère psychotique (246).

II.3.1.3 Folie à deux

La folie à deux ou trouble psychotique induit correspond au **partage de la psychose de la mère**, dans notre cas, avec son enfant (247). Ce trouble est notamment classé dans le DSM-V dans les « Autres pathologies du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » (1). La CIM-10 le classe dans les « troubles délirants induits » (8).

En règle générale on a 2 individus, un premier qui a un trouble psychotique et dont les délires et paranoïas sont dus à la maladie, et un deuxième individu sans structure psychotique. Si les 2 sujets vivent ensemble et qu'ils sont dans une situation d'isolement et de confinement en duo, comme pourrait l'être une mère et son enfant, le deuxième sujet va adopter avec le temps, les croyances délirantes du sujet avec qui il partage sa vie. Il va donc croire aux délires du patient psychotique et agir comme lui (248). Dans ces circonstances, la mère et l'enfant se construisent sur un mode fusionnel (247), auquel cas, la mère va littéralement avoir de l'emprise sur le psychique de son enfant (248).

Les conséquences de cette folie partagée sont dramatiques, que ce soit pour la mère ou pour l'enfant-adolescent-adulte. Le fait de nier la réalité peut **décompenser** les 2 individus, sur un plan psychique et/ou physique dans le cas où le délire peut présenter un risque pour l'organisme (247). Cela peut aussi entraîner une **pauvreté** ou **l'errance** des sujets (249). Par ailleurs, si l'enfant s'éloigne et se sépare de sa mère, il abandonnera de lui-même ses croyances délirantes, sans forcément d'aide psychologique (250).

II.3.1.4 Pandysmaturation

Pour rappel, la pandysmaturation est un trouble du développement spécifique des enfants nés de mères schizophrènes. Ils sont révélés avant l'âge de 2 ans, mais continuent d'évoluer jusqu'à l'âge adulte. Ainsi, à 10 ans, ces enfants ont un risque statistiquement plus élevé de **troubles moteurs et cognitifs**. Enfin, à l'âge adulte, la pandysmaturation est corrélée avec l'apparition de **troubles psychotiques** (218). En effet, il a été démontré que les enfants qui manifestaient ce trouble avaient 35 fois plus de risque de développer un trouble du spectre schizophrénique à l'âge adulte (118).

II.3.1.5 Trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites

Le **trouble oppositionnel avec provocation** correspond à un ensemble de comportements provocateurs, négativistes, hostiles et désobéissants envers les personnes en position d'autorité. Le **trouble des conduites** est un ensemble de conduites persistantes et répétitives au cours desquelles sont bafoués les normes, règles sociales, et droits d'autrui (251). Ces troubles peuvent aussi être définis comme des **troubles externalisés**, dont nous avons vu qu'ils avaient déjà un impact chez le nourrisson. L'enfant va donc, au fur et à mesure qu'il se détache de sa mère, s'opposer à elle et aux adultes en général, avec violence ou colère (252).

Le tableau suivant (tableau 18) met en évidence les signes cliniques du trouble oppositionnel avec provocation et du trouble des conduites, selon le DSM-V (1).

Trouble des conduites	
Violation grave de règles établies	<ul style="list-style-type: none"> • Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions et cela a commencé avant l'âge de 13 ans • Fugue et passe la nuit dehors au moins à 2 reprises alors qu'il vit chez ses parents ou en placement familial (ou fugue une seule fois sans retour à la maison pendant une longue période) • Fait souvent l'école buissonnière et cela ayant commencé avant l'âge de 13 ans
Fraude ou vol	<ul style="list-style-type: none"> • Pénètre par effraction • Ment souvent pour obtenir des faveurs ou pour échapper à des obligations (par exemple « arnaque » les autres) • Vole sans affronter la victime
Destruction de biens matériels	<ul style="list-style-type: none"> • Met délibérément le feu à des biens matériels • Détruit délibérément le bien d'autrui
Agression envers des personnes ou des animaux	<ul style="list-style-type: none"> • Brutalise ou menace d'autres personnes • Commence souvent les bagarres • Utilise une arme • Fait preuve de cruauté envers les personnes • Fait preuve de cruauté envers les animaux • Commet un vol en affrontant la victime • Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles
Trouble oppositionnel avec provocation	
Comportements hostiles ou provocateurs pendant > 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Se met souvent en colère • Contesté souvent les adultes • S'oppose souvent activement ou refuse les règles • Embête souvent les autres délibérément • Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs • Est souvent susceptible ou agacé • Est souvent fâché ou a plein de ressentiments négatifs • Se montre souvent méchant ou vindicatif

Tableau 18 : *Signes cliniques des troubles des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation selon le DSM-V (1).*

Ces **comportements défensifs** ont un but précis pour l'enfant qui est celui de garder sa construction identitaire (253). En effet, ces troubles agressifs ont pour objectif de provoquer une mise à distance entre lui et sa mère, dans le souhait de se différencier d'elle (253). Ces troubles reflètent aussi chez l'enfant la honte d'avoir une mère psychotique. L'image sociale véhiculée par sa mère et la gêne associée sont compliquées à vivre pour l'enfant, car cela le dévalorise aux yeux des autres. Ainsi, en contrepartie, pour se défendre, l'enfant ou adolescent agira de manière violente (247).

De plus, à l'adolescence, le fait de rencontrer des sujets aux conduites déviantes ne fera qu'empirer son comportement (251).

Ces troubles retrouvés chez les enfants de mères psychotiques, peuvent être majorés si les mères ou enfants possèdent d'autres facteurs de risque. En effet, un certain nombre existe, et sont spécifiques de la mère psychotique et de son enfant. Hormis, le trouble psychiatrique d'un des parents, les autres facteurs de risques sont : un attachement insécuré, un style parental hyper autoritaire, négligent ou permissif, l'absence du père, des violences familiales, un parent toxicomane, des désavantages sociaux, un stress lors de la petite enfance, un placement en institution, ou de la maltraitance.

Ces troubles peuvent évoluer positivement si les parents sont conscients des troubles de leur enfant, et qu'ils l'aident dans sa démarche de soin. A l'inverse, l'enfant peut maintenir ses troubles dans le cas où des placements inadéquats et répétés perdurent, si les parents nient les difficultés de leur enfant en refusant l'aide des professionnels de santé, ou si l'interaction enfant-parent n'arrive pas à se mettre en place malgré l'âge avancé de l'enfant (251).

II.3.1.6 Hypermaturation

L'hypermaturation est un concept défini en 1972 par le français Pierre Bourdier à la suite de son suivi d'enfants nés de mères schizophrènes (118).

Ce trouble correspond à la mise en place chez l'enfant d'un comportement hypermature qui se définit par des **attitudes défensives et adaptatives**. Ce sont des enfants qui, très jeunes, seront très **sérieux, graves, autonomes, précoces** et adultomorphes (218). Ils sollicitent très peu les adultes et **savent gérer leur solitude**, d'autant qu'ils n'ont pas les phobies habituelles des enfants de leur âge. Ce sont des enfants **calmes**, qui ne montrent aucun trouble de conduite, de trouble scolaire, ou de trouble névrotique, et qui tolèrent la séparation physique avec leur mère (118).

L'évolution de ces enfants n'est pas forcément favorable, notamment en ce qui concerne le développement de leur personnalité. Ainsi l'enfant pourra évoluer de 2 manières. Soit il sera brillant, du fait d'un hyperinvestissement scolaire, mais s'effondrera de façon soudaine, de temps à autre. Soit il aura plus de difficultés scolaires, mais sera plus résistant, plus calme, en retrait et sans trop d'affect (218).

II.3.1.7 Parentification

Le trouble de parentification est le fait, pour l'enfant ou l'adolescent, de s'attribuer le rôle de parent. Cela correspond à une **inversion des rôles** qui oblige le jeune sujet à prendre des responsabilités plus importantes que son âge et sa maturation ne puisse le permettre en règle générale (254).

Ce trouble est visible chez les enfants nés d'une mère psychotique avec un attachement désorganisé. Par ailleurs, d'autres facteurs de risque peuvent aussi être retrouvés, tels que le fait d'être l'aîné, que la mère se soit séparé du père et que celle-ci affiche des comportements addictifs (alcool et toxicomanies) (255).

La parentification engendre de nombreuses conséquences durables et dommageables jusqu'à l'âge adulte, définis ci-dessous (247).

II.3.1.7.1 Chez l'enfant

Au moment de l'enfance, la parentification se manifestera par une **hypermaturation**. L'enfant privilégiera les intérêts de sa mère avant, et au détriment des siens. Il n'exprimera pas ses émotions et négligera ses besoins affectifs dans l'objectif de protéger sa mère et de s'engager dans la prise en charge de son parent malade. Ce sont souvent des enfants en retrait et calmes qui s'investissent dans leur scolarité (191).

Cette confusion des rôles engendre chez l'enfant des **situations de stress** non régulées, du fait de l'indisponibilité de la mère. Ainsi, ils auront **du mal à contrôler leurs affects**, tels que leurs stress mais aussi leurs excitations, colères, tristesses, ...

De plus, ces enfants qui donnent tout à leur mère, ne connaissent pas les notions de « donner » et de « recevoir », normalement constructives. Enfin, ils ont le sentiment qu'ils ne sont pas à leur place et seront à risque de souffrir de **troubles anxieux**, de **méfiance relationnelle**, de sentiments **dépressifs**, et à risque de développer une **faible estime d'eux-mêmes**, de la **honte** et de la **culpabilité** (255).

II.3.1.7.2 Chez l'adolescent

Le problème majeur pour les adolescents est le fait de ne pas vivre un quotidien identique à celui de leurs amis. En effet, la maladie psychotique de leur mère rend leur vie complètement différente du fait de l'implication qu'ils investissent au jour le jour pour les aider. Ils se sentent donc étranger à la vie de leurs semblables, car les difficultés qu'ils rencontrent ne sont pas celles d'un adolescent lambda (256). En grandissant, les adolescents auront donc le sentiment d'être « utilisés » par leur mère. Cependant ils vont continuer, en leur donnant toujours plus (255).

Par ailleurs, le **stress** que l'adolescent subit pour soutenir sa mère psychotique peut **altérer son système immunitaire et inflammatoire** (255).

II.3.1.7.3 Chez l'adulte

La parentification est un trouble bien révélé par les adultes nés d'une mère psychotique. En effet, ils relatent dans une étude néo-zélandaise de 2009 basée sur les expériences et ressentis d'enfants nés d'une mère ou père psychotique, qu'ils ont trop peu de temps pour eux, car ils accordent tout à leur mère. Ils se plaignent donc de la difficulté à trouver un partenaire, faute de temps pour sortir (257).

L'inversion des rôles crée donc à l'âge adulte des **difficultés relationnelles**, avec un risque de souffrir de **dépression** et un **risque suicidaire** bien marqué. Le fonctionnement relationnel de ces adultes est faussé, car basé sur le fait qu'un individu doit prendre en charge un autre individu. Les notions de « donner et recevoir », non inculquées à l'enfance se transforment à l'âge adulte en notion de « devoir ». De plus, ces adultes, dont leur existence aura été marquée par le fait de prendre soin de leur mère, se verront détruits s'ils n'arrivent pas à prendre soin de quelqu'un d'autre, ou s'ils font souffrir une personne. Ils seront donc continuellement dans le contrôle et la réflexion pour agir au mieux, sans faire du mal aux autres. Ainsi, ces adultes tendent souvent vers la **personnalité borderline** avec un sentiment de **honte** au quotidien, expliquée par leur incapacité lors de leur enfance à répondre convenablement à tous les besoins de leur mère. De plus, 2 ressentiments coexistent chez eux, celui de la colère du fait de la non prise en compte de leurs besoins, étant petits, et celui du sacrifice sans limite pour s'occuper d'une autre personne (255).

II.3.1.8 Détresse sociale

Le fait de vivre avec une mère psychotique, cognitivement limitée, et qui accumule les facteurs de risque (toxicomanie, précarité, sans emploi, isolement, ...) augmente le **risque de dépendance du jeune adulte**. Une étude norvégienne de 2015 consacrée aux conséquences futures de la vie d'adolescents vivant avec leur mère atteinte de troubles mentaux confirme que la maladie maternelle peut influencer négativement la vie de l'enfant. Cette étude montre notamment que ces adolescents, une fois adulte, bénéficieront davantage d'**aides sociales**, principalement lors de leur entrée dans la vie active, comparés à des jeunes non nés d'une mère psychotique. Par ailleurs, un soutien familial, amical, ou provenant d'un enseignant, est considéré comme un facteur protecteur améliorant le bien être, et la dépendance à long terme de l'individu (258).

II.3.2 Troubles en lien avec les conditions de vie

Du fait de sa maladie, la mère psychotique entretiendra des comportements anormaux avec son enfant. La maltraitance, le troubles des interactions mère-enfant, les séparations du fait des hospitalisations, ont des répercussions sur le développement du nouveau-né et du nourrisson. En évoluant, ces difficiles conditions de vie pourront aussi impacter l'enfant, l'adolescent et l'adulte, entraînant des conséquences sur le long terme.

II.3.2.1 Maltraitance et conséquences développementales

La maltraitance infantile, décrite précédemment, altère le développement du jeune enfant. On peut noter que plus la maltraitance est précoce et répétée dans le temps, plus les conséquences seront importantes dans la vie de l'enfant (259).

II.3.2.1.1 Hypervigilance et conséquences dépressives

L'hypervigilance que le nourrisson met en place précocement, pour répondre à un **stress chronique précoce**, va perdurer et **s'adapter** aux différents âges de l'enfant.

Continuellement **angoissé**, l'enfant va passer ses journées à observer sa mère pour tenter de réagir aux aléas de sa pathologie. En grandissant, il essaiera donc d'échapper le plus possible de sa présence, en s'isolant dans sa chambre, dans les toilettes, la salle de bain, ou en accélérant les repas avec elle. Face à ces manifestations de séparation, la mère va au contraire rigidifier son comportement, en surveillant davantage ce que fait son enfant, ce qui augmentera finalement l'angoisse de ce dernier.

A force, ces conditions de vie provoqueront chez lui une extrême tristesse et finalement une **dépression**. Avant cela, l'enfant ou adolescent essaiera de faire réagir son entourage par des **comportements colériques et agressifs**, signes de son mal-être. Dans d'autres cas, les enfants-adolescents-adultes présenteront des **troubles somatiques**, qui sont l'expression cachée de leurs troubles affectifs (247).

II.3.2.1.2 Répercussions propres à l'enfant

II.3.2.1.2.1 Troubles généraux et du comportement

Selon le type de maltraitance que l'enfant subit, les troubles ne seront pas les mêmes. On va ainsi décrire les troubles majeurs visibles chez les enfants de mères psychotiques.

La **négligence** provoquée par le déficit cognitif de la mère entraîne chez l'enfant les comportements suivants :

- Une faible courbe de croissance
- Une absence d'épanouissement
- La perte de tissus sous-cutanés
- Une mauvaise hygiène
- Des démangeaisons persistantes
- Des besoins insatisfaits (lunettes, vaccins, soins dentaires et médicaux)
- Une absence d'expression faciale
- Un manque d'énergie et d'entrain
- Une délinquance, une consommation excessive d'alcool et une toxicomanie (surtout vers l'entrée à l'adolescence)
- Une assiduité et des apprentissages scolaires fluctuants
- Ou le fait de voler ou de quémander de la nourriture (260).

La **violence psychologique** provoquée par la psychose de la mère engendrera quant à elle une carence affective, qui se manifestera chez l'enfant par :

- Une absence d'épanouissement
- Un refus de s'alimenter
- Un comportement antisocial (agressivité ou repli sur soi)
- Une anxiété ou une dépression
- Un comportement visant à attirer l'attention
- Un comportement délinquant
- Un comportement évocateur d'un bouleversement affectif, comme une attitude compulsive, la rigidité ou l'absence de communication (260).

II.3.2.1.2.2 Troubles du développement

A l'âge de la scolarité, la négligence et l'abus connus de l'enfant augmentent le risque de **troubles de l'apprentissage** et de difficultés à l'école (259), caractérisés chez l'enfant par un manque de concentration, un manque d'intérêt, et des mauvaises

notes. En effet, la négligence empêche la réalisation et le vécu d'expériences qui sont fondamentales pour son développement. Ainsi le risque chez l'enfant est la **diminution** de ses **capacités cognitives**, et la menace de développer un **retard intellectuel** (233).

Cet âge est aussi une phase importante de sociabilisation par le développement d'interactions avec les autres enfants. Cependant, les enfants de mères psychotiques auront très **peu d'amis** soit parce qu'ils ratent très souvent l'école, ce qui diminue leurs chances d'interagir, soit à cause de leur comportement marqué par un retrait ou à l'inverse par l'expression de troubles externalisés (260).

Enfin, ces enfants vont aussi développer une **mauvaise image d'eux-mêmes** avec un sentiment de honte, et des difficultés à gérer leurs conflits interpersonnels (259).

De plus, certains peuvent manifester un effet de **stress post-traumatique**, déjà exprimé chez le nourrisson (261).

II.3.2.1.3 Répercussions propres à l'adolescent

A l'adolescence, étape maturative cruciale, la négligence et les carences subies pendant l'enfance peuvent provoquer de nombreux troubles.

Premièrement, la maltraitance peut être la cause de l'émergence de **troubles psychiatriques** (259). En effet, une étude américaine de 2010 montre que l'on retrouvait des critères de diagnostic pour au moins un trouble psychiatrique chez 80 % des jeunes adultes ayant subi une maltraitance (262).

Des **troubles somatiques** plus flous peuvent aussi être visibles, tels que des douleurs abdominales, des douleurs musculosquelettiques, une asthénie, des céphalées. Ces troubles cachent en fait un profond mal-être (263). L'adolescent ne parlant pas de sa souffrance, c'est son corps qui va les extérioriser, en induisant ces troubles somatiques (247).

Les adolescents ayant été victimes de négligence de la part de leur mère pourront manifester une majoration des **conduites à risque**, trouble déjà fréquent à cet âge. Ils pourront notamment développer des troubles des conduites alimentaires, un abus de substances toxiques, des conduites suicidaires (259), ainsi que des violences dirigées contre eux telles que des scarifications (263).

Concernant les comportements, on retrouve des manifestations de **repli**, d'inhibition, de **culpabilité**, de **dévalorisation** (263) et de **victimisation** chez ces adolescents dont la mère n'a pas su leur apporter de l'affection et des soins de qualité (259).

Enfin, la maltraitance peut engendrer un état de **stress post-traumatique**, ainsi que des **troubles anxieux**, des **troubles de personnalité** ou une **dépression** majeure (259).

II.3.2.1.4 Répercussions propres à l'adulte

La maltraitance et notamment la négligence ou l'abus émotionnel durant l'enfance auront des conséquences jusqu'à l'âge adulte.

Une étude américaine de 2005 consacrée aux conséquences développementales de la maltraitance chez les filles, fait état en comparaison à des sujets non maltraités, d'une augmentation de **délinquance**, de **violences**, de consommation **d'alcool**, de consommation de **drogues illicites**, de symptômes **dépressifs** et de risque de **maladies sexuellement transmissibles** ou de VIH au cours de leur vie (264).

Enfin, les adultes ayant subi de la violence, des négligences, des soins inadéquats, l'absence d'une figure d'attachement ou un attachement insécuré au cours de leur enfance sont à risque de développer à leur tour, des **conduites négligentes envers leur enfant**, lorsqu'ils seront parents (212) (259).

II.3.2.2 Troubles de l'attachement

Le lien d'attachement est un processus qui s'établit dès le plus jeune âge. Malgré tout, les conséquences résultantes de ce lien impacteront néanmoins toutes les phases de la vie d'un individu. Nous allons donc décrire les conséquences d'un attachement désorganisé ou insécuré chez l'enfant-adolescent-adulte.

II.3.2.2.1 Anxiété de séparation

Bien que normal vers l'âge de 8 mois, l'anxiété de séparation correspond à la peur pour l'enfant d'être abandonné. Un attachement sécurisant et réconfortant permet à l'enfant de s'apaiser et finalement d'en terminer avec cette phase développementale obligatoire (50). Cependant, un attachement insécuré ambivalent, pourrait engendrer une angoisse de séparation pathologique à des âges plus avancés (232).

II.3.2.2.1.1 Chez l'enfant

L'anxiété de séparation, se manifestant généralement autour de 8 ans (265), fait partie des troubles anxieux selon le DSM-V (1).

Ce trouble correspond à une **angoisse intense, persistante et inappropriée** lors de la **séparation de l'enfant** avec sa principale figure d'attachement, sa **mère**

(266). De plus, des **signes somatiques** tels que des céphalées, des vomissements, des crampes d'estomac ou des sensations de malaises peuvent être diagnostiqués chez l'enfant (265).

Ce sont des enfants qui n'arrivent pas à s'occuper tout seul, et qui recherchent continuellement l'adhésion des parents pour leurs activités. La nuit, ce sont des cauchemars, en lien avec leurs angoisses, qui les réveillent, et qui les amènent à dormir avec leurs parents (232). L'objectif principal pour ces enfants est d'éviter au maximum toute séparation avec la mère, et lorsque celle-ci est obligatoire, ils resteront constamment préoccupés par la volonté de retrouver leur mère (266).

Selon une étude française de 2014, s'intéressant aux conséquences de l'anxiété de séparation, ce trouble entraînerait une **diminution des compétences sociales** chez ces enfants (267).

II.3.2.2.1.2 Chez l'adolescent

Chez l'adolescent, ce trouble vient s'entrechoquer avec le désir physiologique de se séparer des parents. Le besoin inné d'autonomie de l'adolescent sera donc perturbé par cette anxiété de séparation. Masson montre cela dans son étude de 1976 sur le devenir d'enfants nés de mères schizophrènes, en décrivant que les adolescents maintenaient une dépendance avec leurs parents, **sans aller vers l'autonomie**, normalement souhaitée à cet âge (218). De plus, l'adolescent aura du mal à affronter chacune de ses transformations, de **peur de s'éloigner** un peu plus de sa mère (115).

Malgré cela, le symptôme majeur qui régit cette anxiété est la **Crainte de se retrouver seul** (115). Ainsi, ce trouble peut se traduire chez l'adolescent par un besoin anormalement intense de réunions familiales (268). Pour faire face à cette angoisse, les adolescents peuvent mettre en place 2 types de caractère possibles :

- Une **dépendance relationnelle**, exprimée par une relation fusionnelle avec ses ami(e)s les plus proches. Mais le fait d'être « collant » peut vite exaspérer, ce qui fera exploser cette relation. Ces adolescents manifesteront principalement des **troubles internalisés** (dépression, anxiété, phobies).
- Une **instabilité émotionnelle**, caractérisée par une fluctuation de ses réponses émotionnelles, tendant vers l'agressivité, ou parfois vers l'anxiété, ou encore l'hostilité. Ces différentes réponses alterneront en fonction des événements de la vie, des personnes que l'adolescent rencontre, de son humeur, ... (115).

Par ailleurs, ce stress chronique engendré par la peur de la solitude, sollicite beaucoup d'énergie qui ne pourra pas être utilisée pour développer ses fonctions

cognitives et s'engager dans sa scolarité. Ces adolescents seront donc rapidement en **échec scolaire**, n'auront **pas confiance en eux**, et abandonneront facilement au moindre obstacle (115). Ainsi, il n'est pas rare qu'une possible phobie scolaire s'installe chez eux (268). Enfin, ces adolescents peuvent développer de **troubles du comportement** comme de la colère, de la provocation, des pleurs, de la violence, ainsi qu'une consommation majorée de **produits toxiques** (alcool, drogue, médicaments tranquillisants) (269).

II.3.2.2.1.3 Chez l'adulte

Chez les adultes, l'anxiété de séparation peut se traduire par un nombre important de divers symptômes physiques : douleurs abdominales, troubles respiratoires, tremblements, tachycardie, vertiges accompagnés de l'impression de s'évanouir, fourmillements et engourdissements dans les mains et pieds, sensation d'avoir une boule dans l'estomac, ... et des manifestations psychiques : image négative de soi, sentiment chronique de vide, d'ennui, de solitude, de désespoir, de perte de sens, peur de mourir, faible tolérance à la frustration,... (3) (270) (271).

Cette anxiété de séparation se transposera finalement à ses enfants et à son conjoint. Ainsi ces adultes pourront être malheureux lorsqu'ils seront séparés de leur famille et se feront trop de soucis pour eux. De plus, ce sont des personnes qui auront peur de faire face à des situations nouvelles telles que le fait de se marier ou de déménager par exemple. Enfin, l'anxiété de séparation pourra entraîner chez l'adulte des **troubles anxieux généralisés**, augmenter le risque de **troubles addictifs**, de **dépression** et de **tentatives de suicide** (271).

II.3.2.2.2 Evolution des troubles de l'attachement

Le DSM-V définissait 2 troubles de l'attachement à proprement parlé. Mais une autre classification de 1993 faite par Zeanah, Mammen et Liberman distingue 5 types de troubles de l'attachement qui sont plutôt visibles chez l'enfant plus âgé (272). Ces troubles et leurs conséquences sont définis dans le tableau ci-dessous (tableau 19) :

Types d'attachement	Description	Risques pour le développement futur
<p>Type I : Trouble de l'attachement non attaché</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant ne s'attache à personne en particulier, il ne manifeste pas de préférence envers une figure d'attachement • Retrouvé chez les enfants victimes d'une extrême négligence, placés en institutions, ou ceux qui ont vu défilés les tuteurs 	<p>Retard significatif de développement</p>
<p>Type II : Trouble de l'attachement indiscriminé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lors des situations stressantes, l'enfant ne se dirigera pas vers sa mère, il ira plutôt vers la personne la plus proche de lui sans discrimination 	<p>Tendance avoir des comportements à risque et des accidents</p>
<p>Type III : Trouble de l'attachement inhibé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réticence de l'enfant à s'écarter de sa mère et à explorer l'environnement comme les enfants du même âge que lui le feraient • Ils s'accrochent de manière excessive à leurs parents • Anxiété extrême face à des inconnus • Peut révéler une soumission face aux parents, en leur obéissant en tout temps, et se montrant hypervigilant pour contrôler ses affects et réactions face à une mère maltraitante notamment 	<p>Risques de l'hypervigilance</p>
<p>Type IV : Trouble de l'attachement agressif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relation mère-enfant marquée par la colère. L'enfant est agressif envers sa mère et/ou contre lui-même. • Ces enfants ont néanmoins des anxiétés telles que des difficultés de séparation de leur mère 	<p>Trouble oppositionnel avec provocation et conduites à risques</p>
<p>Type V : Trouble de l'attachement avec inversion des rôles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant assume le rôle de parent en se souciant du bien être psychologique de sa mère, de manière anormale • Infantilise sa mère, peut la commander, voire même la punir 	<p>Conséquences de la parentification</p>

Tableau 19 : *Troubles et conséquences d'un lien d'attachement désorganisé entre une mère et son enfant, selon la classification de Zeanah, Mammen et Liberman (272).*

II.3.2.2.3 Attachement et troubles spécifiques de l'adolescent

Chez l'adolescent, l'attachement insécuré peut se traduire de plusieurs manières, en fonction du type d'attachement crée avec la mère.

II.3.2.2.3.1 Attachement insécuré évitant

Dans le cas où la mère psychotique n'a jamais été présente lorsqu'il était enfant, du fait d'hospitalisations répétées, ou parce qu'elle ne souhaitait pas s'occuper de lui, l'enfant formera avec elle un attachement insécuré évitant, qui se traduira à l'adolescence par un **appauvrissement de sa vie affective**. Ces adolescents exprimeront peu d'émotions et ne souhaiteront pas le contact avec les autres. En règle générale ils feront très peu confiance aux autres.

De plus, à partir de ce type d'attachement, 2 types de caractères peuvent se construire chez ces sujets :

- Des adolescents **hostiles et méprisants** envers les autres, avec une extrême confiance en eux. Leur but ultime est l'indépendance. Cette quête pourra engendrer des troubles du comportement s'ils sont freinés dans leurs objectifs.
- Des adolescents plutôt **solitaires**, effacés et au contraire peu confiants en eux, se concentrant sur un objectif précis, sans s'occuper des autres.

Ces caractères rendent compte de l'incapacité des adolescents à gérer leur vie émotionnelle, causée par le manque affectif qu'ils ont eu toute leur vie. Ils pourront développer en conséquence des **troubles externalisés du comportement** et des **toxicomanies**.

Par ailleurs, certains arrivent à construire un **attachement pseudo-sécuré** avec des camarades. Ces adolescents arrivent à masquer leurs besoins affectifs insatisfaits, se montrent confiants en eux et finalement attirent d'autres individus, avec qui ils peuvent parler de leurs problèmes et de leurs fragilités. Bien que précaire, ils nouent ainsi un lien d'attachement de confiance avec une personne. Cependant, même s'ils sont psychiquement plus stables, ce type d'adolescent risque de ne pas s'engager pleinement dans sa **scolarité**, enchainant de nombreux **échecs** (115).

II.3.2.2.3.2 Attachement inséculaire ambivalent

Lorsque la mère n'accepte pas les tentatives de séparation de son jeune enfant, celui va construire avec elle un attachement inséculaire ambivalent. Ce type d'attachement pourra créer une **anxiété de séparation**, décrite précédemment (115).

II.3.2.2.3.3 Attachement désorganisé

L'attachement désorganisé se manifeste principalement par le processus de **parentification**, dont les conséquences ont été décrites précédemment.

De plus, un risque de **trouble dissociatif** est fréquent chez ces adolescents. En effet, les facteurs prédictifs de symptômes dissociatifs à l'adolescence sont : la négligence maternelle, la désorganisation due à des situations étranges avec la mère et des ruptures émotionnelles avec elle (273). Les troubles dissociatifs correspondent à des désorganisations concernant des fonctions normalement intégrées, telles que la mémoire, la perception, la conscience, l'environnement ou l'identité (1). Les principaux symptômes de ces troubles sont définis dans le tableau ci-dessous (tableau 20) (3).

Trouble dissociatif	Description
Trouble dissociatif de l'identité	Perturbation de l'identité et de la mémoire avec coexistence de personnalités différentes qui interviennent de manière récurrente
Amnésie dissociative	Incapacité de se souvenir d'événements spécifiques, principalement les souvenirs d'abus et de traumatismes
Amnésie dissociative avec fugue dissociative	Amnésie avec oubli de sa propre identité
Dépersonnalisation	Altération de la conscience de soi ou de sa perception, se manifestant par une sensation de détachement de soi-même et par le sentiment de percevoir son esprit ou son corps à distance
Déréalisation	Altération de la perception de la réalité avec sentiment de non réalité, celui d'être dans un rêve

Tableau 20 : Description résumé des différents symptômes retrouvés dans les troubles dissociatifs selon le DSM-V et la CIM-10 (3).

Enfin, chez les adolescents, l'attachement désorganisé provoque des **troubles du comportement**, ainsi qu'un développement émotionnel de moins bonne qualité que les adolescents avec un attachement sécurisé (222)

II.3.2.2.4 Attachement et troubles chez l'adulte (273)

II.3.2.2.4.1 Troubles psychotiques

La désorganisation de l'attachement que peut subir le jeune enfant peut entraîner des dysfonctionnements cognitifs, des troubles de mentalisation, une dysrégulation des émotions affectives, une désorganisation des relations interpersonnelles, qui finalement seront propices chez l'adulte à l'installation d'une **schizophrénie**.

II.3.2.2.4.2 Troubles anxieux

Les **troubles anxieux** de l'adulte ont un lien bien établi avec les troubles de l'attachement lors de l'enfance.

Ils pourraient être la conséquence d'un trouble de la parentification, suite à un attachement désorganisé. Dans ce cas l'adulte a tout le temps l'inquiétude qu'il puisse arriver quelque chose à sa mère.

De plus, les troubles anxieux, et notamment la phobie sociale ou l'anxiété généralisée, pourraient être la répercussion d'un attachement insécurisé. Phénomène qui serait expliqué par le fait que l'attachement insécurisé engendrerait des dysfonctionnements cognitifs pouvant amplifier les réactions de stress et de peur chez l'individu, entraînant finalement des troubles anxieux.

II.3.2.2.4.3 Troubles dépressifs

L'attachement insécurisé, affaiblissant l'estime de soi lors de l'enfance et de l'adolescence, augmente considérablement le risque à l'âge adulte de souffrir d'un **trouble dépressif**. De plus, les difficultés dues à la maladie psychotique de la mère rencontrées durant l'enfance, favorisent ce sentiment de mal-être, prédictif aux troubles dépressifs. Les troubles dépressifs en lien avec un attachement insécurisé peuvent être de tous types : trouble dépressif majeur, dépression dysthymique, ...

II.3.2.2.4.4 Troubles de la personnalité

La création d'un lien d'attachement désorganisé avec la mère psychotique, peut entraîner à l'âge adulte des troubles de la personnalité, tels qu'une **personnalité borderline** ou des **troubles dissociatifs**.

Les troubles dissociatifs sont les mêmes que ceux décrits chez l'adolescent (tableau 20).

La personnalité borderline est caractérisée par une faible estime de soi, une instabilité de l'humeur, des comportements compulsifs et une crainte d'être abandonné (3). Ce trouble de la personnalité est d'autant plus sévère dans le cas où l'adulte a subi

lors de son enfance : des abus sexuels, de la négligence émotionnelle et des séparations prolongées avec sa mère.

II.3.2.2.4.5 Troubles addictifs

Les conduites addictives sont la conséquence d'un attachement insécure.

Les adultes avec un **attachement insécures-évitant**, préféreront prendre des **substances sédatives**, à type de cannabis, alcools, opioïdes ou benzodiazépines. Ces substances entraînent un retrait social, un arrêt des processus cognitifs et une désactivation émotionnelle. Ces manifestations de retrait et d'arrêt mécanique seraient largement recherchées chez ces individus.

A l'inverse, les **insécure-ambivalents**, toujours dans l'angoisse de la séparation, prendront plutôt des **substances stimulantes** comme les amphétamines, la cocaïne ou l'ecstasy qui faciliteraient temporairement les rapports avec les autres. En effet, ces substances augmentent les fonctions cognitives, physiologiques et affectives de l'adulte, entraînant une distorsion totale entre la réalité et la perception.

II.3.2.2.4.6 Troubles des conduites alimentaires

L'attachement insécure serait la cause de troubles des conduites alimentaires à l'âge adulte. Ce type d'attachement affaiblit l'image de soi et augmente l'insatisfaction que l'on a de l'image de son corps. Ainsi la **boulimie** ou l'**anorexie** peuvent représenter des moyens pour ces adultes de pallier ce mal-être.

II.3.2.3 Placement et conséquences

Le placement est un acte largement utilisé pour protéger les enfants de mères psychotiques. Le placement du nourrisson pourra avoir des conséquences positives ou négatives sur le développement futur de l'enfant. De plus, l'enfant pourra être placé à un âge plus tardif et développer aussi des troubles, ou au contraire, voir son état psychique s'améliorer. De toute évidence, la séparation provoquée par le placement entrainera un attachement non sécuritaire, aux multiples répercussions.

II.3.2.3.1 Evolution du placement des nourrissons

Une étude française de 2014 s'est consacrée au devenir de 128 enfants placés en pouponnière avant l'âge de 4 ans et pendant plus de 3 mois. Le tableau ci-dessous (tableau 21) définit toutes les caractéristiques des enfants placés et de leurs parents dans le cadre de cette étude (274).

Caractéristiques du foyer avant le placement	<ul style="list-style-type: none"> • Monoparentalité maternelle : 50% • 1 des 2 parents au minimum présente un trouble psychiatrique : 53 %, dont 43% inadéquatement pris en charge • Au moins 1 des 2 parents souffre d'une addiction • Précarité familiale : 32% • Violences physiques et psychiques coexistant au sein du couple parental : 54% • Un des parents est déficient mental : 13%
Indications du placement	<ul style="list-style-type: none"> • Maltraitance psychologique : 62% • Maltraitance physique : 6,5% • Lourdes négligences : 11% • Pas de maltraitance, mais éducation défailante : 11% • Violences sexuelles : 1,6% • Placement non dû à la situation personnelle de l'enfant, mais au contexte familial (placement faisant suite à l'hospitalisation d'un parent atteint d'un trouble psychiatrique, ou suite à des violences conjugales) : 34%
Age des enfants à l'entrée en pouponnière	<ul style="list-style-type: none"> • Avant 1 an : 33% • Entre 1 et 2 ans : 20% • Entre 2 et 3 ans : 20% • A 3 ou 4 ans : 25%
Clinique des enfants à l'admission en pouponnière	<ul style="list-style-type: none"> • Signes d'anxiété : 19 % • Hypervigilance : 13% • Agressivité : 11% • Déprimés : 9% • Trouble des conduites alimentaires : 9% • Hyperkinétiques : 8% • Hypotoniques : 3%

Tableau 21 : Résumé des caractéristiques de l'étude française de 2014, sur le devenir de 128 enfants placés en pouponnière avant 4 ans (274).

Ce tableau permet de mettre en évidence tous les facteurs précédemment décrits concernant la vie de ces nourrissons avant leur placement et les facteurs de risque au placement.

Par ailleurs concernant les résultats au long terme, l'étude avait pour but de déterminer l'évolution de la **scolarité** de ces enfants placés, et leur **insertion sociale** une fois adulte. Concernant le domaine scolaire, les résultats montrent que 71% des enfants placés avaient été scolarisés, mais la majorité n'a pas obtenu de diplômes. Les 29% restant étaient en échec scolaire du fait de trop gros troubles du comportement. Parmi les scolarisés, 64% avaient au moins une fois redoublé avant 15 ans (contre 39,5% dans la population générale). Par ailleurs, l'échelle globale d'évaluation du fonctionnement de l'enfant, qui permet de mesurer son fonctionnement social, professionnel et psychologique s'est vu amélioré entre l'admission et la fin du placement. Concernant l'insertion sociale des jeunes adultes les résultats montrent qu'un peu plus d'un jeune adulte sur 2 avait réussi à avoir une vraie chance d'insertion

sociale. L'étude met en évidence un lien de causalité entre la qualité de l'insertion sociale et le temps de prise en charge de l'enfant en pouponnière. Plus le temps est court entre l'identification d'un risque pour l'enfant et sa prise en charge en pouponnière, plus l'insertion sociale des jeunes adultes sera facilitée. A l'inverse, un retard cognitif observé lors de l'admission, rendrait l'insertion de ces adultes plus difficile.

Cette étude montre bien que le placement précoce a des conséquences sur l'avenir de l'enfant, mais que la **précocité** peut aussi être un **facteur bénéfique**. De plus, le placement ne permet pas un développement complètement normal de l'enfant, mais essaie de s'en approcher (274).

Par ailleurs, le traumatisme que le nourrisson subit, du fait de la séparation précoce avec sa mère, aura pour principaux symptômes à un âge plus avancé : un **trouble de l'identité et de l'insécurité**, un sentiment **d'anormalité** et de différences par rapport aux autres, une **perte de confiance en soi**, et une sensation d'échec chronique, une **perte de l'estime de soi**, des sentiments **d'irréalité**, ... (275)

II.3.2.3.2 Placement tardif et conséquences

Une étude française de 2003 concernant la séparation parent-enfant et son impact, confirme que les séparations après l'âge de 1 an, seront plus délétères pour les enfants. Elle montre aussi que la grande majorité des séparations se produit tout de même après 1 an (239).

Lors d'un placement tardif, le jeune enfant peut entraîner la **reproduction** avec son substitut maternel du même mode de **relation** qu'il avait connu avec sa mère, entraînant finalement la même souffrance (271).

Lorsque les enfants ou adolescents sont placés encore plus tardivement, la séparation peut être très mal vécue, et entraîner une grosse **souffrance** du fait de la **mise à distance physique** avec la mère. Bien que vivant dans de difficiles conditions, ces enfants peuvent malgré tout s'attacher à leur mère. Une fois placés, ceux-ci passeraient leur temps à penser à elle, à ce qui se passe chez eux, et finalement ils se désinvestiraient dans tous les domaines de leur vie (scolarité, professionnel, insertion sociale) et pourraient même régresser. Le placement serait donc considéré comme un échec chez ces enfants (276).

De plus, les enfants placés pourront développer le trouble dit du « **mal du placement** ». Celui-ci comprend :

- Des angoisses de séparation ;

- La tendance à la parentification du fait du double attachement ;
- Un trouble du contact corporel caractérisé par une phobie du contact, un trouble du tonus, un détournement du regard ;
- Des troubles dépressifs ;
- Un refus de la loi se manifestant par une désobéissance, une opposition, une mise en danger ;
- Des troubles de la sexualité avec provocation de l'adulte aux contacts sexuels et gestes évocateurs
- Des troubles dans la prise de conscience, et des difficultés dans la perception et l'interprétation des comportements des autres individus
- Une vie fantasmatique très pauvre (236).

Le placement plus tardif aura aussi des conséquences sur l'apparition de **troubles du comportement**. L'enfant ou l'adolescent présentera un risque d'instabilité, de fabulations, de vols, de crises de colère, d'agressivité, de fugues, de toxicomanie... qui finalement vont entraîner une impossibilité de sociabilisation et d'adaptation à la réalité.

Des **troubles de la personnalité** peuvent aussi se dévoiler chez ces individus placés. Des psychoses, perversions, des personnalités borderline,... sont notamment retrouvés chez ces enfants, adolescents ou jeunes adultes (239).

De plus, en cas de changements fréquents de placement, l'enfant se développera selon plusieurs modes de fonctionnement familial et d'éducation. La diversité de ces modes de vie ne lui permettront pas d'avoir des images parentales structurées (275). A son tour, plus tard, n'ayant pas d'image stable du statut de parentalité, l'adulte n'adoptera pas les relations adéquates avec son enfant (236).

Cependant, lorsque le placement est stable, d'une durée suffisante, avec un suivi psychologique de l'enfant et qu'il permet une bonne évolution de l'enfant, ou du moins une non dégradation de son état, l'un des risques majeurs chez ces enfants est le retour chez leur mère. En effet, si la mère n'est pas soignée correctement, et qu'elle ne s'occupe pas convenablement de son enfant, même plus grand, l'enfant pourra ressentir une **souffrance** immense, et finalement le retour à domicile sera caractérisé de catastrophique (239).

Enfin, en grandissant, l'adulte pourra se sentir tirailler entre sa famille d'origine, et sa famille d'accueil, ce qui entrainera une souffrance due à **un conflit de loyauté** (275).

II.3.2.3.3 Placement et trouble de l'attachement

Des **troubles du comportement**, en lien avec l'attachement désorganisé de l'enfant ou de l'adolescent, sont très fréquents en début de placement (277). Une étude française de 2015 a affirmé ce propos en étudiant le comportement des adolescents placés en institution, et le lien avec leur attachement. Ils ont montré que ces adolescents avaient beaucoup **de mal à faire confiance aux adultes**, lorsqu'ils arrivaient en institution, et avaient des **difficultés à parler de leurs problèmes**. Ils associaient ces troubles à un lien désorganisé ou insécuré de l'attachement, dans un contexte de placement (278).

Par ailleurs, si la famille d'accueil est compétente dans sa tentative d'instaurer un lien de confiance durable et protecteur avec l'enfant, celui-ci pourra développer un **attachement sécure** avec sa mère de substitution. Cependant, des ruptures et changements de placement réguliers, sont délétères pour l'enfant, qui perdra sans arrêt ses figures d'attachement, créant des troubles sévères de l'attachement (277).

Adulte, ces troubles de l'attachement en lien avec le placement vont perdurer. En effet, les individus placés dans leur enfance ont peur de ne jamais trouver de conjoint. Il leur est inconcevable que quelqu'un puisse s'attacher à eux (275).

II.3.3 Ressenti concernant la maladie maternelle

La diversité des troubles présentée lors de ce travail correspond aux principales manifestations physiques ou psychiques d'enfants, adolescents ou adultes nés de mère psychotique, retrouvés dans les études. Cependant, nous n'avons pas beaucoup décrit les sentiments de ces enfants, adolescents, et adultes, concernant leur vie avec leur mère psychotique. Cette partie est donc destinée plus spécifiquement à préciser les ressentis des individus qui ont vécu avec une mère psychotique, aux différents âges de leur vie.

II.3.3.1 Ressenti des enfants

II.3.3.1.1 Culpabilité

La culpabilité est le sentiment qui ronge les enfants vivant avec une mère psychotique. En effet, petit à petit, l'enfant va se rendre compte que sa mère est différente des autres mères de son entourage, ce qu'il va interpréter comme « c'est de ma faute », le **rendant coupable** de cette situation (253). L'imprévisibilité de sa mère et ses comportements inquiétants seront rationalisés par l'enfant, qui pensera être personnellement la cause de ses troubles, faute de ne pas avoir eu d'information sur

la maladie mentale de sa mère. La culpabilité est finalement considérée comme un **sentiment défensif** exprimé par l'enfant qui n'accepte pas et qui **angoisse de ne pas comprendre** pourquoi sa mère est caractérisée de « folle ». Il va donc préférer penser que c'est de sa faute, plutôt qu'être anxieux du fait de l'incompréhension. Par ailleurs, se sentir responsable des agissements de sa mère lui permet aussi de ressentir un sentiment d'existence et d'occuper une place à l'égard de sa mère (247).

Les non-dits et désinformation que l'enfant peut subir ne l'aideront pas. Au contraire des **manifestations auto-agressives** ont pu être décrites chez ces enfants qui tentaient de « rejoindre » leur mère malade (191). Il est donc recommandé d'expliquer à l'enfant la réalité de la maladie psychotique de sa mère avec des mots adaptés à son âge, à son développement cognitif et psychoaffectif (253).

II.3.3.1.2 Honte et isolement

La « folie » de leur mère est difficile à appréhender et à cacher. Les enfants exprimeront donc de la honte à vivre avec une mère psychologiquement instable, qui peut à tout moment se comporter « bizarrement » en société. Ces enfants auront donc tendance à s'isoler car il leur sera compliqué de parler de leurs problèmes (218). Cependant, certains enfants trouveront plus facile de se confier sur des forums, c'est ce qu'une étude suédoise de 2015, a démontré. Ainsi les confidences de ces enfants indiquent que leur mauvaise santé mentale serait directement liée à la maladie mentale maternelle, et aux comportements anormaux que celle-ci affiche (279).

II.3.3.1.3 Méfiance et mépris lors de placement

Lors d'un placement, l'enfant sera emmené dans un milieu inconnu, dans lequel il ne retrouvera plus sa figure d'attachement principal, ce qu'il pourra considérer comme un milieu dangereux, d'autant plus qu'il ne connaît pas les personnes qui s'occupent de lui. Cet événement de vie peut donc le rendre **méfiant**.

De plus, avant le placement, l'enfant avait dû s'adapter à une vie effrayante, constituée de maltraitance et de stress, qui pour lui était sa base. Ainsi, il considérera comme anormal que la mère de substitution paraisse gentille et qu'elle prenne soin de lui. Pour se protéger de ces sentiments inconnus, l'enfant réagira donc de façon **méprisable** (275).

II.3.3.1.4 Sentiment d'insécurité et difficultés quotidiennes

Une étude de 2009, réalisée en Nouvelle-Zélande, a mis en évidence les expériences infantiles de 23 adultes nés d'une mère atteinte d'un trouble psychotique. L'interview de ces sujets a pu montrer qu'ils avaient vécu en tant qu'enfant dans l'angoisse, dans l'isolement et dans la solitude affective. Les situations infantiles suivantes sont celles exprimées par ces adultes. Ils relatent donc :

- Des souvenirs portant sur la **paranoïa** intrusive de leur mère et ses comportements délirants les affectant directement.
- Des **situations effrayantes** ou des situations où le parent malade pouvait les menacer.
- Un **sentiment d'insécurité** pendant leur enfance, sans pouvoir prévoir le comportement ou la présence ou pas de leur mère, lorsqu'ils rentraient de l'école par exemple.
- Des situations compliquées à vivre, du fait de **l'absence physique** de la mère, lors des hospitalisations répétées.
- Une **absence psychique**, compliquée à accepter. Ces situations s'observaient lorsque l'enfant pouvait voir physiquement sa mère mais que celle-ci ne réagissait pas. L'enfant se rendait compte qu'elle était dans un autre monde, dont rien ne pouvait être obtenu de sa part. Elle n'avait donc pas d'influence sur lui, car ne pouvant s'occuper de lui. Cependant, les sujets déclarent qu'ils ne pouvaient pas se plaindre car elle était tout de même là physiquement. Pour eux, c'est comme s'ils vivaient avec un fantôme, et finissent par affirmer que c'est comme s'ils n'avaient pas eu de mère.
- Un sentiment d'isolement social créé par la mère.

Par ailleurs, l'étude montrait que lorsque le père était stable psychiquement ou qu'un autre membre de la famille prenait soin d'eux, comme la grand-mère, cela apportait une protection et une certaine normalité dans la vie de l'enfant (257).

II.3.3.2 Ressenti des adolescents

II.3.3.2.1 Stigmatisation et isolement

En règle générale, les adolescents sont facilement stigmatisés. Mais dans le cas d'un adolescent dont la mère est psychotique, ce ressenti le sera d'autant plus. Il est donc compliqué pour eux de lutter contre cette stigmatisation et de se représenter comme « normaux » et identiques face à leurs pairs (256). Ainsi cela peut les isoler socialement, en plus de l'isolement habituel qu'ils vivent avec leur mère. Dans ce cas ce sont des adolescents qui restent très discrets et qui n'iront pas parler de leurs problèmes (218).

II.3.3.2.2 Peur de ressembler à la mère

Une inquiétude coexiste aussi systématiquement chez ces adolescents, qui est celle de devenir comme la mère, et de développer un trouble identique ou proche de la pathologie maternelle. Il est très **difficile** pour les adolescents ayant vécu avec une mère psychotique de **connaitre la normalisation**. Ainsi, ils peuvent se poser beaucoup de questions sur le fait que leurs comportements ou leurs réactions à un moment donné puissent avoir été normaux ou pas. Ils sont donc en perpétuel questionnement concernant leur santé mentale (256). L'étude suédoise de 2015, sur les confessions d'individus vivant avec une mère psychotique via des forums internet, décrit qu'un grand nombre d'entre eux s'inquiètent de leur état mental, et du risque de développer la maladie mentale de leur mère (279).

II.3.3.3 Ressenti d'adultes

II.3.3.3.1 Frustration et sentiment d'impuissance

Les adultes peuvent ressentir de la frustration à ne pas pouvoir aider leur mère au mieux, et n'acceptent pas que les soins psychiatriques et médicaux ne puissent pas totalement la guérir. Ils peuvent même être en colère contre les établissements psychiatriques et services sociaux qui pour eux, ne les ont pas assez aidé, les laissant impuissants face à la maladie psychotique de leur mère (279).

II.3.3.3.2 Difficultés relationnelles

Les carences affectives, et l'expression du lien d'attachement compromis chez l'enfant, telles que le manque d'amour, de liaison et de proximité avec la mère psychotique, entraînent des **difficultés pour nouer des liens** à l'âge adulte. L'étude néo-zélandaise de 2009, décrivait les ressentis et expériences des adultes nés d'une

mère psychotique, en lien avec les troubles de l'attachement avec sa mère. Les individus décrivent avoir un **manque de confiance** en eux et une **difficulté à faire confiance aux autres**. Leurs relations amoureuses sont souvent courtes ou alors elles sont longues mais abusives. Certains disent qu'ils cherchent, mais ne trouvent pas l'amour. D'autres, ne comprennent pas comment les couples puissent rester ensemble, donc ils admettront qu'ils finiront toujours par saboter leurs relations. De plus, ils expriment leur difficulté à avoir des relations, rien qu'amicales, et notamment avec des femmes, car ils ne savent pas comment interagir avec elles.

Les enfants, adolescents et adultes subissent de nombreux désagréments du fait de la maladie psychotique maternelle entraînant une maltraitance maternelle, un lien d'attachement non sécure et des placements. Comme au stade du nouveau-né/nourrisson, de nombreux troubles peuvent être mis en évidence tels que des troubles mentaux, des troubles du comportement et du développement. De plus, leur ressenti principalement basé sur de la souffrance, de la honte, de la peur, de la culpabilité, de la frustration, de l'insécurité, d'un manque de confiance, ... reflètent toute la difficulté de vivre avec une mère atteinte de trouble psychotique.

Le devenir des enfants nés d'une mère atteinte d'un trouble psychotique est lourd de conséquences. Notre travail a permis de montrer à chaque période de la vie, les possibles troubles et risques retrouvés chez l'individu né d'une mère psychotique. Cependant, pour que notre travail soit complet, nous allons montrer au travers de cas cliniques, si les conséquences de la maladie psychotique sur le devenir de l'enfant, théoriquement décrites lors de notre travail, sont en adéquation avec la réalité.

III. Cas cliniques

Cette partie clinique a pour but de mettre en évidence la réalité des descriptions concernant les signes cliniques de la maladie psychotique, les risques encourus chez l'enfant à tous ses âges de vies, et les possibles facteurs de risque cumulés, que nous avons émis jusque-là. Ces cas cliniques sont soit extraits de la bibliographie, soit retrouvés au sein du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers.

III.1 Cas bibliographiques :

Dans la littérature, de nombreux cas concrets montrent les comportements inadaptés de la mère psychotique. Nous allons donc en exposer certains, sous forme de tableau décrivant la maladie de la mère, les facteurs de risque associés, et les impacts sur l'enfant. Un seul sera sous forme de témoignage.

III.1.1 Cas n°1

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none">• Christiane, 35 ans
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none">• Garçon
Maladie, symptômes et antécédents de la mère	Schizophrène de type désorganisé <ul style="list-style-type: none">• Pathologie psychotique déclarée à 21 ans• Clinique dominée par la dissociation psychique, et une vie relationnelle pauvre• Nombreuses hospitalisations
Histoire du cas	<ul style="list-style-type: none">• A toujours souhaité avoir un enfant. Avant sa grossesse, lors de ses consultations de suivi elle tricote de la layette de manière compulsive.• Puis en accord avec son compagnon, elle décide d'arrêter sa contraception• Lors de sa grossesse, sa maladie se désorganise avec une recrudescence d'anxiété accompagnée de délires paranoïdes. Elle exprimera : « <i>C'est un bout de viande que j'ai dans le ventre</i> », « <i>Je ne dois pas manger sinon je vais grossir</i> », « <i>Cela pourrait dans mon ventre, ce sont des éléments qui s'accumulent et qui pourrissent</i> »• A la naissance, persuadée qu'elle aurait une fille, elle ne souhaite pas voir son garçon qui vient de naître.
Conséquences sur l'enfant	Trouble des interactions fœto-maternelles

Tableau 22 : Cas n°1 : Maternité d'une schizophrène et impact sur son enfant (218).

III.1.2 Cas n°2

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Mme B. 26 ans • Vit dans un centre maternel avec sa fille
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Sophie
Maladie, symptômes, traitement et antécédents de la mère	<p>Schizophrène</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes marqués par l'isolement et une absence psychique
Facteurs de risque associés	<ul style="list-style-type: none"> • Conception avec un homme de passage, psychopathe
Histoire du cas	<p><u>Nouveau-né :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mère est en corps à corps permanent avec son bébé qui reste appendu à son sein, paraissant tété sans arrêt. Sophie est comme « moulée » contre sa mère, dans un état végétatif • Aucun regard entre les 2
	<p><u>Nourrisson :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère qui devient incohérente : elle alterne moment de fusion avec sa fille et abandon. Elle peut partir toute une journée du centre sans prévenir. • Lorsque Sophie a un mois et demi, elle partira seule, pendant plusieurs jours, imposant le placement complet de Sophie.
Conséquences sur l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Attachement désorganisé

Tableau 23 : Cas n°2 : Impact de la schizophrénie maternelle sur le développement de l'attachement mère-enfant (218).

III.1.3 Cas n°3

<p>Identification de la mère</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mme B. 36 ans • A suivi des études supérieures de gestion et de commerce • Rencontre son conjoint en 2000 avec qui elle forme un couple uni. L'homme a déjà vécu différents épisodes délirants de sa femme et essaye de l'aider. C'est principalement lui qui souhaite un enfant.
<p>Identification de l'enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elise • Née un mois avant le terme et pèse 2,8kg
<p>Maladie, symptômes, traitement et antécédents de la mère</p>	<p>Schizophrène</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie évoluant suivant des épisodes délirants aigus depuis la fin de son adolescence • Schizophrénie résolutive avec un traitement neuroleptique pris pendant un mois, mais ne veut pas le poursuivre, ni être suivi sur le plan psychiatrique
<p>Facteurs de risque associés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sans emploi, car n'a pas réussi à s'insérer professionnellement du fait de relations chaotiques avec ses collègues et sa hiérarchie
<p>Histoire du cas</p>	<p><u>Grossesse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A sept mois de grossesse elle délire, se sent persécutée et est excitée • A l'accouchement, elle a des troubles du comportement et une rechute de délires
	<p><u>Naissance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mère investit un enfant imaginaire qu'elle idolâtre. Elle est complètement submergée par son Elise imaginaire qui est selon elle : trop belle, très intelligente, voire même surdouée, car elle arrive déjà à lui faire des signes et appeler sa mère par son prénom. Son cerveau serait vraiment très développé car elle saurait aussi compter le nombre de personnes présents dans la pièce. • A l'inverse, elle ne s'occupe aucunement de son vrai bébé, qui « <i>ne fait pas le poids</i> » face à l'enfant imaginaire. Pour la mère, les soins sont une corvée. Elle ne veut pas la porter, « <i>elle est trop lourde</i> ». Elle la confie aux équipes soignantes ou s'enfuit du service lorsque c'est l'heure du biberon en expliquant : « <i>c'est long, j'ai mal au bras</i> ». • Lorsqu'il arrive qu'elle s'en occupe, elle ne joue pas avec elle, ne la regarde pas ou ne lui parle pas. Elle semble aussi effrayée ou agacée lorsque la « vraie » Elise pleure.

<p>Conséquences sur l'enfant</p>	<p>Trouble des interactions précoces :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elise réagit par retrait • Elle développe des troubles du sommeil, du fait d'un comportement hypervigilant. Elle pourra rester les yeux grands ouverts dans son berceau sans protester, puis sombrer dans un profond sommeil • Elle avale ses biberons en 10 minutes • Elle est hypotonique, et glisse des bras de sa mère • Elle ne regarde jamais sa mère
---	---

Tableau 24 : Cas n° 3 : Schizophrénie de la mère et impact sur le développement des interactions précoces entre le bébé et sa mère (18).

III.1.4 Cas n°4

Identification de la mère	<i>Non connue</i>
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Marine
Maladie, symptômes et antécédents	<p>Schizophrène</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discours incohérent et décousu • Délires paranoïaques fréquents • Ne prend pas soin d'elle
Facteurs de risque associés	<ul style="list-style-type: none"> • Père immature, dépendant à l'alcool et au cannabis • Violence entre le couple
Histoire du cas	<p><u>Nourrisson :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A un an, l'enfant et ses parents sont adressés vers un centre de protection de l'enfance. Les soignants décrivent un bébé en souffrance. Elle est agitée, évite tout contact et souffre de troubles alimentaires. • La relation mère enfant s'établit sous une forme de rejet – fusion. La mère alterne des moments intenses de fusion avec sa fille, avec des moments de paranoïa, où elle place son bébé en tant que persécuteur. Ces situations sont décrites comme dangereuses pour l'enfant. • La mère n'accepte aucune aide, qu'elle prend comme une agression, en exprimant « je ne suis pas malade ».
	<p><u>Enfance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus Marine prend son l'autonomie et pense par elle-même, et plus sa mère perçoit en elle une menace, et le sentiment qu'elle est non conforme à son enfant fantasmé. La petite fille se verra donc placée vers six ans. • Lors de visite surveillée entre Marine et sa mère, celle-ci sollicite sans cesse sa fille, sans s'adapter à son âge, et envahis tout son espace. En réponse à ces comportements, l'enfant se montre très froide et lasse vis à vis de sa mère. A la fin de ces entrevues, elle semble perturbée, et demande, à force, de ne plus voir sa mère. • Sa mère quant à elle, se sentant comme « dépossédée » de son enfant, retombe enceinte, dans des circonstances encore dramatiques pour l'enfant à naître (prise de médicaments, violence et toxicomanie du nouveau conjoint, ...)
Conséquences sur l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Lien d'attachement désorganisé mère-enfant • Risque de filicide et de maltraitance

Tableau 25 : Cas n°4 : Impact jusqu'à l'enfance d'un lien d'attachement non sécure entre une mère psychotique et son enfant (204).

III.1.5 Cas n°5

Identification de la mère	<i>Non connue</i>
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Garçon
Maladie, symptômes et antécédents de la mère	<p>Schizophrène à tendance paranoïaque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délires violents, surtout si elle est contrariée • Automutilations • Traitée par des injections retard
Facteurs de risque associés	<ul style="list-style-type: none"> • Mère qui a subi de la maltraitance lors de son enfance • Père qui n'a jamais reconnu l'enfant • Mère qui a retrouvé un conjoint alcoolique
Histoire du cas	<p><u>Grossesse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Périodes de grands délires • Sous neuroleptiques
	<p><u>Nourrisson :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mère s'est enfuie avec son bébé pendant une semaine sans vraiment dormir ni manger. Elle n'a jamais changé son garçon, et ne l'a pas nourri. Ils ont été retrouvés très faibles.
	<p><u>Enfance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère délirante et maltraitante, qui prend son enfant comme un bouc-émissaire. Elle pouvait le battre, lui faire pipi dessus et l'obliger à finir son assiette. Elle hurlait quand elle lui parlait et pouvait même l'insulter. Il était puni constamment et privé de ses ours en peluche, qu'il affectionnait particulièrement, et pour lequel la souffrance était plus importante que les coups. Pour l'enfant, sa mère libérait son agressivité sur lui, pour compenser l'injustice qu'elle vivait. • Le petit garçon devait subir les « manies » de sa mère : lavements à répétition, huile de foie de morue, ... • Il n'a jamais entendu sa mère l'appeler par son vrai prénom, et justifiait ceci, par la prise de médicaments qui lui faisait oublier des choses. • Il était terrorisé par les violentes crises de folie de sa mère. Une fois lors d'une de ses crises mystiques, sa mère en sueur, souhaitait toucher le sexe de l'enfant en invoquant que ses parties génitales étaient sacrées. Par peur, tristesse et manque d'affection, il indique avoir passé la majorité de son enfance, sous son lit, à pleurer.

	<ul style="list-style-type: none"> • La mère persuade son enfant qu'il est le fils de Dieu, et qu'il devra un jour la venger. • A 10 ans, il fait encore caca sur lui et notamment à l'école, où il est introverti, seul et terrorisé, devenant finalement une victime aux yeux de ses camarades. Mais à l'inverse, il est brillant et précoce dans sa scolarité. <p><u>Adolescence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mère persuade son enfant qu'il est le fils de Jésus, et que plus tard il devra la venger. Ainsi, l'adolescent se convint qu'il doit être parfait, qu'il a un destin à accomplir et qu'il n'a pas le droit à l'erreur. Pour ce faire, il se mutilé et se frappe à chaque fois qu'il sent qu'il n'a pas été parfait. Ces agressions personnelles vont durer jusqu'après ses 30 ans • Jusqu'à ses 20 ans, le garçon se qualifie de multi-traumatisé, de quasi-autiste et de dépressif
<p>Conséquences sur l'enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complication à la naissance : Cordon enroulé autour du cou • Maltraitance physique • Maltraitance psychologique • Carences affectives • Négligence • Anxiété • Troubles de la sociabilisation • Folie à deux • Autisme • Dépression

Tableau 26 : Cas n°5 : Impact de la maltraitance d'une mère schizophrène à toutes les étapes de vie d'un enfant (198).

III.1.6 Cas n°6

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none">• Mme V. 26 ans
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none">• Garçon de 7 ans• Né d'un père algérien
Maladie, symptômes et antécédents de la mère	Schizophrène <ul style="list-style-type: none">• Bouffé délirante 4 ans avant• Tentative de suicide 3 ans avant
Facteurs de risque associés	Séparée du père de l'enfant
Histoire du cas	Pour la mère schizophrène, son fils l'empêche de refaire sa vie car il est arabe. Elle ne supporte plus son origine et le voit comme un persécuteur. Un jour, elle s'enferme donc dans une pièce avec son fils et le tape à coups de masse sur la face et le crâne, ce qui finit par le tuer. Puis elle retourne son arme contre elle et se donne des coups sur la tête provoquant de larges et longues déchirures du cuir chevelu.
Conséquences sur l'enfant	Infanticide

Tableau 27 : Cas n°6 : Mère schizophrène et risque d'infanticide (210).

III.1.7 Cas n°7

Identification de la mère	Non connue
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Corinne • Placée dès six mois en pouponnière, puis en famille d'accueil
Maladie, symptômes et antécédents de la mère	Malade mentale <ul style="list-style-type: none"> • Jugée extrêmement rejetante envers sa fille
Facteurs de risque associés	
Histoire du cas	<ul style="list-style-type: none"> • A l'âge de quatre ans, Corinne, placée depuis ses six mois, retourne vivre chez sa mère, qui a obtenu l'autorisation du juge. • Mais un an et demi après, Corinne est replacée dans son ancienne famille d'accueil, pour cause de mauvais traitement maternel. • Elle sera finalement changée plusieurs fois de famille d'accueil, et notamment de sa première, qui ne la reconnaît plus depuis son passage chez sa mère, et qui ne peut plus la supporter. Son enfance sera marquée par la volonté de renouer un lien avec sa mère, sans y parvenir. • Elle finira dans un centre éducatif jusqu'à sa majorité
Conséquences sur l'enfant	Divers troubles provoquant une difficulté d'insertion sociale à l'âge adulte : <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'autonomie, - Inadaptation au travail, - Grande instabilité, - Toxicomanie

Tableau 28 : Cas n°7 : Impact chez l'enfant de son retour de l'enfant chez sa mère psychotique, après un placement (239).

III.1.8 Témoignage d'un enfant né d'une mère psychotique (198)

Sur un forum de discussion consacré aux mères schizophrènes, « Binty » parle de l'**isolement** que sa mère lui a fait endurer : « *Ma mère m'a coupé de mon milieu* ». « *Sa maladie m'a empêché de connaître la famille de mon père, ma marraine, elle a coupé tous les liens !* ».

Elle fait aussi référence à la **stigmatisation** qu'elle a subi : « *Je me souviens d'une coiffeuse qui m'avait accostée dans la rue pour me réclamer dix euros que ma mère lui devait, je lui avais répondu de s'adresser à l'intéressée, elle m'avait répondu, "elle est aussi folle que sa mère" ! Eh bien je peux dire que ce genre de parole fait mal ! Les gens se moquent de vous, ricanent dans notre dos ! Cette maladie est bien plus dure pour l'entourage que pour celui qui est atteint, finalement : lui est dans son monde !* »

Elle se confie aussi sur sa **peur de devoir s'occuper d'elle** « *Plus tard je vais devoir m'en occuper et cela me fait extrêmement peur ! Personne n'a jamais voulu la garder en hôpital psychiatrique, ce serait pourtant la meilleure solution ! C'est un poids pour moi depuis toujours !* »

Enfin, elle exprime la **honte** qu'elle a éprouvé de vivre avec elle : « *Elle entend des voix, a des hallucinations, je me souviens un jour elle était partie en chemise de nuit de la maison, j'avais six ans ! Imaginez le choc, en plus j'habite une petite ville, la honte !* »

III.2 Cas au centre hospitalier psychiatrique Henri Laborit de Poitiers

Le centre hospitalier psychiatrique Henri Laborit de Poitiers répond aux besoins liés à la santé mentale des adultes, adolescents, enfants et mères-enfants de la Vienne. En fonction des âges, les individus seront dans des services de soins différents. C'est au pavillon Tony Lainé, que sont accueillis les patients de 0 à 18 ans de notre étude.

III.2.1 Démarche de recherches

Une recherche informatique entre plusieurs dossiers cliniques du centre Henri Laborit de Poitiers a permis d'identifier les 8 cas cliniques présentés ci-dessous. Pour chacun des cas cliniques, les enfants cités ont tous au moins été une fois hospitalisés au sein du pavillon Tony Lainé, et leur mère ont aussi toutes été hospitalisées dans un service de l'hôpital Laborit avec un diagnostic de schizophrénie, de troubles schizotypiques ou de troubles délirants.

Cette recherche croisée, vaste et complexe a commencé en recherchant l'identification des mères dont les enfants avaient été hospitalisés à Tony Lainé. Informatiquement, via les dossiers d'admission des enfants, il a été possible de trouver le nom de ces mères. Puis il a fallu rechercher si ces mères, via leur nom, avaient un dossier clinique au sein du centre hospitalier Laborit. Enfin, si c'était le cas, une recherche plus fine permettait de rechercher seulement les femmes dont les médecins de l'hôpital leur avaient admis un diagnostic F2 selon la CIM 10, c'est-à-dire un diagnostic de schizophrénie, de troubles délirants ou de troubles schizotypiques.

Ainsi, cette recherche a mis en évidence l'existence de 8 femmes avec un diagnostic de troubles psychotiques qui ont mis au monde au moins un enfant, hospitalisé à un moment donné au sein du Pavillon de Tony Lainé pour un trouble en lien avec la santé mentale de ces enfants. Les résultats donneront une idée des signes cliniques de la maladie psychotique de la mère, les principaux facteurs de risque associés, leurs principaux traitements prescrits, les antécédents d'hospitalisation, ainsi que l'histoire de vie du ou des enfants de la mère psychotique, ainsi des conséquences sur leur développement. Ces résultats seront retranscrits dans des tableaux.

III.2.2 Résultats :

III.2.2.1 Cas n°8

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • G. E. • Née en 1984 (34 ans) 								
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Brayan • Né en 2009 (9 ans) 								
Maladie, symptômes, et antécédents de la mère	<p>Schizophrénie indifférenciée épisodique intermittente</p> <p><u>Signes cliniques en rapport avec la psychose :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Délires à thème de persécution (dit entendre des voix dans sa tête, qu'elle n'arrive pas à expliquer) • Mentalisation pauvre et difficulté de projection dans l'avenir • Impulsive envers elle et les autres (scarifications envers elle et verbalisation méchantes vis-à-vis de son entourage) • Affect dépressif avec anxiété • Ralentissement psychomoteur important • Non conscience de sa maladie <p><u>Autres signes cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles obsessionnels compulsifs • Attaques de panique <p><u>Antécédents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisée pour idées suicidaires et scarifications 								
Traitements psychotropes de la mère	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Neuroleptiques :</td> <td style="text-align: right;">Fluanxol®</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Antipsychotique atypique :</td> <td style="text-align: right;">Solian®</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine :</td> <td style="text-align: right;">Prozac®</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Anxiolytique :</td> <td style="text-align: right;">Lexomil®</td> </tr> </table>	Neuroleptiques :	Fluanxol®	Antipsychotique atypique :	Solian®	Antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine :	Prozac®	Anxiolytique :	Lexomil®
Neuroleptiques :	Fluanxol®								
Antipsychotique atypique :	Solian®								
Antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine :	Prozac®								
Anxiolytique :	Lexomil®								
Facteurs de risque liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de carences affectives dans son enfance avec traumatismes (agressions sexuelles répétées à 13 ans par une personne extra-familiale, violence familiale, maltraitance physique et psychique par sa mère) • Aboulique, prise compulsive de nourriture • Fume • QI extrêmement inférieur à la normale (62) • CAP qu'elle n'a pas obtenu et incapacité actuelle à travailler du fait de sa pathologie • Vit avec un homme impulsif et colérique 								

Histoire du cas	<p><u>Grossesse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Considérée à risque selon les professionnels de santé du fait des comportements pathologiques des 2 parents. • La femme explique aux médecins que son compagnon lui fait peur car il la menace souvent, mais elle serait tout de même incapable de se séparer de lui. Lors d'une colère, il lui aurait notamment jeté un cendrier. De plus, il semble opposé aux soins et suivi de la grossesse de sa conjointe. • Sous Fluanxol® et Euphytose® (mélange de différentes plantes : ballotte, valériane, aubépine et passiflore, indiquées dans les états anxieux mineurs et troubles légers du sommeil)
	<p><u>Naissance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfant placé en pouponnière dès sa naissance. Sa mère ne peut le voir que 2 heures 2 fois par semaine
	<p><u>Enfance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les difficultés parentales ne permettent pas aux parents de récupérer leur garçon. Il est donc placé dès ses neuf mois sous décision judiciaire dans une famille d'accueil • Dès ses 3 ans et demi, il peut voir ses parents une fois par trimestre • Chez sa famille d'accueil il va développer de nombreux troubles du comportement se manifestant par la recherche perpétuelle d'un adulte de sa famille d'accueil, une intolérance à la frustration et une opposition constante. Il présentera aussi des troubles du sommeil et une anxiété importante. • Ainsi, de 2011 à 2016 il sera suivi très régulièrement en hôpital de jour pédopsychiatrique et en août 2015 prescription d'un traitement neuroleptique : Tercian®. Son évolution est positive. Ses angoisses de séparation régressent et il est observé une amélioration de son investissement pour les apprentissages scolaires. • En mai-juin 2017, ses troubles du comportement s'aggravent. Il a des hallucinations visuelles et auditives et se trouve dans l'incapacité de poursuivre ses activités thérapeutiques. Il est grossier, ses rires sont sans motif, il ne tolère aucune frustration et il se désorganise complètement. Il ne se reconnaît plus dans le miroir et ne fait plus la différence entre la réalité et le virtuel. Son anxiété de séparation s'amplifie et ses angoisses deviennent envahissantes et irrationnelles. Tout ceci provoque une régression de ses acquis, qui entrainera une déscolarisation. • En février 2018 les médecins lui prescrivent du Risperdal®, antipsychotique atypique

	<ul style="list-style-type: none"> • En avril 2018 il sera finalement hospitalisé au pavillon Tony Lainé et un traitement par Haldol® sera mis en place.
Conséquences chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble sévère de l'attachement <ul style="list-style-type: none"> – Entravant son développement psychomoteur et psycho-affectif – Entraînant des troubles du comportement • Trouble de séparation - individuation <ul style="list-style-type: none"> – Entraînant une anxiété de séparation • Difficultés scolaires • Risque de troubles psychotiques

Tableau 29 : Cas n°8

III.2.2.2 Cas n°9

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • E. C. • Née en 1957 (61 ans) 					
Identification des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • E. Myriam • Née en 1997 (21 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • E. Delphine • Née en 1995 (23 ans) 				
Maladie, symptômes, et antécédents de la mère	<p>Trouble anxiodépressif récurrent sur une structure psychotique ayant évolué en psychose chronique</p> <p><u>Signes cliniques en rapport avec la psychose :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la personnalité et du comportement • Comportement inadapté et violent (elle brise des objets) • Agitation psychomotrice <p><u>Antécédents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2007, 2010, 2011, 2013 : Tentative de suicide médicamenteuse • 2014 : Automutilation et syndrome dépressif • 2015, 2016, 2017, 2018 : Nombreuses hospitalisations dues à des comportements violents, de fugue, de menace suicidaire, d'agitation psychomotrice, d'errance sur la voie publique 					
Traitements psychotropes de la mère	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Neuroleptiques :</td> <td style="text-align: right;">Tercian® Dipipéron®</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Anxiolytiques :</td> <td style="text-align: right;">Xanax® Seresta®</td> </tr> </table>		Neuroleptiques :	Tercian® Dipipéron®	Anxiolytiques :	Xanax® Seresta®
Neuroleptiques :	Tercian® Dipipéron®					
Anxiolytiques :	Xanax® Seresta®					
Facteurs de risque liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Sous tutelle • Ne travaille pas • Antécédents familiaux de troubles avec un père dément 					
Histoire du cas	<p><u>Naissance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En 1997, à la naissance de sa deuxième fille, la mère fait une dépression du post-partum • Concernant Myriam, la mère la décrit comme étant un bébé qui pleure beaucoup. • Les 2 filles seront ensuite placées en famille d'accueil, dès l'âge de six mois pour Myriam <p><u>Enfance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En grandissant Myriam développe des troubles du comportement à type d'angoisse de séparation, de signes de dysharmonie et des idées suicidaires. Son discours est pauvre et elle est considérée comme immature psychiquement. Ses résultats scolaires sont tout de même convenables. 					

	<ul style="list-style-type: none"> • Sa mère est très anxieuse concernant ses filles. Elle est notamment très inquiète quant à l'avenir de sa deuxième fille qu'elle décrit d'antisociale, d'intolérante à la frustration, d'instable et d'hyperactive <p>Adolescence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'adolescence de Myriam est marquée par de nombreuses fugues de sa famille d'accueil, et des conduites à risque avec mise en danger. • C'est une adolescente qui fume activement et qui consomme de l'alcool (usage festif). • A 14 ans, Myriam tombe enceinte d'un homme de 33 ans, dont elle se fera avorter. • Cette même année, elle fera une crise d'agitation avec scarifications qui entrainera son hospitalisation et la mise en place d'un traitement avec un traitement antipsychotique atypique : <i>Risperdal®</i>, un neuroleptique : <i>Tercian®</i>, et un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine : <i>Deroxat®</i> • Elle sera ensuite hospitalisée une semaine par mois dans le cadre d'un programme de soin. L'évolution est positive ce qui lui permet d'arrêter ces hospitalisations séquentielles. Mais elle garde toujours un suivi d'une visite un jour toutes les 3 semaines au pavillon Tony Lainé. • L'ainée quant à elle, n'a pas développé de troubles justifiant une hospitalisation
<p>Conséquences chez l'enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles du comportement • Anxiété de séparation • Conduites à risque

Tableau 30 : Cas n°9

III.2.2.3 Cas n°10

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • L. S. • Née en 1971 (47 ans) 								
Maladie, symptômes, et antécédents de la mère	<p>Schizophrénie évoluant vers des troubles schizotypiques associés à des troubles anxiodépressifs + Troubles délirants persistants + Trouble des interactions mère-enfant</p> <p><u>Signes cliniques en rapport avec la psychose :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Désorganisation psychique avec élément de persécution de thématique mystique • Idées suicidaires • Discours désorganisé • Angoisse et agressivité • Asthénie, anhédonie • Attaques de panique • Propos passant du coq à l'âne, • Symptômes productifs : entend des voix <p><u>Autres signes cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles de l'alimentation : ne souhaite plus s'alimenter • Troubles du sommeil : insomnies <p><u>Antécédents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interruption volontaire de grossesse • Nombreuses décompensations de sa maladie avec hospitalisations • Tentatives de suicide 								
Traitements psychotropes de la mère	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="453 1368 925 1462">Neuroleptique :</td> <td data-bbox="925 1368 1394 1462">Tercian®</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1462 925 1543">Antipsychotique atypique :</td> <td data-bbox="925 1462 1394 1543">Risperdal®</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1543 925 1615">Antidépresseur :</td> <td data-bbox="925 1543 1394 1615">Stablon®</td> </tr> <tr> <td data-bbox="453 1615 925 1686">Anxiolytique :</td> <td data-bbox="925 1615 1394 1686">Tranxène®</td> </tr> </table>	Neuroleptique :	Tercian®	Antipsychotique atypique :	Risperdal®	Antidépresseur :	Stablon®	Anxiolytique :	Tranxène®
Neuroleptique :	Tercian®								
Antipsychotique atypique :	Risperdal®								
Antidépresseur :	Stablon®								
Anxiolytique :	Tranxène®								
Facteurs de risque liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Mère alcoolique • Père extrêmement violent • Arrêt de l'école à 16 ans • Pas de travail • Placée en famille d'accueil à l'adolescence • Devient mère à 16 ans • Le père de ses enfants est maltraitant envers elle • Antécédents d'interruption volontaire de grossesse • Toxicomane 								

Identification des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • L. T. Thomas • Né en 1993 (25 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • L.T. Timothé • Né en 1998 (20 ans)
Histoire des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Mère qui perd la garde de ses enfants à un moment donné. Thomas ira vivre chez son père et Timothé sera placé en famille d'accueil. • Pour elle, son dernier fils Timothé proviendrait d'un viol, non reconnu par la loi, bien qu'elle ait porté plainte de nombreuses fois. 	
	<p><u>Enfance – Adolescence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Thomas est un garçon qui développera de nombreux troubles à type de sentiment de persécution, d'isolement, d'hallucinations... entraînant sa déscolarisation. • Il multiplie aussi les facteurs de risque. Il consomme régulièrement du cannabis, il devient père à 17 ans, et il est en situation de précarité sociale et professionnelle. 	<p><u>Enfance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les placements vont se succéder pour Timothé, du fait des nombreuses hospitalisations de sa mère. En 2009 il sera placé plus ou moins définitivement dans une famille d'accueil. • Sa mère ne comprendra pas cette décision et manifestera de nombreuses idées de persécution concernant le placement de son dernier fils. Le fond anxiodépressif de la mère va aussi se majorer, entraînant une augmentation de ses idées suicidaires.
	<p><u>Jeune adulte :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En 2011 (18 ans,) hospitalisation de Thomas au sein du centre hospitalier Henri Laborit, pour cause de troubles hallucinatoires auditif et visuel avec une anorexie associée (perte de 12kg) qui évolue. • En 2012 : hospitalisation à la suite de comportements hétéro-agressifs envers sa belle-mère, 	<p><u>Adolescence (à 15 ans) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Timothé va développer des troubles du comportement agressif. Lors de visite chez sa mère, il présente souvent une agitation psychomotrice et la menace fréquemment

	<p>qu'il violente physiquement avec un discours incompréhensif basé sur des thèmes mystiques, associé à une excitation motrice majeure. Il manifeste aussi des troubles dissociatifs avec troubles du cours de la pensée et néologisme. Les médecins lui diagnostiqueront un trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique avec comportements violents.</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'autres prises en charge hospitalières et médicamenteuses suivront cette année-là du fait de nombreuses décompensations psychotiques. Les signes cliniques seront les suivants : idées mégalomaniaques, bouffées délirantes dissociation majeure, ou plutôt des signes de schizophrénie paranoïde avec idées délirantes à thème de persécution, des troubles du sommeil et une agitation psychomotrice. • Finalement la schizophrénie de Thomas évoluera vers des symptômes négatifs à type d'apragmatisme et de repli autistique. Il fera notamment une rechute dépressive, qui amèneront les médecins à lui diagnostiquer une schizophrénie dysthymique. Ce trouble sera pris en charge par des séances d'électroconvulsivothérapie. • En 2014 : décompensation d'un trouble schizo-affectif associé à une personnalité dyssociale basée sur l'incapacité à ressentir de l'empathie pour autrui, une instabilité affective et relationnelle ainsi qu'une impulsivité psychique et comportementale. • Sa prise en charge thérapeutique a beaucoup évolué. Il avait 	<p>du fait d'une intolérance totale à la frustration.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il fuguera de nombreuses fois de l'école entraînant sa déscolarisation • Il va présenter des signes de dissociation en portant des vêtements inappropriés à la saison, des sourires inadaptés, ... • Il va manifester par alternance des moments tristes avec effondrement, et des moments où il se sent persécuté avec des symptômes interprétatifs (paranoïa) • Il s'isole fréquemment • Finalement Timothé se verra hospitaliser à Tony Lainé à plusieurs reprises suite à des décompensations psychotiques. Son discours sera perturbé, en disant ne pas comprendre pourquoi il est hospitalisé. • Un traitement sera mis en place, mais qu'il prendra aléatoirement. Il est composé par des : <ul style="list-style-type: none"> - Neuroleptiques : <ul style="list-style-type: none"> <i>Tercian®</i> ; <i>Loxapac®</i> ; <i>Haldol®</i>,
--	---	---

	<p>tendance à ne pas prendre ses traitements. Il a eu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un neuroleptique : <i>Tercian</i>® - Des antipsychotiques atypiques : <i>Zyprexa</i>®, <i>Risperdal</i>® et <i>Risperdal consta</i>®, <i>Xeroquel</i>®, <i>Xeplion</i>® - Un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine : <i>Deroxat</i>® - Un thymorégulateur : <i>Téralithe</i>® - Un hypnotique : <i>Imovane</i>® - Des séances d'électroconvulsivothérapie <ul style="list-style-type: none"> • Il est très difficile pour Thomas, de comprendre et d'accepter sa maladie, qui fait écho à celle de sa mère. 	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsychotique atypiques : <i>Risperdal</i>®, - D'un régulateur de l'humeur : <i>Depakote</i>® - Et d'un anxiolytique <i>Atarax</i>®
<p>Conséquences chez l'enfant</p>	<p>Schizophrénie avec de nombreuses décompensations psychotiques, associées à des troubles du comportement et des manifestations délirantes et hallucinatoires</p>	<p>Troubles du comportement avec hétéro-agressivité et bizarreries du comportement</p>

Tableau 31 : Cas n°10

III.2.2.4 Cas n°11

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • F. F. • Née en 1970 (48 ans) 						
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • F. Sarah • Née en 1996 (22 ans) 						
Maladie, symptômes, et antécédents de la mère	<p>Trouble psychotique aigu à tendance bipolaire</p> <p><u>Signes cliniques en rapport avec la psychose :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations auditives • Délires concernant la pédophilie • Idées de persécution importantes • Idées suicidaires • Instabilité psychomotrice • Labilité affective (passe du rire aux pleurs), • Discours décousu avec des éléments délirants de grandeur et de persécution • Comportement changeant <p><u>Autres signes cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles anorexiques <p><u>Antécédents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiples décompensations délirantes psychotiques • Tentatives de suicide 						
Traitements psychotropes de la mère	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">Neuroleptiques :</td> <td>Nozinan® Loxapac® Fluanxol®</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Antipsychotique atypique :</td> <td>Abilify®</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Régulateur de l'humeur :</td> <td>Depakote®</td> </tr> </table>	Neuroleptiques :	Nozinan® Loxapac® Fluanxol®	Antipsychotique atypique :	Abilify®	Régulateur de l'humeur :	Depakote®
Neuroleptiques :	Nozinan® Loxapac® Fluanxol®						
Antipsychotique atypique :	Abilify®						
Régulateur de l'humeur :	Depakote®						
Facteurs de risque liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Sans emploi • Tabagisme chronique actif • Rupture de traitement 						
Histoire du cas	<p><u>Enfance – Adolescence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sarah se sent très concerné par la maladie de sa mère et a très peur de la rechute de celle-ci. • Elle est souvent triste, avec un profond mal-être révélé par des idées suicidaires. Elle développe un syndrome dépressif qui débouchera vers de nombreuses tentatives de suicide médicamenteuses. • Elle manifeste aussi des angoisses de séparation et vit douloureusement la frustration. • Fugue souvent. 						

	<ul style="list-style-type: none"> • Sarah présente aussi des troubles de l'endormissement, une asthénie et des troubles du développement à type de ralentissement psychomoteur. • Les médecins lui prescrivent un anxiolytique : <i>Atarax</i>®
	<p><u>Adulte :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de troubles anxiodépressif nécessitant un arrêt de travail
<p>Conséquences chez l'enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété de séparation • Troubles du comportement et du développement • Troubles anxiodépressifs

Tableau 32 : Cas n°11

	<p>nombreuses crises clastiques et actes hétéro-agressifs entraînent une hospitalisation à plusieurs reprises, et des placements en garde à vue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jordan ne manifeste jamais d'empathie, il est aussi manipulateur et à plaisir à le dire. • Son fonctionnement est basé sur l'alternance de fusion – rupture avec les personnes de son entourage • Un trouble de la personnalité se constitue chez cet adolescent. • Ces troubles provoqueront chez Jordan des difficultés scolaires, avec des redoublements et un changement de collège à quatre reprises. • Des traitements seront mis en place au fil des hospitalisations, mais il sera très peu observant. Parmi ces traitements on retrouve : <ul style="list-style-type: none"> - Des antipsychotiques de première génération : Loxapac® ; Clopixol® - Un antipsychotique de deuxième génération : Risperdal® - Une benzodiazépine : Tranxène®
<p>Conséquences chez l'enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles liés au placement en lien avec un attachement non sécure (souffrance, troubles du comportement, troubles de la personnalité)

Tableau 33 : Cas n°12

III.2.2.6 Cas n°13

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • D. I. • Née en 1971, morte en 2016 (45 ans)
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • D. Marjorie • Né en 1996 (22 ans)
Maladie, symptômes, et vie de la mère	<p style="color: green;">Schizophrène avec des troubles dysthymiques</p> <p><u>Signes cliniques en rapport avec la psychose :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitation avec état délirant • Hallucinations • Propos incohérents • Limitée intellectuellement avec une pauvreté à la mentalisation et à la verbalisation <p><u>Autres signes cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Angoisses • Idées suicidaires <p><u>Vie de la mère :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère immature qui a subi plusieurs décompensations délirantes • Elle meurt à son domicile en 2016 à la suite d'une intoxication médicamenteuse volontaire
Traitements psychotropes de la mère	<p style="text-align: center;">Neuroleptiques :</p> <p style="text-align: right;">Loxapac®, Tercian®, Modécate®</p>
Facteurs de risque liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Refus de traitement
Histoire du cas	<p><u>Enfance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Marjorie est placée à l'âge de 13 ans, en juin 2009. <p><u>Adolescence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette adolescente manifeste principalement des signes d'angoisses d'abandon, retrouvés sous forme de troubles du comportement avec crises de colère, impulsivité, irritabilité fluctuante et des troubles anxieux importants. Elle est décrite comme ayant une immaturité psycho-affective. Elle présente aussi des troubles du sommeil. La recrudescence de l'angoisse de l'abandon est majorée lorsqu'elle n'a pas de nouvelles de sa mère. • A 16 ans, dans un contexte de difficultés familiales (notion d'abus sexuel et pas de nouvelles récentes de sa mère), Marjorie présente un épisode dépressif avec passage à l'acte auto-agressif. Elle va se scarifier et se coincer les

	<p>doigts dans la porte lors d'angoisses intenses. Son contact est fuyant et parle très peu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de traitements à la suite d'hospitalisations avec : <ul style="list-style-type: none"> - Des neuroleptiques : Tercian® et Loxapac® - Un antipsychotique atypique : Risperdal®
	<p><u>Jeune adulte :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Décompensation anxiodépressive associée à des idées suicidaires après la mort de sa mère • A chaque date d'anniversaire de mort de la mère, Marjorie présente des signes déficitaires et ses troubles du comportement s'amplifient. • En juillet 2018, elle tentera de se suicider.
<p>Conséquences chez l'enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de l'attachement • Troubles du comportement • Troubles anxiodépressifs

Tableau 34 : Cas n°13

III.2.2.7 Cas n°14

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Q. N. • Née en 1968 (50 ans) 						
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • D. Julien • Né en 1998 (20 ans) 						
Maladie, symptômes, et antécédents de la mère	<p>Troubles psychotiques chroniques avec comorbidité thymique</p> <p><u>Signes cliniques en rapport avec la psychose :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Idées délirantes polymorphes (mystiques, persécution) à mécanisme interprétatif et imaginatif • Se disperse rapidement dans ses activités • Pensées désorganisées • Hallucinations auditives (entend des voix d'hommes et de femmes) • Comportements inadaptés, à type de relation intime en public lors de visite de son compagnon à l'hôpital, ou d'errance dans la rue dans un contexte de décompensation psychotique • Tentatives de suicide 						
Traitements psychotropes de la mère	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Neuroleptique :</td> <td style="text-align: right;">Haldol®</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Antipsychotiques atypiques :</td> <td style="text-align: right;">Xeplion® Xeroquel®</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Anxiolytique :</td> <td style="text-align: right;">Seresta®</td> </tr> </table>	Neuroleptique :	Haldol®	Antipsychotiques atypiques :	Xeplion® Xeroquel®	Anxiolytique :	Seresta®
Neuroleptique :	Haldol®						
Antipsychotiques atypiques :	Xeplion® Xeroquel®						
Anxiolytique :	Seresta®						
Facteurs de risque liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents familiaux de troubles mentaux : <ul style="list-style-type: none"> - Suivi psychiatrique de la grand-mère pour dépression, - Décès du grand père suite à une tentative de suicide médicamenteuse - Dépression chez tous les membres de sa fratrie • Difficultés relationnelles avec le père de ses enfants 						
Histoire du cas	<p><u>Enfance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • C'est par une demande de placement judiciaire, dans un contexte difficile de séparation entre les parents, et de troubles mentaux de la mère que Julien sera placé dès ses 3 ans et demi et jusqu'à ses 10 ans. • Dès ses huit, ans, il commence à manifester des symptômes anxiodépressifs avec des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs. • Puis il retournera vivre chez sa mère, où ses troubles du développement s'aggraveront. L'amplification de ces symptômes serait causée par l'association entre le passage vers la puberté et la grande proximité avec sa mère, lui faisant remonter des angoisses d'abandon se traduisant par des 						

crises dites « abandonniques ». Julien présentera une hyperactivité motrice, de l'impulsivité, et lors de frustration, il pourra manifester des **troubles du comportement** à type de violence, (en tentant par exemple d'étrangler un de ses camarades), d'intimidation (en menaçant son beau-père et son demi-frère avec un couteau), d'automutilation (en se brûlant avec un briquet ou se coupant volontairement).

- Les angoisses d'abandon auront pour conséquence l'apparition de trouble du déficit de l'attention, retentissant sur ses résultats scolaires et ses relations sociales. De plus, ses troubles du comportement entraîneront son changement répété d'école. Julien se sentira donc encore plus abandonné, rejeté par les autres, et un sentiment de persécution se manifesterà en lui, provoquant au final une **humeur dépressive**.

Adolescence :

- En 2011 Julien (13 ans), entrera dans un parcours de soin, avec une hospitalisation séquentielle de 2 semaines par mois au sein du pavillon Tony Lainé du centre hospitalier Laborit.
- Les séparations avec sa mère lors de ces hospitalisations sont très mal vécues pour Julien qui affichera une agitation psychomotrice intense, et une angoisse majeure. Ces angoisses de séparation vont **désorganiser psychologiquement** l'adolescent en luttant contre une **dépression majeure**. Il émet notamment une image très négative de lui-même et se dévalorise constamment.
- Les hospitalisations rendent compte d'un trouble de séparation et de sociabilisation, avec un quotient intellectuel inférieur à la normal. Il a des difficultés à rester seul, et présente des angoisses à dormir seul, cependant il ne manifeste ni troubles du sommeil, ni alimentaires. De nombreux traitements lui seront prescrits :
 - Un neuroleptique : Tercian®
 - Des antipsychotiques atypiques : Zyprexa® ; Abilify®
 - Un antidépresseur inhibiteur de la recapture à la sérotonine : Deroxat®
 - Des psychostimulants (dans le traitement du trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité) : Concerta® (administration IV) et Ritaline® (Administration PO)
 - Un anxiolytique : Atarax®
 - Un régulateur de l'humeur : Dépakote®
- Mais ce parcours de soin d'environ un an parviendra à améliorer l'état de Julien, qui ne présentera plus de comportements agressifs et de provocation avec une amélioration de ses capacités à la sociabilisation et un retour à la normale de son QI.

	<ul style="list-style-type: none"> • L'hospitalisation séquentielle prendra fin, et en septembre 2012, Julien sera intégré dans un internat pour suivre une formation dans un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP), spécialement conçu pour les enfants, adolescents et jeunes adultes en difficultés psychologiques. • Mais l'intégration à l'internat sera très mal vécue par Julien, qui va se déstabiliser dans sa globalité. La séparation avec sa mère sera mal vécue. Il présentera des maux de ventre, des troubles du sommeil, une majoration de son excitation des comportements compulsifs à type d'achat-vente ou une tentative de strangulation sur un camarade de l'internat, un isolement important.
Conséquences chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles des interactions sociales évoluant depuis l'enfance

Tableau 35 : Cas n°14

III.2.2.8 Cas n° 15 :

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • L. C. • Née en 1969 (49 ans) • Vie affective stable jusqu'en 2004 avec son compagnon qui est le père de sa fille, puis en 2010, évolution en conflits. 	
Maladie, symptômes, et antécédents de la mère	<p>Trouble délirant persistant</p> <p>Episode dépressif sévère avec syndrome psychotique</p> <p>Syndrome anxiodépressif</p> <p><u>Signes cliniques en rapport avec la psychose :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles cognitifs • Comportements impulsifs • Idées suicidaires et tentatives de suicide • Hallucinations auditives persécutives • Irritabilité • Aboulie • Agressivité <p><u>Autres signes cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles du sommeil 	
Traitements psychotropes de la mère	Neuroleptique :	Fluanxol®
	Antipsychotique atypique :	Risperdal®
	Antidépresseur :	Norset®
	Anxiolytique :	Atarax®
Facteurs de risque liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Enfance douloureuse : œnolisme parental, maltraitance et carences affectives • Parcours scolaire chaotique • Précarité (depuis 2006) • Mésusage de médicaments • Maltraitance par son premier conjoint 	
Identification des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Jeremy 	<ul style="list-style-type: none"> • L. Mathilda • Née en 1998 (20 ans)
Histoire des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Mère qui se sent dépassé par l'éducation de ses enfants, et notamment de son fils Jeremy 	
Conséquences chez l'enfant	<p>Conduites à risque : incarcération</p>	<p>Nanisme psychosocial</p>

Tableau 36 : Cas n°15

III.2.2.9 Cas n°16

Identification de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • T. R. • Née en 1972 et morte en 2012 (40 ans) 				
Identification de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Sabrina • Née en 2001 (17 ans) 				
Maladie, symptômes, et antécédents de la mère	<p>Schizophrénie paranoïde</p> <p><u>Vie de la femme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En couple avec le père de ses enfants qui possède aussi un trouble psychotique avec délire mystique • Décède en 2012 à la suite d'une pneumonie 				
Traitements psychotropes de la mère	<table> <tr> <td>Antipsychotique atypique :</td> <td>Risperdal®</td> </tr> <tr> <td>Anxiolytique :</td> <td>Xanax®</td> </tr> </table>	Antipsychotique atypique :	Risperdal®	Anxiolytique :	Xanax®
Antipsychotique atypique :	Risperdal®				
Anxiolytique :	Xanax®				
Facteurs de risque liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent familial de troubles psychotiques : tante schizophrène 				
Histoire du cas	<p><u>Nourrisson :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les 2 parents de Sabrina sont psychotiques, avec un père sans emploi. Elle se voit donc placée en 2003, à 2 ans, suite à l'hospitalisation simultanée au sein de l'hôpital psychiatrique Laborit, de ses 2 parents. <p><u>Adolescence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En 2014 elle exprime des symptômes dépressifs associés à des épisodes délirants. • En 2016, elle fait une décompensation psychotique avec agitation au sein de son collège. • Les troubles psychotiques se manifestent chez Sabrina par un isolement, des hallucinations auditives, une agitation motrice, un discours délirant ou de persécution envers ses camarades. • Elle va se plonger intensivement dans la religion • En 2017, elle va manifester de graves troubles du comportement entraînant son hospitalisation. • Elle prend différents traitements qui sont : <ul style="list-style-type: none"> - Neuroleptique : Tercian® - Antipsychotiques atypiques : Abilify® et Risperdal® 				
Conséquences chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble psychotique 				

Tableau 37 : Cas n°16

III.2.3 Discussions

Les 16 cas cliniques décrits ci-dessus peuvent se rapporter en de nombreux points à la théorie. En effet, toutes les descriptions évoquent une ou plusieurs conséquences ou facteurs détaillées lors de notre travail, dont certains sont davantage observés.

En premier lieu, nous pouvons voir que toutes les mères psychotiques de notre étude présentent des **facteurs de risque**. De nombreux facteurs visualisés parmi ces cas sont notamment retrouvés dans la théorie : toxicomanie, antécédents psychiatrique familiaux, alcoolisme, tabagisme, pauvreté, absence de travail, violence du conjoint, monoparentalité, troubles alimentaires. De plus, nous avons vu que les patientes psychotiques avaient un risque élevé de tentatives de suicide. Ce phénomène est bien mis en évidence dans notre étude car 8 mères sur 16 ont présenté des idées suicidaires et tentatives du suicide. Le décès de la mère par suicide dans le cas n°13 représente bien ce fléau qui touche fréquemment les sujets psychotiques.

Concernant la maternité des femmes psychotiques, lorsque celle-ci est décrite, nous pouvons observer que dans 3 cas sur 4, une **désorganisation psychotique** a lieu lors de la **grossesse**. A la naissance, nous retrouvons aussi un cas de désorganisation se manifestant par une **dépression du post-partum** (cas n°9). Ce cas est notamment intéressant, car la femme a 2 filles, et bien que les 2 aient subi un placement, et vécu dans les mêmes conditions, seule une des filles va développer des troubles du comportement, tandis que l'autre ne présentera aucun trouble. La fille développant les troubles est celle dont sa naissance a précédé la dépression du post-partum de la mère. Ainsi, ce trouble du post-partum impacte bien le développement de l'enfant, et notamment son lien d'attachement avec sa mère.

De plus, cette étude clinique représente bien les **troubles interactifs** de la mère dès les **premiers jours de vie** de l'enfant. Parmi les 7 cas parlant du nouveau-né/nourrisson, 2 montrent que la mère alterne la fusion et l'abandon avec son enfant, ce qui impacte le lien d'attachement. 2 cas montrent aussi la confusion de la mère entre ses perceptions et l'enfant réel, induisant des carences affectives chez l'enfant.

Ensuite, nous pouvons observer que sur les 20 enfants de notre étude, 11 ont été **placés** à un moment de leur vie, suite à la maladie de leur mère (comportement inadapté ou hospitalisation). Dans tous les cas, ces enfants affichent de nombreux troubles, mais il est difficile de savoir s'ils sont la conséquence de la maladie psychotique de leur mère, ou du placement à proprement parlé. Pour 4 cas, il est admis que la multiplication des familles d'accueil a entraîné des troubles néfastes chez les

enfants. De plus, nous avons montré que le retour chez la mère après un placement pouvait être pire pour l'enfant, et c'est ce que présente le cas n°14.

De la **maltraitance** est aussi largement retrouvée, notamment dans les cas bibliographiques. Les cas n° 4, 5, 6, 7, et 15 présentent des signes de maltraitance de la part de la mère, que ce soit affectif notamment par le nanisme psychosocial qui est une des conséquences de la carence affective, ou que ce soit physique, psychologique ou par négligence. Pour 2 cas, l'un affiche un filicide, et l'autre un risque d'infanticide. Dans le cas n°5, l'enfant ayant subi une maltraitance maternelle est reconnu comme précoce, et brillant à l'école.

Des **troubles mentaux** sont mis en évidence dans de nombreux cas cliniques. 3 enfants développent des troubles psychotiques, dont le risque serait sûrement majoré pour le cas n°16, du fait de la maladie psychotique retrouvée chez les 2 parents. On observe 2 enfants manifestant à l'adolescence ou à l'âge adulte des troubles anxiodépressifs, 2 cas de dépressions, et 1 cas de troubles de la personnalité. Ces troubles seraient souvent en lien avec des angoisses d'abandon ou des anxiétés de séparation lors de l'enfance.

7 cas sont marqués par des **troubles fonctionnels**, et notamment des troubles du sommeil.

De plus, à l'adolescence, on remarque beaucoup de **conduites à risque** et des troubles du **comportement** de type **externalisé**.

Enfin, la description des signes cliniques de l'enfant tels que ses anxiétés de séparation, ses troubles fonctionnels, ses troubles externalisés, ses troubles des interactions précoces permet d'en déduire que ces enfants souffrent d'un **attachement désorganisé ou insécuré** avec leur mère. Ainsi dans 11 à 12 cas, les enfants ont ce type de lien d'attachement avec leur mère, ce qui montre bien le lien entre maladie psychotique et lien d'attachement.

De manière plus exceptionnelle, mais tout de même enrichissante pour notre étude, nous observons un cas de folie à deux (cas n°5), un cas de déficience mentale chez l'enfant (cas n°14), un cas d'interruption volontaire de grossesse de la mère (cas n°10), un trouble de la parentification (cas n°11), une absence d'empathie lié à des troubles du regard ou à une dysrégulation du stress (cas n°12).

Ces cas donnent une représentation plus parlante de ce que peut être le quotidien et l'évolution d'enfants nés d'une mère atteinte d'un trouble psychotique. Ce qui est intéressant est la concordance entre la théorie et la clinique. Que ce soit dû à la clinique de la maladie ou aux conditions de vie qui entourent la psychose maternelle,

ces cas décrivent les divers et nombreux troubles que l'enfant peut développer à tous ses âges de vie, comme décrit théoriquement.

Cependant, le fait que les cas cliniques ne soient retrouvés qu'au sein d'un hôpital, ne permet pas d'en définir une généralité. En effet, ces cas ne montrent que les situations graves donc non représentatives de la réalité. Il devrait y avoir plus de cas d'enfants nés de mères psychotiques avec moins de conséquences, ou des troubles minimes, qui ne requièrent pas une hospitalisation de l'enfant.

Conclusion

La maladie psychotique de la mère impacte l'enfant tout au long de sa croissance et dès sa conception.

La clinique des troubles psychotiques basée sur des hallucinations, délires, comportements moteurs anormaux ou désorganisés, pensées désorganisées et symptômes négatifs provoquera des troubles divers chez l'enfant tout au long de sa vie. La maladie maternelle augmente le risque pour l'enfant de développer une maladie psychotique. Elle est aussi à risque de déni de grossesse, de complications obstétricales, de troubles liés à des décompensations en post-partum, de troubles fonctionnels, de troubles du développement spécifiques tels que la pandysmaturation, de déficience mentale, de folie à deux, de troubles externalisés, de troubles internalisés, d'hypermaturation et de parentification. Les troubles psychotiques peuvent aussi perturber les fonctions de parentalité de la mère, en la rendant maltraitance entraînant chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte des comportements inadaptés, des troubles somatiques, des conduites à risque, de la souffrance affective, des troubles du développement, et des troubles mentaux. De plus, la maladie rend difficile la création d'un lien d'attachement avec son enfant. Les enfants et mères psychotiques présentent un attachement désorganisé ou insécure. Ces types d'attachement ont pour risque le développement chez l'individu de troubles externalisés, internalisés, d'anxiété de séparation, de troubles fonctionnels, de retard de développement, de troubles mentaux, de troubles addictifs, de troubles de conduites alimentaires, de carences affectives, d'autisme (principalement infantile), de parentification, de troubles dissociatifs. La création du lien d'attachement mère psychotique – enfant est aussi rendue plus difficile par les placements précoces, mis en place dans le but de protéger les enfants. Le placement peut donc être positif en protégeant les enfants d'une mère aux comportements inadaptés, mais peut aussi entraîner des troubles du comportement, de l'identité et de la souffrance. De plus, les traitements, indispensables au maintien psychique de la femme peuvent induire, lors de sa grossesse, une tératogénicité, et un risque fœtal, ainsi que des signes d'imprégnation et de sevrage une fois que le bébé est né. Enfin, les comorbidités et facteurs de risque sont fréquents chez les patientes psychotiques. Elles présentent souvent des toxicomanies, un alcoolisme, une précarité, une monoparentalité, et souffrent souvent de violence ou le sont elles-mêmes. Ainsi ces troubles entraînent un stress chronique chez la mère. L'enfant sera donc impacté par ces difficiles conditions

de vie et par le stress maternel. Les principales manifestations chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, en lien avec ces conditions de vie sont des complications obstétricales, des troubles du comportement, fonctionnels, cognitifs, émotionnels, mnésiques, un risque augmenté de conduites addictives, de l'anxiété et des troubles psychotiques.

La description de toutes ces conséquences, appuyée par les cas bibliographiques et les cas cliniques retrouvés au sein de l'hôpital psychiatrique Henri Laborit, peut paraître effrayante. En effet, nous voyons qu'il existe un grand nombre de troubles diagnostiqués chez les enfants, adolescents ou adultes nés de mères psychotiques. De plus, les ressentis quant à leur vie sont assez négatifs. Cependant, lors de notre travail, nous avons remarqué qu'il existait des facteurs protecteurs (union stable, soutien familial et médical, conditions de vie favorable, suivi et prise d'un traitement de manière adéquate) pouvant diminuer les risques et troubles précédemment cités. En tant que professionnel de santé, notre rôle est donc d'aider au mieux ces mères psychotiques sans les stigmatiser et les accuser de vouloir un enfant. Il faut leur apporter un soutien, une écoute attentive, répondre à leurs questions ou les rediriger vers des structures spécialisées, tout en veillant à ce qu'elles maintiennent un suivi régulier, adapté et une bonne observance, le tout dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Annexes

Symptômes caractéristiques du trouble schizotypique selon la CIM-10 (8):

1. Affect inapproprié ou restreint, attitude froide et distante.
2. Comportement ou présentation bizarre, excentrique ou singulier.
3. Pauvreté du contact et tendance au retrait social
4. Croyances ou idées bizarres ou magiques influençant le comportement et ne correspondant pas aux normes d'un sous-groupe culturel.
5. Méfiance ou idéation persécutive.
6. Ruminations obsessionnelles contre lesquelles le sujet ne lutte pas, possédant souvent un contenu dysmorphophobique, sexuel ou agressif.
7. Perceptions inhabituelles, p. ex. illusions somato-sensorielles et expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation.
8. Pensée vague, circonstanciée, métaphorique, trop élaborée et souvent stéréotypée, se traduisant par un discours bizarre ou d'autres manifestations, mais sans incohérence marquée.
9. Episodes transitoires quasi psychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres, et des idées pseudo-déirantes, survenant habituellement sans facteur déclenchant extérieur

Comorbidités	Groupe d'âge							Total				
	< 20 ans	≥ 20 < 40 ans	≥ 40 < 60 ans	≥ 60 < 80 ans	≥ 80							
Individus sains												
Schizophrènes												
Totalité des états comorbides présentés	80	50,9	81,6	53,9	87,6	76,2	91,5	87,7	92,9	87	86,2	72
Maladies cérébrales et cardiovasculaires	17,7	11,5	33,1	23,4	60,7	58,8	78,1	79,5	84,3	81,8	53,7	52,5
Cancer	0,6	0,6	1,9	1,6	7,4	8,1	9,4	14,5	5,7	9,2	5,6	7,4
Maladie du foie	3,8	1,8	6,8	4,2	11,3	10,9	8,3	9,4	4,4	3,9	8,8	8,2
Diabète sucré	3	1,2	8,5	3,1	20,7	14,5	26,2	25,1	19,4	18,2	16,9	13,3
Emphysème, asthme, autres maladie pulmonaires obstructives chroniques	9,2	6,3	12	6,4	21,8	14,9	22,2	19,7	23	21,1	18,2	13,5
Infection respiratoire aigüe inférieur	22,6	16,8	23,2	16,7	29,6	22,9	35,8	27,7	33,2	39,7	28,6	22,3
Tentative de suicide	11,9	1,5	10,3	1,2	6,8	1,2	3,6	0,8	1,9	1,1	7,5	1,1
Hépatites virales et VIH	39	0,7	38,7	1,4	29,7	3	19,9	3	14,2	5,9	30,9	2,6
Epilepsie	15,4	1,5	10,4	1,6	7,7	2,2	6	2,3	3,4	2	8,4	2
Autres infections	28,8	27,1	26,6	21,6	30,4	23,8	31,9	29,2	26,8	26,9	29,2	24,5
Tuberculose	NA	0,1	0,5	0,3	0,9	0,6	0,7	0,6	0,8	0,6	0,7	0,5
Autre maladies du système nerveux (hors épilepsie et attaques ischémiques transitoires)	27,9	7,1	27	9,4	32,9	17,2	46,2	24,1	47,2	26,6	33,5	16,5
Causes externes de morbidité et de mortalité	1,3	1,7	1,3	1,3	1	1,1	0,7	0,8	NA	0,5	1,1	1,1

Tableau 38 : Pourcentage de schizophrènes et individus sains ayant une comorbidité en fonction de leur âge

Lexique :

Adultomorphe : Comportement qui ressemble à celui des adultes.

Alopécie : Chute totale ou partielle des cheveux ou des poils.

Anoxie : Insuffisance d'apport en oxygène aux organes et aux tissus vivants.

Apathie : Indifférence de quelqu'un poussée jusqu'à l'insensibilité complète, passivité, lenteur à agir ou à réagir.

Aversion : Sentiment d'antipathie violente, voire de répulsion, ressenti par quelqu'un à l'égard d'une personne ou d'une catégorie de personnes ; haine, inimitié.

Crise clastique : crise au cours de laquelle le sujet devient violent et brise des objets.

Coordination visuo-motrice : Elle correspond à des mouvements de différents segments du corps coordonnés à l'information visuelle perçue préalablement et en cours d'exécution.

Enurésie : Émission d'urine involontaire et inconsciente, généralement nocturne, chez un enfant ayant dépassé l'âge de la propreté et ne souffrant pas de lésion organique des voies urinaires.

Galactorrhée : Écoulement laiteux par le mamelon en dehors des moments de l'allaitement maternel.

Hyperkinésie : Augmentation anormale de la rapidité et de l'amplitude des mouvements.

Hypotonie : Diminution du tonus musculaire, responsable d'un relâchement des muscles.

Hypotrophie : Diminution du volume ou du poids d'un tissu, d'un organe.

Leucopénie : Diminution de la concentration sanguine des leucocytes au-dessous de 4 000 par μL .

Microcéphalie : Petitesse excessive de la tête par rapport au périmètre crânien moyen des individus de même âge et de même sexe.

Mortinaissance : Venue au monde d'un enfant mort-né.

Mortinatalité : Ensemble des mortinaissances dans un lieu et pour une durée donnée.

Œnolisme : Alcoolisme caractérisé par l'abus presque exclusif du vin.

Présentation dystocique : Anomalie de présentation du fœtus. La dystocie désigne la difficulté, essentiellement mécanique, qui peut survenir lors d'un accouchement.

Tachypnée : Accélération anormale de la fréquence respiratoire.

Thrombopénie : Abaissement du nombre des plaquettes, au-dessous de 150 000 par millimètre cube de sang.

Tube neural : Formation cylindrique qui se crée lors de la grossesse, et qui donne naissance à tout l'axe nerveux cérébro-spinal de l'individu.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^e éd. Elsevier Masson; 2015. 700 p.
2. Jääskeläinen E, Haapea M, Rautio N, Juola P, Penttilä M, Nordström T, et al. Twenty Years of Schizophrenia Research in the Northern Finland Birth Cohort 1966: A Systematic Review. *Schizophr Res Treat.* 2015;2015.
3. Schulz P. Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10. De Boeck Supérieur; 2016. 1418 p. (Psychopharmacologie clinique; vol. 3).
4. Pignon B, Tebeka S, Schurhoff F, Szoke A. Pharmacologie de la schizophrénie. In: Quintilla Y, Pelissolo A, éditeurs. *Thérapeutiques en Psychiatrie.* Paris: Content Repository Only!; 2015.
5. Devid J, Rathus S, Greene B. La schizophrénie et les autres troubles psychotiques. In: *Psychopathologie.* 7^e éd. Pearson Education; 2009. (Pearson Education France).
6. Franck N. Schizophrénie et autres troubles psychotiques. In: Guelfi J-D, Rouillon F, éditeurs. *Manuel de psychiatrie.* 2^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2012.
7. Llorca P-M, Chéreau-Boudet. I, Lachaux B, Lançon C, Lombertie E-R, Trarieux A-M. Formes cliniques des troubles psychotiques. In: *Les troubles psychotiques.* Elsevier Masson; 2005. p. 37-43. (Consulter/prescrire).
8. Organisation mondiale de la santé. CIM-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. 1994. 248 p.
9. Gourier-Frery C, Chan Chee C, Beltzer N. Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *Eur Psychiatry.* 1 nov 2014;29(8, Supplement):625.
10. Institut National de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Schizophrénie [Internet]. [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie>

11. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. déc 2015;72(12):1172-81.
12. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. avr 2015;72(4):334-41.
13. Chang WC, Wong CSM, Chen EYH, Lam LCW, Chan WC, Ng RMK, et al. Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia-Spectrum, Affective, and Other Non-affective Psychotic Disorders in the Chinese Adult Population. *Schizophr Bull*. 6 juin 2017;
14. Pulay AJ, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11(2):53-67.
15. Bourgeois M-L. Les explications de la schizophrénie. *Psychopathologie et étiopathogénie*. Que Sais-Je. 13 nov 2011;6e éd.:81-104.
16. Tanskanen P, Haapea M, Veijola J, Miettunen J, Järvelin M-R, Pyhtinen J, et al. Volumes of brain, grey and white matter and cerebrospinal fluid in schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort: an epidemiological approach to analysis. *Psychiatry Res*. 30 nov 2009;174(2):116-20.
17. Bailly D, De chouly de lenclave M-B. Un trouble rare et peu étudié : la schizophrénie chez l'enfant. À propos d'une observation. *L'Encéphale*. 1 déc 2004;30(6):540-7.
18. Cazas O. Femmes psychotiques et maternité: quels risques pour l'enfant? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 oct 2007;35(10):1055-9.
19. Llorca P-M, Chéreau-Boudet. I, Lançon C, Lombertie3 E-R, Trarieux A-M, Lachaux B. Origines des troubles psychotiques. In: *Les troubles psychotiques*. Elsevier Masson; 2005. (Consulter/prescrire).
20. Franck N, Fromager F, Thibaut F. Modes d'action des antipsychotiques. In: *Prescrire les antipsychotiques*. Paris: Content Repository Only!; 2015. p. 25-54.

21. Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège national des Universitaires de Psychiatrie, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2^e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. 583 p. (L'Officiel ECN).
22. Brisch R, Saniotis A, Wolf R, Bielau H, Bernstein H-G, Steiner J, et al. The role of dopamine in schizophrenia from a neurobiological and evolutionary perspective: old fashioned, but still in vogue. *Front Psychiatry*. 2014;5:47.
23. Volkow ND. Substance Use Disorders in Schizophrenia—Clinical Implications of Comorbidity. *Schizophr Bull*. mai 2009;35(3):469-72.
24. Samalin L, Llorca P-M, Lorabi O. Comorbidités somatiques et schizophrénie : une interaction multifactorielle complexe. *La lettre du psychiatre*. 2010;VI(6).
25. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 déc 2005;163(10):852-65.
26. Bourgeois ML, Bénézech M. Dangereuse criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 sept 2001;159(7):475-86.
27. Dickerson F, Schroeder J, Katsafanas E, Khushalani S, Origoni AE, Savage C, et al. Cigarette Smoking by Patients With Serious Mental Illness, 1999-2016: An Increasing Disparity. *Psychiatr Serv Wash DC*. 15 sept 2017;appips201700118.
28. D'Souza MS, Markou A. Schizophrenia and tobacco smoking comorbidity: nAChR agonists in the treatment of schizophrenia-associated cognitive deficits. *Neuropharmacology*. mars 2012;62(3):1564-73.
29. Dieset I, Andreassen OA, Haukvik UK. Somatic Comorbidity in Schizophrenia: Some Possible Biological Mechanisms Across the Life Span. *Schizophr Bull*. nov 2016;42(6):1316-9.
30. Correll CU, Robinson DG, Schooler NR, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, et al. Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders: baseline results from the RAISE-ETP study. *JAMA Psychiatry*. 1 déc 2014;71(12):1350-63.

31. Bitter I, Czobor P, Borsi A, Fehér L, Nagy BZ, Bacskai M, et al. Mortality and the relationship of somatic comorbidities to mortality in schizophrenia. A nationwide matched-cohort study. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 12 juin 2017;45:97-103.
32. Tsai J, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: A latent class analysis. *Psychiatry Res.* 30 nov 2013;210(1):16-20.
33. Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D. Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *Drugs.* 2002;62(5):743-55.
34. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Niessen O, Girolamo G de. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE.* 10 juin 2015;10(6):e0128536.
35. Kennedy JL, Altar CA, Taylor DL, Degtiar I, Hornberger JC. The social and economic burden of treatment-resistant schizophrenia: a systematic literature review. *Int Clin Psychopharmacol.* mars 2014;29(2):63-76.
36. Thomas P, Amad A, Fovet T. Schizophrénie et addictions : les liaisons dangereuses. *L'Encéphale.* 1 juin 2016;42(3):S18-22.
37. Franck N, Fromager F, Thibaut F. Recommandations concernant l'utilisation des antipsychotiques dans la schizophrénie. In: *Prescrire les antipsychotiques.* Paris: Content Repository Only!; 2015. p. 163-79.
38. Millet B, Vanelle J-M, Benyaya J. Troubles schizophréniques. In: *Prescrire les psychotropes.* 2^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 251-9.
39. Franck N, Fromager F, Thibaut F. Effets thérapeutiques des antipsychotiques. In: *Prescrire les antipsychotiques.* Paris: Content Repository Only!; 2015. p. 57-100.
40. Tebeka S, Airagnes G, Limosin F. Antipsychotiques : quand et comment les prescrire ? *Rev Médecine Interne.* 1 mai 2017;38(5):328-36.
41. Vidal 2017 : le dictionnaire. 93^e éd. Paris: Edition du Vidal; 2017. 3648 p.
42. Quiles C, Micoulaud-Franchi J-A. Électroconvulsivothérapie. In: *Neurophysiologie clinique en psychiatrie.* Paris: Content Repository Only!; 2015. p. 133-64.

43. Mouchet-Mages S. Électroconvulsivothérapie et schizophrénie. *L'Encéphale*. 1 juin 2007;33(3, Part 3):S415-8.
44. Fablet-Vergnaux H, Loirat J-C, Vanelle J-M. La place de l'électroconvulsivothérapie dans le traitement des schizophrènes. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 oct 2003;161(8):603-8.
45. Szekely D, Polosan M, Grimaldi I, Buis C, Lhommée E, Bougerol T. Applications thérapeutiques actuelles de la stimulation magnétique transcrânienne répétée en psychiatrie. *Rev Médecine Interne*. 1 juill 2010;31(7):508-14.
46. Kaster TS, Daskalakis ZJ, Blumberger DM. Clinical Effectiveness and Cognitive Impact of Electroconvulsive Therapy for Schizophrenia: A Large Retrospective Study. *J Clin Psychiatry*. avr 2017;78(4):e383-9.
47. Papalia D, Olds SW, Feldman R. *Psychologie du développement humain*. 7^e éd. De Boeck; 2010. 481 p. (Ouvertures psychologiques).
48. Vignes M, Raynaud J-P. Les âges de la vie, les moments clés, le développement. In: Marcelli D, Marty F, éditeurs. *Psychopathologie Générale des âges de la Vie*. Paris: Content Repository Only!; 2015. p. 117-28.
49. Lehalle H, Mellier D. *Psychologie du développement*. 3^e éd. Dunod; 2013. 509 p. (Psycho Sup).
50. Naître et grandir, site web et magazine [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: <http://naitreetgrandir.com/fr/>
51. Mazet P, Stoléru S. Le bébé avant la naissance. In: *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant: Développement et interactions précoces*. 3^e éd. Masson; 2003. p. 448. (Les âges de la vie).
52. Golse B. Vers une théorie du traumatisme en trois temps. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 juill 2012;60(5):337-40.
53. Boige N. Développement psychosomatique du fœtus/bébé. In: Missonnier S, éditeur. *Manuel De Psychologie Clinique De la Périnatalité*. Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 45-63.
54. Larousse É. Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/>

55. Guedeney A, Foll JL, Vannier L, Viaux-Savelon S, Wendland J. Le développement psychologique précoce : des pionniers aux données récentes. In: Petite enfance et psychopathologie. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 17-45.
56. Golse B, éditeur. Développement affectif. In: Le développement affectif et cognitif de l'enfant. 5^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 3-149.
57. Bourrillon A, Benoist G. Connaissances Néonatalogie. In: Pédiatrie. 5^e éd. Elsevier Masson; 2014. p. 834.
58. Mazet P, Stoléru S. « Compétences » du nouveau-né et interaction parents-nouveau-né. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3^e éd. Masson; 2003. p. 448. (Les âges de la vie).
59. MeSH bilingue. Information scientifique et technique. INSERM [Internet]. [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/search/index.jsp>
60. Mazet P, Stoléru S. Développement perceptif et moteur. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3^e éd. Masson; 2003. p. 448. (Les âges de la vie).
61. Mazet P, Stoléru S. Développement affectif et relationnel. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3^e éd. Masson; 2003. p. 448. (Les âges de la vie).
62. Mazet P, Stoléru S. Développement cognitif et du langage. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3^e éd. 2003. p. 448. (Les âges de la vie).
63. Perron R, Perron-Borelli M. Le complexe d'Œdipe. 5^e éd. Presses Universitaires de France; 2016. 128 p. (Que sais-je).
64. De Tychev C, Dollander M. La santé psychologique de l'enfant: Fragilités et prévention. 2^e éd. Dunod; 2010. 272 p.
65. Cannard C. Le développement de l'adolescent. 2^e éd. De Boeck Supérieur; 2015. 449 p. (Ouvertures psychologiques).
66. Vanek-Dreyfus A. La crise d'adolescence. Studyrama; 2005. 230 p.
67. Emmanuelli M. Le processus d'adolescence : perspective psychanalytique. In: L'adolescence. 3^e éd. Presses Universitaires de France; 2016. p. 128. (Que sais-je).

68. Charras K, Depeau S, Wiss M, Lebihain L, Brizard Y, Bronsard G. L'enfance et l'adolescence in situ : facteurs environnementaux facilitateurs et inhibiteurs de troubles cognitifs et comportementaux. *Prat Psychol.* 1 déc 2012;18(4):353-72.
69. Monniello G. Le jeune adulte et son analyse. In: *Actualités psychopathologiques de l'adolescence.* De Boeck Supérieur; 2012. p. 219-34.
70. Marcelli D, Cohen D. Le normal et le pathologique. In: *Enfance et Psychopathologie.* 9^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 5-20. (Les âges de la vie).
71. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Les conditions de vie des enfants construisent la santé et ses inégalités sociales à l'horizon de plusieurs décennies. *Arch Pédiatrie.* 1 août 2017;24(8):699-702.
72. INPES - ISS: Définition et concepts du champ [Internet]. [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
73. Blazy M. Facteurs de risque, préjudices et maltraitance en périnatalité. In: *Manuel De Psychologie Clinique De la Périnatalité.* Elsevier; 2012. p. 239-49.
74. Gaudron CZ. Enfants et précarités. *J Psychol.* 5 mai 2012;(240):63-6.
75. Béatrice N, Lise G, Victoria ZM, Louise S. Longitudinal patterns of poverty and health in early childhood: exploring the influence of concurrent, previous, and cumulative poverty on child health outcomes. *BMC Pediatr.* 4 sept 2012;12:141.
76. Allès-Jardel M, Mouraille S. Étude de la santé mentale chez des enfants de 6–10 ans : comparaison entre 2 groupes issus de milieux scolaires et socioculturels différents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 sept 2003;51(5):235-46.
77. Hébert M. Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent. De Boeck Supérieur; 2017. 348 p. (Troubles du développement psychologique et des apprentissages).
78. Beck F, Legleye S. Sociologie et épidémiologie des consommations de substances psychoactives de l'adolescent. *L'Encéphale.* 1 déc 2009;35(Supplement 6):S190-201.
79. Bois FY. Évaluation des risques sanitaires environnementaux. *Rev Fr Lab.* 1 oct 2001;2001(336):59-63.

80. Béranger R. L'impact de l'environnement sur la grossesse et le développement : données de la littérature. *Rev Sage-Femme*. 1 sept 2017;16(4):238-42.
81. Fréry N, Fillol C, Garnier R, Falq G, Bidondo M-L, Guldner L, et al. Exposition de la population française aux substances chimiques de l'environnement – Étude ENNS 2006–2007. *Toxicol Anal Clin*. 8 août 2017;
82. Définition - Famille monoparentale | Insee [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1936>
83. Coslin PG. *Psychologie de l'adolescent*. 5^e éd. Armand Colin; 2017. 312 p. (Cursus).
84. Marcelli D, Cohen D. L'enfant dans sa famille. In: *Enfance et Psychopathologie*. 9^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 468-88. (Les âges de la vie).
85. Daryanai I, Hamilton JL, Abramson LY, Alloy LB. Single Mother Parenting and Adolescent Psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*. oct 2016;44(7):1411.
86. OMS | La maltraitance des enfants [Internet]. WHO. [cité 7 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
87. de Becker E, Leurquin F. L'impact des maltraitements physiques infantiles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 déc 2010;168(10):746-51.
88. Miljkovitch R, Morange-Majoux F, Sander E. *Traité de psychologie du développement*. Elsevier Masson; 2017. 503 p.
89. Bouchard E-M, Tourigny M, Joly J, Hébert M, Cyr M. Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 oct 2008;56(5):333-44.
90. Marcelli D, Cohen D. Stress et traumatisme. Facteurs de risque et troubles réactionnels ou de l'adaptation. In: *Enfance et Psychopathologie*. 9^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 455-67. (Les âges de la vie).
91. Sellenet C. *Loin des yeux, loin du coeur ? Maintenir les liens parents-enfants dans la séparation*. Belin littérature et revues; 2010. 352 p. (Naître, grandir, devenir).
92. Beverina M, Rotenberg L. De l'interaction à l'interrelation entre une mère et son nourrisson. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1988;

93. Macedo A, Marques M, Bos S, Maia BR, Pereira T, Soares MJ, et al. Mother's personality and infant temperament. *Infant Behav Dev.* déc 2011;34(4):552-68.
94. Amato PR, Patterson S, Beattie B. Single-parent households and children's educational achievement: A state-level analysis. *Soc Sci Res.* sept 2015;53:191-202.
95. Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O. La parentalité : concepts et modèles. In: *Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité*. 2^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 3-35.
96. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ?, Summary. *Devenir.* 23 mars 2009;21(1):31-60.
97. Presme N. Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale: approche clinique d'une pédopsychiatre en maternité. In: Missonnier S, éditeur. *Manuel De Psychologie Clinique De la Périnatalité*. Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 167-227.
98. Missonnier S. De la parentalité et du naître humain. In: *Devenir parent, naître humain*. Presses Universitaires de France; 2009. p. 19-32. (Le fil rouge).
99. Vacheron M-N. Désir d'enfant, désir de grossesse et gestation psychique. In: *Maternité et psychiatrie : répercussions et prise en charge*. Lavoisier Medecine. 2015. p. 7-11. (Cahiers de Sainte-Anne).
100. Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O. Parentalisation : du désir d'enfant à l'attachement. In: *Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité*. 2^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 37-81.
101. Canon-Yannotti M. Place du désir d'enfant dans la sexualité. In: *Devenir parents en maternité*. Masson. 2002. p. 19-27. (Perinatalité).
102. Canon-Yannotti M. Cheminement d'une femme vers la fonction de mère pendant la grossesse. In: *Devenir parents en maternité*. Masson. 2002. p. 39-48. (Perinatalité).
103. Dubertret C, de Pradier M. Pathologies psychiatriques et grossesse. In: *Pathologies maternelles et grossesse*. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 409-17.
104. Canon-Yannotti M. Etapes de la structuration psychique dans la théorie freudienne. In: *Devenir parents en maternité*. Elsevier Masson; p. 7-17. (Perinatalité).

105. Canon-Yannotti M. Cheminement d'une femme vers la fonction de mère après la naissance. In: Devenir parents en maternité. Elsevier Masson; 2002. (Perinatalité).
106. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. Arch Pédiatrie. 1 juin 2008;15:S12-9.
107. Guedeney A, Foll JL, Vannier L, Viaux-Savelon S, Wendland J. L'avènement de la psychiatrie du bébé : d'Itard à Bowlby. In: Petite enfance et psychopathologie. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 3-16.
108. Guedeney A, Foll JL, Vannier L, Viaux-Savelon S, Wendland J. Le développement affectif, social et émotionnel. In: Petite enfance et psychopathologie. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 46-65.
109. Guedeney A. La théorie de l'attachement: l'histoire et les personnages. In: L'attachement. 2^e éd. Elsevier Masson; 2006. p. 5-13. (Les âges de la vie).
110. Guedeney N, Dugravier R. Concepts-clefs de la théorie d'attachement. In: L'attachement. 2^e éd. Elsevier Masson; 2006. p. 13-25. (Les âges de la vie).
111. Golse B. La question du lien au regard de la psychanalyse et de la théorie de l'attachement: Représentations du lien, conditions du lien et troisième topique. In: Marcelli D, Marty F, éditeurs. Psychopathologie Générale des âges de la Vie. Paris: Content Repository Only!; 2015. p. 99-116.
112. Rabouam C, Moralès-Huet R, Milijkovitch R. Soins parentaux et attachement. In: L'attachement. 2^e éd. Elsevier Masson; 2006. p. 59-68. (Les âges de la vie).
113. Pérousse de Montclos MO, Mintz AS. Ontogenèse de l'attachement entre 0 et 12 ans. In: L'attachement. Elsevier Masson; 2006. p. 71-80. (Les âges de la vie).
114. Atger F. Attachement et adolescence. In: L'attachement. 2^e éd. Elsevier Masson; p. 81-90. (Les âges de la vie).
115. Delage M. L'attachement à l'adolescence., Abstract. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 8 juill 2008;(40):79-97.
116. Guedeney N, Mintz AS. L'attachement chez l'adulte. In: L'attachement. 2^e éd. Elsevier Masson; p. 91-102. (Les âges de la vie).

117. Lahouel-Zaier W. Apport de la théorie de l'attachement en maternité et en consultation de pédiatrie. In: L'attachement: Approche Clinique et Thérapeutique. 2^e éd. Paris: Content Repository Only!; 2016. p. 145-57.
118. Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O. Les mères schizophrènes et leurs enfants. In: Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité (2e édition). Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 287-307.
119. Montgomery P. Mothers with a serious mental illness: a critical review of the literature. Arch Psychiatr Nurs. oct 2005;19(5):226-35.
120. Vacheron M-N. Les pathologies mentales. In: Maternité et psychiatrie : répercussions et prise en charge. Lavoisier médecine. 2015. p. 28-50. (Cahiers de Sainte-Anne).
121. Dugravier R. Les répercussions sur l'enfant. In: Maternité et psychiatrie : répercussions et prise en charge. Lavoisier médecine. 2015. p. 75-84. (Cahiers de Sainte-Anne).
122. Sexualité et maladie mentale. In.
123. Huguelet P, Mohr S, Miserez C, Castellano P, Lutz C, Boucherie M, et al. An exploration of sexual desire and sexual activities of women with psychosis. Community Ment Health J. févr 2015;51(2):229-38.
124. McEvoy JP, Hatcher A, Appelbaum PS, Abernethy V. Chronic schizophrenic women's attitudes toward sex, pregnancy, birth control, and childrearing. Hosp Community Psychiatry. juin 1983;34(6):536-9.
125. Ben Mahmoud S, Zouari L, Dammak M, Ben Thabet J, Zouari N, Maâlej M. Évaluation de la sexualité d'une série de 61 sujets atteints de psychose chronique. Sexologies. 1 avr 2013;22(2):90-6.
126. Bonfils KA, Firmin RL, Salyers MP, Wright ER. Sexuality and intimacy among people living with serious mental illnesses: Factors contributing to sexual activity. Psychiatr Rehabil J. sept 2015;38(3):249-55.
127. Tardieu S, Micallef J, Bonierbale M, Frauger E, Lançon C, Blin O. Comportements sexuels chez le patient schizophrène : impact des antipsychotiques. L'Encéphale. 1 oct 2006;32(5):697-704.

128. de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. The facts about sexual (Dys)function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophr Bull.* mai 2015;41(3):674-86.
129. Camps F-D. Identité sexuelle et schizophrénie : l'impossible intégration du féminin. Étude clinique et projective du fonctionnement psychique de trois femmes atteintes de schizophrénie. *L'Évolution Psychiatr.* 1 janv 2011;76(1):19-29.
130. Strauss B, Gross J. [Psychotropic drug-induced changes in sexuality--frequency and relevance in psychiatric practice]. *Psychiatr Prax.* mars 1984;11(2):49-55.
131. Serretti A, Chiesa A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *Int Clin Psychopharmacol.* mai 2011;26(3):130-40.
132. Vacheron M-N, Ducroix C, Choudey M. Du désir d'enfant au désir de l'enfant : particularités chez la femme atteinte de trouble psychotique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 déc 2008;56(8):506-11.
133. Seeman MV. Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2013;127(1):12-22.
134. Nicholson J. *Madness and Loss of Motherhood: Sexuality, Reproduction, and Long-Term Mental Illness*—by Roberta J. Apfel, M.D., M.P.H., and Maryellen H. Handel, Ph.D.; Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1993, 208 pages, \$26.95. *Psychiatr Serv.* 1 juin 1993;44(6):594-5.
135. Lansac J. Examen obstétrical et surveillance de la grossesse. In: *Obstétrique pour le praticien.* 6^e éd. Elsevier Masson; 2013. p. 17-54.
136. Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. *Hosp Community Psychiatry.* nov 1990;41(11):1233-7.
137. Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 mars 2005;119(1):3-10.
138. Kouidrat Y, Amad A, Louhou R, Loas G, Lalau J-D. Schizophrénie : troubles métaboliques et nutritionnels. *Nutr Clin Métabolisme.* 1 sept 2016;30(3):266.
139. Complications obstétricales et schizophrénie ultérieure de l'enfant : une nouvelle menace médico-légale pour les accoucheurs ? *Datarevues0368231500328-C1720.* 9 mars 2008;

140. Ducarme G, Rodrigues A, Aissaoui F, Davitian C, Pharisien I, Uzan M. Grossesse des patientes obèses: quels risques faut-il craindre? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 janv 2007;35(1):19-24.
141. Forray A. Substance use during pregnancy. *F1000Research.* 13 mai 2016;5.
142. Karila L, Cazas O, Danel T, Reynaud M. Conséquences à court et long terme d'une exposition prénatale au cannabis. </data/revues/03682315/00350001/62/>. 9 mars 2008;
143. Houchi H, Pierrefiche O, Naassila M, Daoust M. Effets de l'alcoolisation pendant la grossesse. *Cah Nutr Diététique.* 1 avr 2015;50(2):103-8.
144. Altarac M, Strobino D. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. *J Am Med Womens Assoc* 1972. 2002;57(4):208-14.
145. Daligand L. Violences conjugales. Aspects psychopathologiques. *Éthique Santé.* 1 déc 2015;12(4):250-7.
146. Teicher MH. Scars that won't heal: the neurobiology of child abuse. *Sci Am.* mars 2002;286(3):68-75.
147. Coutanceau Roland, Salmona M. *Violences conjugales et famille.* 2016. 288 p. (Psychotérapies).
148. St-Pierre J, Laurent L, King S, Vaillancourt C. Effects of prenatal maternal stress on serotonin and fetal development. *Placenta.* déc 2016;48 Suppl 1:S66-71.
149. Gallois T, Wendland J, Tordjman S. Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : une revue critique de la littérature. 12 mai 2012;
150. Gallois T, Wendland J. Effets du stress prénatal sur le développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant : une revue de la question, *Perinatal stress and child's cognitive and emotional development : a review.* *Devenir.* 10 oct 2012;24(3):245-62.
151. Gutteling BM, Weerth C de, Zandbelt N, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK. Does Maternal Prenatal Stress Adversely Affect the Child's Learning and Memory at Age Six? *J Abnorm Child Psychol.* 1 déc 2006;34(6):787-96.
152. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord.* juill 2000;59(1):31-40.

153. de Weerth C, van Hees Y, Buitelaar JK. Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. *Early Hum Dev.* nov 2003;74(2):139-51.
154. Gaignic-Philippe R, Tordjman S. Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. *Arch Pédiatrie.* oct 2009;16(10):1355-63.
155. Bergman K, Sarkar P, Glover V, O'Connor TG. Maternal Prenatal Cortisol and Infant Cognitive Development: Moderation by Infant-Mother Attachment. *Biol Psychiatry.* 1 juin 2010;67(11):1026-32.
156. Yuksel F, Akin S, Durna Z. Prenatal distress in Turkish pregnant women and factors associated with maternal prenatal distress. *J Clin Nurs.* janv 2014;23(1-2):54-64.
157. Gressier PF. Qu'en est-il pour celles qui souffrent de troubles psychiques ? :2.
158. Sutter-Dallay A-L. Psychose et maternité, Psychosis and pregnancy, Psicosis y maternidad. *Inf Psychiatr.* 2010;me 86(2):153-61.
159. Autret-Leca E, Cissoko H, Jonville-Béra A-P. Conséquences possibles d'une exposition médicamenteuse pendant la grossesse. In: *Médicaments et Grossesse : Prescrire et évaluer le Risque.* Paris: Elsevier Masson; 2011. p. 3-5.
160. Millet B, Vanelle J-M, Benyaya J, éditeurs. Annexe 1 - Paramètres pharmacocinétiques du médicament et rappel de quelques paramètres méthodologiques. In: *Prescrire les psychotropes (2e édition).* Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 425-33.
161. Houin G. Principes pharmacocinétiques de l'adaptation de la posologie: définitions et sources de variabilité. *Rev Fr Lab.* 1 juin 1998;1998(304):25-31.
162. Panchaud A, Weisskopf E, Winterfeld U, Baud D, Guidi M, Eap CB, et al. Médicaments et grossesse : modifications pharmacocinétiques et place du suivi thérapeutique pharmacologique. *Thérapie.* 1 mai 2014;69(3):223-34.
163. Millet B, Vanelle J-M, Benyaya J. Psychotropes et grossesse. In: *Prescrire les psychotropes.* 2^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 394-408.
164. Viala A. Les médicaments et le partenariat avec le centre de référence des agents tératogènes (CRAT). In: *Maternité et psychiatrie : répercussions et prise en charge.* Lavoisier médecine; 2015. p. 102-20. (Cahiers de Sainte-Anne).

165. LIU D, Xu P, JIANG K. The Use of Psychotropic Drugs During Pregnancy. *Shanghai Arch Psychiatry*. 29(1):48-50.
166. Bascoul C, Franchitto L, Parant O, Raynaud J-P. Psychotropes pendant la grossesse et l'allaitement : mise au point pratique. *Presse Médicale*. 1 mars 2015;44(3):271-83.
167. Chisolm MS, Payne JL. Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ*. 20 janv 2016;352:h5918.
168. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://lecrat.fr/sommaireFR.php>
169. Teodorescu A, Ifteni P, Moga MA, Burtea V, Bigiu N. Dilemma of treating schizophrenia during pregnancy: a Case series and a review of literature. *BMC Psychiatry*. 29 août 2017;17.
170. Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr>
171. SF-DOHAD - L'initiative des 1000 jours de l'OMS et l'origine développementale de la santé et des maladies (DOHAD) [Internet]. [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.sf-dohad.fr/les-1000-jours/136-l-initiative-des-1000-jours-de-l-oms>
172. Sutter A-L, Guedeney A, Allilaire J-F. Médicaments pendant la grossesse. In: *Interventions psychologiques en périnatalité*. Masson. 2001. p. 240-5. (Médecine et psychothérapie).
173. Haesevoets Y-H. Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence : un autre regard sur la souffrance psychique. 2^e éd. De Boeck Supérieur; 2016. 386 p. (Oxalis).
174. OMS | 10 faits sur l'allaitement maternel [Internet]. WHO. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>
175. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch Pédiatrie*. 1 nov 2013;20:S29-48.
176. Blin D, Soulé M. L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre. *Eres*; 2007. (A l'aube de la vie).

177. Pereira PK, Lima LA, Legay LF, de Cintra Santos JF, Lovisi GM. Maternal mental disorders in pregnancy and the puerperium and risks to infant health. *World J Clin Pediatr.* 8 déc 2012;1(4):20-3.
178. Mechri A, Mrad A, Mokni S, Gaddour N, Letaif M, Gaha L. Complications obstétricales dans la schizophrénie : étude comparative en population tunisienne. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2008;166(8):646-52.
179. Bennedsen BE, Mortensen PB, Olesen AV, Henriksen TB. Congenital malformations, stillbirths, and infant deaths among children of women with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* juill 2001;58(7):674-9.
180. Matevosyan NR. Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Arch Gynecol Obstet.* févr 2011;283(2):141-7.
181. Hizkiyahu R, Levy A, Sheiner E. Pregnancy outcome of patients with schizophrenia. *Am J Perinatol.* janv 2010;27(1):19-23.
182. Schneid-Kofman N, Sheiner E, Levy A. Psychiatric illness and adverse pregnancy outcome. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* avr 2008;101(1):53-6.
183. Holzer L, Jaugey L, Sofia C, Corthésy Y. Les enfants de parents souffrant de psychose. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 nov 2013;171(9):618-22.
184. Guillaumont C, Guedeney A, Allilaire J-F. Le post-partum blues. In: *Interventions psychologiques en périnatalité.* Masson. 2001. p. 61-71. (Médecine et psychothérapie).
185. Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O. Post-partum blues. In: Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O, éditeurs. *Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité.* 2^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 253-8.
186. Guedeney N. Les dépressions du post-partum: sémiologie et diagnostic. In: *Interventions psychologiques en périnatalité.* Masson. 2001. p. 73-91. (Médecine et psychothérapie).
187. Aya G, Bayoumeu F, Benhamou D, Bolandard F, Bonnet M-P, Bonnin M, et al. Troubles psychiatriques en post-partum. In: Aya G, Bayoumeu F, Benhamou D,

- Bolandard F, Bonnet M-P, Bonnin M, et al., éditeurs. *Protocoles en Anesthésie et Analgésie Obstétricales*. 3^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2018. p. 215-7.
188. Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O. Dépression périnatale. In: Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O, éditeurs. *Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité*. 2^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 143-83.
189. Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O. Psychoses puerpérales. In: Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O, éditeurs. *Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité*. 2^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 205-33.
190. Morisseau L, Chardeau P. Les psychoses puerpérales. In: *Interventions psychologiques en périnatalité*. Masson. 2001. p. 119-30. (Médecine et psychothérapie).
191. Wendland J. Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature. *Carnet Notes Sur Maltraitements Infant*. 2 août 2017;(6):5-27.
192. Mazet P, Stoléru S. Situations cliniques fréquentes. In Elsevier Masson; 2003. p. 307-76. (Les âges de la vie).
193. Guettier B. Ambivalence dans la relation mère-enfant - Intrication et désintrication pulsionnelle dans l'infanticide, Ambivalence in the mother-infant relationship: drive fusion and defusion in the case of infant homicide. *Perspect Psy*. 46(2):146-50.
194. Flynn SM, Shaw JJ, Abel KM. Filicide: Mental Illness in Those Who Kill Their Children. *PLoS ONE*. 4 avr 2013;8(4).
195. Guedeney A, Foll JL, Vannier L, Viaux-Savelon S, Wendland J. Les troubles et les symptômes dans la petite enfance. In: *Petite enfance et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 108-70.
196. Wan MW, Abel KM, Green J. The transmission of risk to children from mothers with schizophrenia: a developmental psychopathology model. *Clin Psychol Rev*. avr 2008;28(4):613-37.
197. Wan MW, Warren K, Salmon MP, Abel KM. Patterns of maternal responding in postpartum mothers with schizophrenia. *Infant Behav Dev*. sept 2008;31(3):532-8.

198. Bayle B. Ma mère est schizophrène. Eres; 2008. (La vie de l'enfant).
199. Kohl PL, Jonson-Reid M, Drake B. Maternal mental illness and the safety and stability of maltreated children. *Child Abuse Negl.* mai 2011;35(5):309-18.
200. O'Donnell M, Maclean MJ, Sims S, Morgan VA, Leonard H, Stanley FJ. Maternal mental health and risk of child protection involvement: mental health diagnoses associated with increased risk. *J Epidemiol Community Health.* déc 2015;69(12):1175-83.
201. Olliac B, Bourrat M-M, Garoux R. Recherche et facteurs environnementaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 févr 2006;54(1):16-28.
202. Baccino É. Maltraitance à enfants: (sauf abus sexuels). In: *Médecine Légale Clinique.* Paris: Content Repository Only!; 2014. p. 61-82.
203. Bednarek S, Absil G, Vandoorne C, Lachaussée S, Vanmeerbeek M. Enfants négligés : ils naissent, ils vivent, mais surtout ils survivent. *Presse Médicale.* 1 mars 2009;38(3):377-83.
204. Chatelle N, de Becker E. Troubles psychiatriques et parentalité : entre soins psychiatriques pour l'adulte et protection de l'enfance. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2016;174(8):627-33.
205. Gandillot S, Wendland J, Wolff M, Moisselin P. Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé, A comparative study of depressed vs psychotic mothers with their infants. *Devenir.* 4 juill 2012;24(2):141-69.
206. Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry.* févr 2003;37(1):24-30.
207. Cognard M, Wendland J. L'expérience de la parentalité de mères psychotiques. *Dialogue.* 2015;(210):99-110.
208. Guedeney A, Foll JL, Vannier L, Viaux-Savelon S, Wendland J. Situations spécifiques. In: Guedeney A, Foll JL, Vannier L, Viaux-Savelon S, Wendland J, éditeurs. *Petite enfance et psychopathologie.* Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 171-242.

209. Romano H. Maltraitance autour du berceau. *Carnet Notes Sur Maltraitements Infant.* 2012;(1):10-4.
210. Chocard A-S. Approche psychopathologique du passage à l'acte homicide-suicide, *The psychology of homicidesuicide.* *Imagin Inconsc.* 2005;no 16(2):183-98.
211. Rey C, Bader-Meunier B, Epelbaum. Carences et négligences. In: *Maltraitance à enfants et adolescents.* Doin; 2001. p. 35-7. (Conduites).
212. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2014;62(5):313-25.
213. Dumont J-P, Dunezat P. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tome 1.* 2^e éd. Heures de France; 2000. 550 p. (IFSI).
214. Berger M, Castellani C, Ninoreille K, Basset T, Frere-Meusnier D, Rigaud C. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 août 2010;58(5):282-92.
215. Sutter A-L, Glatigny-Dallay E, Sammut S. Attachement et mères en souffrance. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 sept 2004;32(9):721-4.
216. Konicheckis A. Troubles psychiques liés aux interactions précoces. *Spirale.* 2003;no 25(1):149-60.
217. Davidsen KA, Harder S, MacBeth A, Lundy J-M, Gumley A. Mother-infant interaction in schizophrenia: transmitting risk or resilience? A systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* déc 2015;50(12):1785-98.
218. Bayle B. Enfants de mère schizophrène : quel devenir ?, *Abstract. Dialogue.* 19 avr 2012;(195):45-53.
219. Dugravier R, de Bodinat LD. Conséquences des troubles psychiatriques maternels sur le caregiving. In: *L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique.* 2^e éd. Paris: Content Repository Only!; 2016. p. 159-74.
220. D'Angelo EJ. Security of attachment in infants with schizophrenic, depressed, and unaffected mothers. *J Genet Psychol.* sept 1986;147(3):421-2.

221. Snellen M, Mack K, Trauer T. Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 1999;33(6):902-11.
222. Guédeney N, Leblanc S. Attachement désorganisé chez l'enfant. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. *L'attachement : Approche Théorique*. 4^e éd. Paris: Content Repository Only!; 2015. p. 299-310.
223. Les troubles de l'attachement | Santé mentale et développement | |Les soins aux enfants néo-canadiens [Internet]. [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.enfantsneocanadiens.ca/mental-health/attachment-disorders>
224. Guédeney A, Guédeney N. Troubles de l'attachement chez le jeune enfant. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. *L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique*. 4^e éd. Paris: Content Repository Only!; 2016. p. 175-88.
225. Roskam I, Kinoo P, Nassogne M-C. L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 août 2007;55(4):204-13.
226. Schendel CV, Schelstraete M-A, Roskam I. Développement langagier et troubles externalisés du comportement en période préscolaire : quelles relations ?, Abstract. *L'Année Psychol*. 2013;113(3):375-426.
227. Gloger-Tippel G, König L, Lahl O. Représentations d'attachement évaluées avec les histoires à compléter et troubles du comportement chez des enfants de 6 ans, Attachment representations in a story completion task and conduct behavior problems in six year old children. *Enfance*. 21 mai 2008;60(1):42-50.
228. Roussillon R, Brun A, Ferrant A, Chabert C, Ciccone A, Georgieff N, et al. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. 3^e éd. Elsevier Masson; 2018. 544 p. (Psychologie).
229. Picco M, Carel A. Évitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce, Relational avoidance of the infant and early detection, Evitamiento relacional del lactante y diagnóstico precoz. *Psychiatr Infant*. 2002;45(1):171-205.
230. Jaeger P. La santé selon Winnicott : les rapports psyché-soma, Résumé, Zusammenfassung, Resumen. *Rev Fr Psychosom*. 13 oct 2009;(36):129-45.

231. Mazet P, Stoléru S. Grands regroupements nosographiques. In: Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3^e éd. Elsevier Masson; 2003. p. 243-306. (Les âges de la vie).
232. Wendland J, Camon-Sénéchal L, Khun-Franck L, Maronne C, Rabain D, Aidane É. Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement : un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants, Summary. Devenir. 22 mars 2011;23(1):7-32.
233. Dubois-Comtois K, Cyr C. Les conséquences développementales de la maltraitance. In: Miljkovitch R, Morange-Majoux F, Sander E, éditeurs. Psychologie du Développement. Paris: Content Repository Only!; 2017. p. 363-71.
234. Placement d'un enfant [Internet]. [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N136>
235. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
236. Rottman H. L'enfant face à la maladie mentale de ses parents. Impact et traitement en placement familial. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 avr 2001;49(3):178-85.
237. Seeman MV. Intervention to prevent child custody loss in mothers with schizophrenia. Schizophr Res Treat. 2012;2012:796763.
238. Villanova M. Le signalement et le placement. In: Maternité et psychiatrie : Répercussions et prise en charge. Lavoisier médecine; 2015. p. 155-71. (Cahiers de Sainte-Anne).
239. Mouhot F. Séparations parents/enfant : impact de l'âge des enfants sur leur évolution, Parent/child separations : the impact of children's age at separation on their evolution, Separación padres/niño : impacto de la edad de los niños sobre su evolución. Psychiatr Infant. 2003;46(2):609-29.
240. Mascaró R, Dupuis-Gauthier C, Jardri R, Delion P. Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière, Assessing early institutional foster care. Devenir. 4 juill 2012;24(2):69-115.

241. Guédeney N. L'apport de la théorie de l'attachement à la situation de placement des enfants. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique. 4^e éd. Paris: Content Repository Only!; 2016. p. 77-97.
242. Li X, Sundquist J, Sundquist K. Age-specific familial risks of psychotic disorders and schizophrenia: a nation-wide epidemiological study from Sweden. Schizophr Res. déc 2007;97(1-3):43-50.
243. Cowling V, Luk ESL, Mileskin C, Birleson P. Children of adults with severe mental illness: mental health, help seeking and service use. Psychiatr Bull. févr 2004;28(2):43-6.
244. Troubles psychiatriques des parents.pdf.
245. Demily C, Thibaut F. Facteurs de risque environnementaux à la schizophrénie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 oct 2008;166(8):606-11.
246. Greenwood CMT, Husted J, Bomba MD, Hodgkinson KA, Bassett AS. Elevated rates of schizophrenia in a familial sample with mental illness and intellectual disability. J Intellect Disabil Res JIDR. sept 2004;48(Pt 6):531-9.
247. Becker E de. Avoir un parent malade mental : repères diagnostiques et thérapeutiques. 29 sept 2011;
248. Dissez N. La folie à deux, un épisode délirant expérimental ? J Fr Psychiatr. 2004;no22(2):11-4.
249. Christensen RC, Ramos E. The social and treatment consequences of a shared delusional disorder in a homeless family. Innov Clin Neurosci. avr 2011;8(4):42-4.
250. Langdon R. Folie à deux and its Lessons for Two-Factor Theorists. Mind Lang. 1 févr 2013;28(1):72-82.
251. Marcelli D, Cohen D. Aux frontières de la nosographie. In: Marcelli D, Cohen D, éditeurs. Enfance et Psychopathologie. 9^e éd. Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 431-54.
252. Dugravier R. Attachement et psychopathologie durant l'enfance. Le modèle des troubles du comportement. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique. 4^e éd. Paris: Content Repository Only!; 2016. p. 189-201.

253. Wendland J, Boujut E, Saïas T. La parentalité à l'épreuve de la maladie ou du handicap : quel impact pour les enfants ? Champ social éditions. 2017. 186 p. (Accompagnement à la parentalité).
254. Goff J-FL. Thérapeutique de la parentification : une vue d'ensemble, Parentification and deparentification: an overview., Parentificación y deparentificación: una vista de conjunto. *Thérapie Fam.* 2005;26(3):285-98.
255. Vulliez-Coady L, Pointurier A, Nezelof S. La confusion des rôles parent-enfant : revue de la littérature et aspects cliniques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 oct 2012;60(7):534-9.
256. Trondsen MV, Tjora A. Communal Normalization in an Online Self-Help Group for Adolescents With a Mentally Ill Parent. *Qual Health Res.* 1 oct 2014;24(10):1407-17.
257. Duncan G, Browning J. Adult Attachment in Children Raised by Parents with Schizophrenia. *J Adult Dev.* 1 juin 2009;16:76-86.
258. Homlong L, Rosvold EO, Sagatun Å, Wentzel-Larsen T, Haavet OR. Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study. *BMC Public Health.* 22 avr 2015;15.
259. Lafortune D, Gilbert S. Analyse critique de la littérature sur les enjeux de l'intervention auprès des parents à risque de maltraitance : cibler le facteur générationnel ? *Prat Psychol.* 1 juin 2016;22(2):105-23.
260. Al Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Conséquences comportementales de la violence faite aux enfants. *Can Fam Physician.* août 2013;59(8):e350-6.
261. Lacharité C. Traumatisme et maltraitance, Abstract. *Rev Int Léducation Fam.* 2007;(21):13-28.
262. Leslie LK, James S, Monn A, Kauten MC, Zhang J, Aarons G. Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* juill 2010;47(1):26-34.
263. Lemerle Gruson S. Maltraitance à l'adolescence. *Mt Pédiatrie.* 2011;18_23.
264. Smith C, Ireland T. Les conséquences développementales de la maltraitance des filles. *Criminologie.* 2005;38(1):67-102.

265. Blatter-Meunier J, Schneider S. Thérapie comportementale cognitive des troubles émotionnels liés à l'anxiété de séparation. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 sept 2011;21(3):84-9.
266. Trouble d'anxiété de séparation - Pédiatrie [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 1 août 2018]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-psychiatriques-chez-l-enfant-et-l-adolescent/trouble-d-anxi%C3%A9t%C3%A9-de-s%C3%A9paration>
267. Costa IP e, Torres N, Monteiro L, Tereno S, Veríssimo M. Anxiété de séparation maternelle et le développement social de l'enfant, Maternal separation anxiety and social development of the child. *Devenir*. 2014;26(4):327-38.
268. Brandibas G, Sudres J-L, Gaspard J-L, Jeunier B. Évaluer l'anxiété de séparation de l'adolescent avec le Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). Adaptation et validation française. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 nov 2010;58(8):480-7.
269. Raynaud J-P. Troubles anxieux et troubles de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent. In 2011. p. 235-8.
270. Milrod B, Markowitz JC, Gerber AJ, Cyranowski J, Altemus M, Shapiro T, et al. Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *Am J Psychiatry*. janv 2014;171(1):34-43.
271. Bailly D. La peur de la séparation : De l'enfance à l'âge adulte. Editions Odile Jacob; 2005. 218 p. (Psychologie).
272. Miljkovitch R. Les troubles de l'attachement et leurs conséquences à long terme. In: Miljkovitch R, Morange-Majoux F, Sander E, éditeurs. *Psychologie du Développement*. Paris: Content Repository Only!; 2017. p. 289-95.
273. Genet C, Perdereau F, Lamas C, Duquesnoy I. Psychopathologie de l'adulte et attachement. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. *L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique*. 4^e éd. Paris: Content Repository Only!; 2016. p. 237-59.
274. Tanguy M, Rousseau D, Roze M, Duverger P, Nguyen S, Fanello S. Parcours et devenir de 128 enfants admis avant l'âge de quatre ans en pouponnière sociale. *Arch Pédiatrie*. 1 nov 2015;22(11):1129-39.

275. Mouhot F. Le devenir des enfants. De l'aide sociale à l'enfance, Summary. *Devenir*. 2001;13(1):31-66.
276. Giraud M. Le travail psychosocial des enfants placés. *Déviance Société*. 2005;29(4):463-85.
277. Guédeney N, Atger F. Théorie de l'attachement et applications en psychothérapie individuelle. In: Quintilla Y, Pelissolo A, éditeurs. *Thérapeutiques en Psychiatrie*. Paris: Content Repository Only!; 2015. p. 213-39.
278. Lemoust de Lafosse H, Blanc R. Étude sur l'attachement et les troubles du comportement à l'adolescence chez des jeunes placés en institution. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 mars 2016;64(2):93-101.
279. Widemalm M, Hjärthag F. The forum as a friend: parental mental illness and communication on open Internet forums. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. oct 2015;50(10):1601-7.

Résumé

Les troubles psychotiques présents entre 0,5 et 2% de la population, sont caractérisés par au moins l'un des symptômes suivants : hallucinations, délires, comportements moteurs anormaux ou désorganisés, symptômes négatifs, pensées désorganisées. La prise en charge de ces troubles repose sur des traitements antipsychotiques, une psychothérapie et des séances d'électro-convulsivo-thérapie. Par ailleurs, il n'est pas rare que ces patients déclarent des **comorbidités liées à la psychose, telles que** d'autres troubles mentaux, des conduites addictives, des maladies somatiques, augmentant le risque de mortalité de ces sujets. Ces malades ont souvent aussi des conditions de vie précaires et malsaines (monoparentalité, précarité, violence, troubles alimentaires...). Par conséquent, être mère dans ces circonstances pourra engendrer : des comportements maltraitants (physique, psychologique, par négligence ou par carence) ; des toxicités médicamenteuses sur l'enfant pendant la grossesse et à la naissance ; des altérations, dès la grossesse, dans la construction des liens mère-enfant ; des abandons de l'enfant et des placements du fait des hospitalisations fréquentes et une majoration pour l'enfant de développer des troubles mentaux par la génétique maternelle. Dans ces conditions, l'enfant né d'une mère psychotique va présenter des troubles tout au long de ses phases développementales, c'est-à-dire toute sa vie. Il manifestera des troubles du comportement, des troubles du développement, des troubles fonctionnels, des troubles mentaux, des troubles émotionnels, un risque d'infanticide, ainsi que de la souffrance et des ressentis négatifs pouvant entraîner sa mort par suicide. Cependant, il existe des facteurs protecteurs pouvant diminuer la gravité ou la fréquence des troubles développés par l'enfant. Ce travail est notamment illustré par des cas bibliographiques et des cas cliniques, retrouvés au sein du centre hospitalier psychiatrique Henri Laborit de Poitiers.

Mots clés

Troubles psychotiques, schizophrénie, antipsychotiques, grossesse, enfant, adolescent, adulte, développement, attachement, maltraitance, placement

SERMENT DE GALIEN

~~~~

Je jure, en présence des maîtres de la faculté et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

